

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YÜKSEK LİSANS
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SEZARYEN SONRASI AYAK MASAJININ AĞRI VE KONFORA
ETKİSİ**

Melek TURGUT

**Danışman
Doç. Dr. Nursen BOLSOY**

MANİSA–2024

MELEK
TURGUT

SEZARYEN SONRASI AYAK MASAJININ
AĞRI VE KONFORA ETKİSİ

2024

TAAHHÜTNAME

Bu tezin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında akademik ve etik kurallara uygun olarak yazıldığını ve kullanılan tüm literatür bilgilerinin referans gösterilerek tezde yer aldığını, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, tezin yazımında akademik ve etik kurallara aykırı herhangi bir yapay zeka ve program kullanmadığımı beyan ederim.

İmza
Melek TURGUT



ÖZET

Yüksek Lisans

Melek TURGUT
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı

Danışman:
Doç. Dr. Nursen BOLSOY

Amaç: Sezaryen sonrası ayak masajı uygulamasının ağrı ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma iki gruplu randomize kontrollü bir çalışmadır. Nisan 2022 ve Şubat 2023 tarihleri arasında anne dostu bir ilçe devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubunu dahil edilme kriterlerine uyan 84 kadın oluşturmuş ve basit rastgele randomizasyon yöntemi ile iki gruba (müdahale=42 ve kontrol=42) ayrılmıştır. Müdahale grubuna (n=42) sezaryen sonrası 10. ve 20. saatlerde toplam 40 dakika ayak masajı uygulanmıştır. Kontrol grubuna (n=42) standart bakım dışında herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Yapılan ölçümler müdahale ve kontrol grubu için aynı zaman dilimlerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında; Bireysel Tanıtım Formu, Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, Müdahale Grubu İzlem Formu, Kontrol Grubu İzlem Formu, Doğum Sonu Konfor Ölçeği ve Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya başlarken etik onay, kurum izni ve gönüllülerden yazılı onam almıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test, Box Plot grafikler, Student t-test, Mann Whitney-U test, ANOVA, Repeated Measures test, Bonferroni test, Paired Sample test, Wilcoxon Signed Rank test, Ki-kare test, Fisher Exact Test ve Fisher Freeman Halton test kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: İlk değerlendirmede gruplara göre masaj öncesi ağrı tanılama durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), masaj uygulaması sonrası ağrı şiddeti, sızlayan ve sancılı ağrısı olma oranı müdahale grubunun kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeğine göre, birinci ve ikinci masaj öncesi müdahale grubunun ağrı puanları kontrol grubuna göre daha yüksek, masaj sonrası ise müdahale grubunun ağrı puanları daha düşük belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Konfor puanlarında da masaj öncesi anlamlı farklılık gözlenmezken ($p>0,05$), masaj sonrası konfor puanlarında anlamlı düzeyde artış bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Müdahale grubundaki konfor puanının her ölçümde bir önceki ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı artışların olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Sonuç: Çalışma bulguları sezaryen sonrası uygulanan ayak masajının ağrıyı azalttığı ve doğum sonu konforu arttırdığını göstermiştir. Sezaryen sonrası ayak masajı nonfarmakolojik bir yöntem olarak önerilebilir.

Anahtar kelimeler; Ayak masajı, Sezaryen, Konfor, Ağrı, Postpartum bakım, Ebelik.

2024, 107 sayfa

ABSTRACT

M.Sc. Thesis

Melek TURGUT
Manisa Celal Bayar University
Graduate School of Education
Department of Midwifery

Supervisor:

Assoc. Dr. Nursen BOLSOY

Aim: To determine the effect of foot massage on pain and comfort level after cesarean section.

Materials and Methods: The research is a two-group randomized controlled study. It was carried out between April 2022 and February 2023 at a mother-friendly district state hospital. The sample group consisted of 84 women who met the inclusion criteria and were divided into two groups (intervention = 42 and control = 42) by simple randomization method. A total of 40 minutes of foot massage was applied to the intervention group (n=42) at the 10th and 20th hours after cesarean section. No intervention other than standard care was applied to the control group (n = 42). The measurements were carried out in the same time periods for the intervention and control groups. In collecting data, Individual Introduction Form, Postoperative Pain Diagnosis Form, Intervention Group Monitoring Form, Control Group Monitoring Form, Postpartum Comfort Scale and Numerical Pain Evaluation Scale were used. When starting the research, ethical approval, institutional permission and written consent from the volunteers were obtained. In evaluating the data, Shapiro Wilks test, Box Plot graphics, Student t-test, Mann Whitney-U test, ANOVA, Repeated Measures test, Bonferroni test, Paired Sample test, Wilcoxon Signed Rank test, Chi-square test, Fisher Exact Test and Fisher Freeman Halton test was used. The results were evaluated at the 95% confidence interval and the significance level was $p<0.05$.

Results: While the pre-massage pain diagnosis status did not show a statistically significant difference between the groups in the first evaluation ($p>0.05$), it was determined that the pain intensity and the rate of aching and aching pain after the massage application were statistically significantly lower in the intervention group than the control group. According to the Numerical Pain Rating Scale, the pain scores of the intervention group were determined to be higher than the control group before the first and second massage, and the pain scores of the intervention group were determined to be lower after the massage ($p=0.001$; $p<0.01$). While there was no significant difference in comfort scores before the massage ($p>0.05$), a significant increase was found in the comfort scores after the massage ($p=0.001$; $p<0.01$). It was determined that there were statistically significant increases in the comfort score in the intervention group in each measurement compared to the previous measurement ($p=0.001$; $p<0.01$).

Conclusion: Study findings showed that foot massage applied after cesarean section reduces pain and increases postpartum comfort. Foot massage after cesarean section can be recommended as a non-pharmacological method.

Keywords; Foot massage, Caesarean section, Comfort, Pain, Postpartum care, Midwifery.

2024, 107 pages

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

ÖNSÖZ

Çalışmanın Konusu: Sezaryen olmuş kadınların, postpartum ağrı ve konfor düzeylerine ayak masajının etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmadır.

Çalışmanın Bölümleri: Giriş kısmında çalışma hakkında genel bilgiler bulunmaktadır. Literatür özetinde; normal ve sezaryen doğumun neler olduğunun açıklanıp, sezaryenin tarihçesi ve endikasyonu gibi sezaryene dair detaylı bilgilere yer verilmiş, ülkemizde ve dünyada sezaryenin durumu belirtilmiştir. Ağrının tanımı, fizyolojisi ve çeşitlerine değinilmiş, ağrıyı gidermede kullanılan yöntemler sunulmuştur. Konfor kuramı ve masaj açıklanmış, masajın etki mekanizması ve dikkat edilmesi gereken durumlara değinilmiş, çalışmamızda da uygulamış olduğumuz ayak masajı ve uygulama adımları anlatılmıştır. Materyal ve yöntem bölümünde; araştırmaya dair tüm detaylar açıkça anlatılmaya çalışılmıştır. Bulgular ve tartışma bölümünde; bulguların analizi aktararak, çalışmadan elde edilen sonuçlar ve sonuçların değerlendirilmesi yapılmıştır. Tartışma bölümünde çalışma bulguları güncel literatür ile tartışılmıştır. Sonuç ve öneriler bölümünde; çalışma sonucunda ulaşılan bilgiler ile uygulanabilirliği ve kazanımlar aktarılmıştır.

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilgi, tecrübe ve desteğiyle yanımda olan, akademik gelişim sürecimde sonsuz emeği bulunan hoşgörülü ve sabırlı tutumuyla daima destekçim olan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Nursen BOLSOY'a,

Eğitim sürecimdeki emekleri için Ebelik Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Araştırmanın yürütülmesi sürecinde bana sağladıkları destek, anlayış ve yardımları için araştırmanın yürütüldüğü Anne Dostu İlçe Devlet Hastanesi yönetimine, bana destek ve yardımlarını esirgemeyen çalıştığım birimdeki tüm ebe arkadaşlarıma,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılmış bulunan tüm kadınlara,

Bugünlere gelmemde, iyi bir ebe, iyi bir araştırmacı olmak için gösterdiğim çabada emekleri büyük olan kıymetli anneme, babama ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde daima yanımda olan, desteğiyle bana güç veren, değerlim, hayat arkadaşım Ömer TURGUT'a

Sonsuz teşekkürler.

Melek TURGUT

Manisa, 2024

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri (United States of America)
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi (Analysis of Variance)
BPI	Kısa Ağrı Envanteri (The Brief Pain Inventory),
CPGS	Kronik Ağrı Derecelendirme Skalası (Chronic Pain Grade Scale)
CRPS	Kompleks Rejyonal Ağrı Sendromu (Complex Regional Pain Syndrome)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ERAS	Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery)
FS	Yüz İfadesi Ölçeği (Face Scale)
IASP	Ağrı Uluslararası Ağrı Araştırma Grubu (International Association for the Study of Pain)
ICM	Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (The International Confederation of Midwives)
M.Ö.	Milattan Önce (Before Christ)
NICE	İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Excellence)
NRS	Sayısal (Nümerik) Ağrı Değerlendirme Ölçeği (Numeric Rating Scale),
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma (Randomized Controlled Trial)
SF-MPQ	McGill Ağrı Anketi (The McGill Pain Questionnaire)
SSS	Santral Sinir Sistemi (Central Nervous System)
TAT	Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler (Complementary Alternative Therapies)
TENS	Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Turkey Population and Health Survey)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu (Turkish Statistical Institute)
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund)
VAS	Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale),
VRS	Sözlü Ağrı Derecelendirme Ölçeği (Verbal Rating Scale)

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Julies Caesar'ın Doğumu.....	5
Şekil 2. Ayak Masajı Uygulama Adımları-1.....	24
Şekil 3. Ayak Masajı Uygulama Adımları-2.....	25
Şekil 4. Ayak Masajı Uygulama Adımları-3.....	26
Şekil 5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	28
Şekil 6. Randomizasyon 1.....	30
Şekil 7. Randomizasyon 2.....	31
Şekil 8. Randomizasyon 3.....	32
Şekil 9. Araştırma Akış Diyagramı.....	36
Şekil 10. Araştırma Takvimi.....	39
Şekil 11. Gruplara Göre 2. Masajdan 60 Dakika Sonra Ağrı Tanılama Değişkeninin Dağılımı.....	50
Şekil 12. Gruplara Göre 2. Masajdan 60 Dakika Sonra Ağrı Şiddeti Değişkeninin Dağılımı.....	53
Şekil 13. Gruplara Göre NRS Ölçümleri Dağılımı.....	59

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 2. Gruplara Göre Obstetrik Öyküler ile İlgili Bilgilerin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3. Gruplara Göre Diğer Bilgilerin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4. Gruplara göre ‘Ağrı Tanılama’ Değişkeninin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 5. Gruplara Göre ‘Ağrı Yeri’ Değişkeninin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 6. Gruplara Göre ‘Ağrı Şiddeti’ Değişkeninin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 7. Gruplara Göre NRS Değerlerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 8. Gruplara Göre Konfor Değerlerinin Karşılaştırılması.....	60
Tablo 9. Gruplara Göre Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 10. Gruplara Göre Nabız Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 11. Gruplara Göre Solunum Değerlerinin Karşılaştırılması.....	67

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	III
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	V
İÇİNDEKİLER	X
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR ÖZETİ

1.1. Doğum.....	3
1.2. Normal ve Sezaryen Doğum.....	3
1.2.1. Sezaryenin Tanımı ve Tarihçesi.....	3
1.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryenin Durumu.....	5
1.2.3. Sezaryen Endikasyonları.....	6
1.3. Ağrının Tanımı.....	7
1.3.1. Ağrının Fizyolojisi.....	7
1.3.2. Ağrının Sınıflandırılması.....	9
1.3.3. Postoperatif Ağrı.....	10
1.3.4. Ağrının Değerlendirilmesi.....	11
1.3.5. Ağrıyı Gidermede Kullanılan Farmakolojik Yöntemler.....	12
1.3.6. Ağrıyı Gidermede Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler.....	13
1.4. Konfor Kuramı.....	15
1.5. Masajın Tanımı ve Tarihçesi.....	17
1.5.1. Masajın Etki Mekanizması, Çeşitleri ve Prensipleri.....	18
1.5.2. Masajın Uygulanmaması Gereken Durumlar.....	21
1.5.3. Masaj Yapılırken Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar.....	21
1.5.4. Ayak Masajı Uygulaması.....	21
1.5.4.1. Ayak Masajı Uygulama Adımları.....	22

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL-YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	27
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
2.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	33
2.5. Veri Toplama Araçları.....	33
2.5.1. Bireysel Tanıtım Formu.....	33
2.5.2. Postoperatif Ağrı Tanılama Formu.....	33
2.5.3. Müdahale Grubu İzlem Formu.....	33
2.5.4. Kontrol Grubu İzlem Formu.....	34
2.5.5. Doğum Sonu Konfor Ölçeği.....	34
2.5.6. Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği: NRS.....	34
2.6. Verilerin Toplanması.....	34
2.6.1. Müdahale Grubunda Verilerin Toplanması.....	35
2.6.2. Kontrol Grubunda Verilerin Toplanması.....	35
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
2.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
2.9. Araştırma Süresi.....	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR-TARTIŞMA

3.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	41
3.2. Kadınların Ağrı ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	49
3.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların NRS, DSKÖ ve Yaşam Bulgularına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	54
3.4. Araştırma Bulgularının Tartışılması.....	68

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR.....	75
4.2. ÖNERİLER.....	75

BEŞİNCİ BÖLÜM
KAYNAKÇA VE EKLER

5.1. KAYNAKÇA.....	76
5.2. EKLER.....	86



GİRİŞ

Gebelik ve doğum toplumlarda doğal bir süreç olarak kabul edilirken, vücudun normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Bu süreç ebeveynler için en güzel yaşam deneyimlerindendir (Şahin vd., 2019: 120-130). Yaşam mucizesi olarak bahsedilen doğumun, anne ve bebek için en iyi şekilde sonlanması ve doğal fizyolojisi içerisinde gerçekleşmesi, verilen bakımda bunun sağlanması ve desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerisi ise, gerekmedikçe müdahale yapılmamasıdır (Karaman vd., 2018: 78-87). Ancak vajinal yolla doğumun olmadığı veya vajinal doğumun fetus için risk taşıdığı durumlarda uygulanan bir doğum yöntemi sezaryen doğumdur. Sezaryen ameliyatı 500 gram ve üzerindeki fetusların abdomen ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile cerrahi olarak doğurtulmasıdır (Güney vd., 2006: 249-254; Cesarean Section, 2020).

Sezaryen doğum oranları için son 30-35 yılda dünya geneline bakıldığında, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oranın hızla arttığı görülmektedir. DSÖ 2015 verilerine göre Türkiye dünya da en fazla sezaryen oranlarına ulaşan ilk beş ülkenin içerisinde (Dominion Cumhuriyeti %56.4, Brezilya %55.6, Mısır %51.8, Türkiye %50.4, İran %48, Çin %47) bulunmaktadır (Öz, 2020: 83-88). Gelişmiş ülkelerin çoğunda tüm doğumlarda %15-25'i sezaryen ile yapılırken, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tüm doğumların 1/4 'i, Kanada'da 1/5'i sezaryenle yapılmaktadır (Eker vd., 2008: 27). 2019 Türkiye Sağlık İstatistikleri raporunda, Türkiye geneli için primer sezaryen oranını %26,5 ve toplam sezaryen oranını %54,4 olarak yayınlanmıştır (Öz, 2020: 83-88).

Doğum sonu dönem kadınlar için önemli değişikliklerin yaşandığı zor bir süreçtir (Boz vd., 2016: 25-26). Buna ilave olarak sezaryen doğum cerrahi bir işlemdir ve kadınların cerrahi deneyimlerinde postoperatif ağrı oldukça önemlidir (Sarı vd., 2018: 64-69). Kadınların çoğu operasyon sonrası ağrıları olduğunu belirtirken, ağrı seviyesine bakıldığında da orta veya şiddetli seviyede ağrıları olduğunu belirtmişlerdir. Ağrının etkili bir şekilde hafifletilmesi, sezaryen sonrası bakım yapan ebeler için de son derece önemlidir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminin amacı, en az yan etkiyle ağrı ve rahatsızlığı azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (Akpolat vd., 2021: 670-676; Garimella et al., 2013).

Sezaryen sonrası ağrıyla hafifletmek için kaçınılmaz olarak farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır. Ancak ilave olarak, doğum sonu meydana gelen problemlerle baş etmede kadınların daha doğal yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir (Boz vd., 2016: 25-26). Bunun nedeni, ilaçların istenmeyen yan etkilerinin olması, kendine ve bebeğine zarar vereceği endişesidir (Boz vd., 2016: 25-26). Ağrı yönetiminde de anne ve yenidoğanın sağlıklarına odaklı bakım için nonfarmakolojik yöntemler önemli bir yer tutmaktadır (Orr et al., 2017; Komann et al., 2019).

Ağrıyı yönetmeye yardımcı olmaya çalışan masaj, rahatlatıcı müzik, zihin-beden teknikleri, refleksoloji, bitkisel ilaçlar, hipnoz ve terapötik dokunuş gibi birçok nonfarmakolojik tedavi vardır, ancak özellikle masaj terapisi ameliyat sonrası ortamda makul bir nonfarmakolojik tedavi seçimi gibi görünmektedir. Ağrı sinyali gönderen reseptörler duyu reseptörleridir. Genellikle iç dokuların yüzeyinde ve derinin altında, yoğun olarak el ve ayaklarda bulunurlar. Bu nedenle ayak ve el masajının ağrının azaltılmasında oldukça uygun bir yöntem olduğu düşünülmektedir (Abbaspoor et al., 2014: 132-136). Sezaryen sonrası ağrı ile azalan konfor bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden kadınların doğum sonrası konforlarının değerlendirilmesine ve konforlarını artıracak girişimlerin planlanmasına ihtiyaç vardır.

Konfor teorisi, sezaryen sonrası dönemde ebellek bakımında rehber olarak kullanılmakta olup, kadınların konforunu artıracak ebellek girişimlerinin uygun şekilde planlanması ve uygulanması doğrultusunda kadınların ihtiyaçlarının belirlenmesi için verilerin toplanmasıyla başlamaktadır. Dolayısıyla kadınların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bu tür girişimlerin geliştirilmesiyle konfor düzeyinin optimal düzeyde tutulması ve ameliyat sonrası yaşam kalitesi, memnuniyet ve bakımın sağlanmasına önemli katkı sağlanması beklenmektedir (Güney vd., Mayıs 2021: 43).

Bu araştırma, sezaryen ameliyatı sonrası, postpartum ilk 48 saatte kadınların postoperatif ağrı ve doğum sonu konfor düzeyine nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan ayak masajı tekniğinin etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır.

1. LİTERATÜR ÖZETİ

1.1.Doğum

1.2.Normal ve Sezaryen Doğum

DSÖ normal doğumu; “37-42 gestasyonel haftasında eylemin spontan başladığı, gebeliğin başından doğum anına kadar gebeliğin düşük riskle devam ettiği, doğumun verteks pozisyonunda bebeğin ve annenin sağlıklı kavuştuğu doğum” olarak tanımlamıştır. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM), normal doğumu “anne ve bebeğin bedensel iyilik ve ruhsal iyilik ile paralel ilerlediği benzeri olmayan dinamik bir süreç” olarak ifade etmiştir (Ay vd., 2023: 441-466). Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir (Karabulutlu, 2012: 210-218). Doğum anneliğe uyum sağlamada önemli olan biyolojik, fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Doğum eylemindeki kadınlarda bilgi eksikliğine bağlı olarak korku, endişe ve anksiyete görülmektedir. Kadınlar doğum eylemini güzel bir deneyim olarak yaşayabilmeleri için destek almaya ihtiyaç duymaktadırlar. Hemşirelerin/ebelerin bu desteği sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Karaçam vd., 2011: 45-53).

Sezaryen; fetüs, plasenta ve membranlarının abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğurtulmasıdır. Sezaryen, maternal ve fetal iyilik hali için sağlayacağı zarar ve yararlar değerlendirilerek uygulanmalıdır (Esencan vd., 2023, s. 126-135; Karabulutlu, 2012: 210-218).

1.2.1. Sezaryenin Tanımı ve Tarihçesi

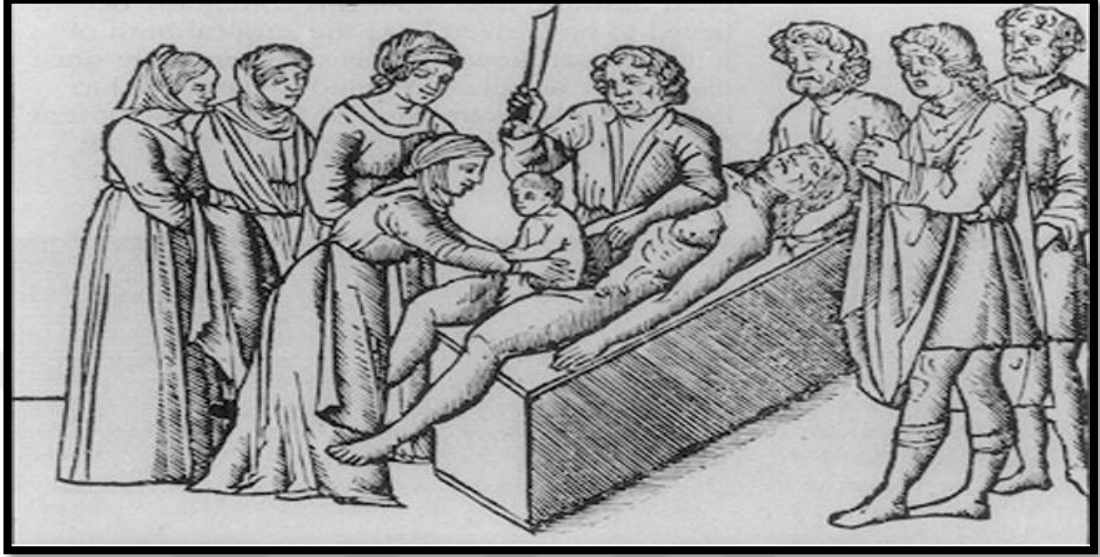
Sezaryen kelimesi, ‘kesmek’ anlamına gelen Latince ‘caedere’ fiilinden türetilmiştir (Cesarean section, A brief history, 1998). Türk Dil Kurumu ise, “Karın ve döl yatağının kesilerek bebeğin alınmasına dayanan doğum yöntemi” olarak tanımlamıştır (Özkan vd., 2021: 226-235). Sezaryen doğum hem karın hem de uterus kesisini içerir. Kesilerin kapatılmasındaki ameliyat tekniği cerrahın deneyimi ve tercihine, sezaryen doğumun zamanlamasına ve aciliyetine bağlıdır.

En yaygın olarak pfannenstiel cilt insizyonu ve alt-transvers uterus insizyonları kullanılmaktadır. Yenidoğanın doğumunu takiben kordonun klemplenmesi, term sezaryen doğumdan sonra en az 1 dakika ve preterm doğumlarda en az 30 saniye geciktirilmelidir (Cesarean Section, 2020).

Planlı, maternal veya fetal endikasyonlar, anne isteği ve elektif olmak üzere sezaryen doğumun yapıldığı durumlar sınıflandırılabilir. Sezaryen doğumun aciliyet derecesi için Lucas sınıflandırılması önerilmektedir. Bu sınıflandırma 4 kategoriden oluşmaktadır. Kategori 1; anne veya fetüsün yaşamına yönelik acil tehdit, kategori 2; hemen yaşamı tehdit etmeyen fakat anne veya fetüsün zarar görebileceği durumlar, kategori 3; preterm doğum ihtimali olup anne veya fetüste sorun olmadığı durumlar, kategori 4; anneye veya muayenehane koşullarına uygun bir şekilde sürecin ilerlemesidir (Cesarean Section, 2020).

Sezaryen doğum, çok eski çağlardan beri insan kültürünün bir parçası olmuştur ve hem batı hem de batı kültürlerindeki masallarda kendine yer bulmuştur. Yunan mitolojisinde Apollon, ünlü dini tıp kültürünün kurucusu Asklepios'u annesi Coronis'in karnından çıkardığı söylenmektedir (Cesarean section, A brief history, 1998). İlk sezaryenin, bir kadının doğum sırasında kaybedilirken gerçekleştirilen ölümünden hemen önceki sezaryen olduğu idi. Bir Babil çivi yazısı tableti, Milattan önce (M.Ö.) 1772'de sezaryenle doğuma ilişkin açık bir referans içermektedir. M.Ö. 8. Yüzyılda, Lex Regia, doğum yapmadan önce ölen bir bebeğin anne rahminden alınması gerektiğini belirtti (Dresang et al., 2012: 145-165). Sezaryen ile doğuma ait ilk görsel kaydın, yaygın olarak bilinen bir efsane olan Julius Caesar'ın doğumuna ait olduğu söylenmektedir. Efsanede Julius Caesar sezaryen ile doğduğu için bu girişime sezaryen adı verilmiştir (Şekil 1) (Özkan vd., 2021: 226-235; Cesarean section, A brief history, 1998). 'La Section Caesarienne' 1598'de Jacques Guillimeau tarafından bir ebe metninde tanımlandı ancak bu durum kınanmıştı. 1879'da İngiliz gezgin R. W. Felkin, Ugandalılar tarafından anestezi için muz şarabı ve termokoter için kırmızı sıcak demir içeren dağlama ile sezaryen tekniğine tanık oldu. Karın duvarı için sütur ve yara bakımı için ise kök macununu tanımlandı (Dresang et al., 2012: 145-165; Cesarean section, A brief history, 1998).

Aseptik teknik hem vajinal hem de sezaryen doğumun güvenliğinde önemli bir gelişmeydi. 1882’de Leipzig’den Max Sanger, uterus süturları için doku reaksiyonuna neden olmayan gümüş tel süturları tavsiye etti (Dresang et al., 2012: 145-165; Cesarean section, A brief history,1998).



Şekil 1: Cesarian Section, A Brief History, 1998 eserinden alınmıştır. Julies Caser’ın doğumu.

Ülkemizde kayıtlara geçmiş ilk başarılı sezaryen, cerrah Cemil Topuzlu tarafından 1902 yılında yapıldı (Kırılmaz vd., 2021: 114-125). Pfannenstiel transvers cilt insizyonu 1900’lerin başında tanımlanmış fakat ilk kez 1926’da Monro Kerr tarafından tanımlandığında popüler hale gelmiştir (Yılmaz, 2012: 8; Dresang et al., 2012: 145-165).

1.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryenin Durumu

1 Ocak 2018’den önce yayınlanan 169 ülkenin sezaryen doğum verilerine ilişkin DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) veritabanlarının analizinde, 2000-2015 yıllarındaki bölgesel sezaryen oranlarına bakıldığında; küresel olarak %12.1 ve %21.1 arasında olduğu görülmektedir. Aynı araştırmaya göre genel olarak tüm doğumların %18.6’sı sezaryen ile gerçekleşmektedir. Bu oran az gelişmiş bölgelerde %6’dan gelişmiş bölgelere bakıldığında %27.2’ye kadar değişmektedir (Cesarean Section, 2020).

Ülkemizde 2018 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ana raporunda sezaryen oranı %52 olup, %38' i için doğum sancıları başlamadan önce sezaryen kararı verilirken %14'ü için doğum sancıları başladıktan sonra verilmektedir. Planlı sezaryen oranıyla karşılaştırıldığında planlı olmayan sezaryenlerin yüksek olduğu ve DSÖ'nün belirlediği %10-15 oranının çok üzerinde olduğu görülmektedir (Özkan vd., 2021: 226-235; TNSA 2018: 115).

Bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde en az bir kez doğum yapmış 523 kadınla yapılan çalışmada sezaryen olan kadınlara nedenleri sorulduğunda %27'si kadının kendi isteği ile %13,5 prezantasyon anomalisi, %11,7 daha önceki doğumunun sezaryen ile gerçekleştiği, %9,1 ilerlemeyen eylem ve erken membran rüptürü ve diğer nedenleri ise sırayla fetal distres ve baş-pelvis uyumsuzluğu olarak bulmuşlardır. Eğitim durumu yükseldikçe ve çalışan kadınlarda çalışmayanlara göre daha çok sezaryen ile doğum tercih edildiği görülmüştür (Karabel vd., 2017: 158-163).

1.2.3. Sezaryen Endikasyonları

Distosi, önceki doğumun sezaryen ile yapılmış olması, fetal makrozomi, baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış doğum eylemi, eklampsi ve HELLP sendromu, koryoamniyonit, çoğul gebelikler, anneden bebeğe vajinal doğum sırasında geçebilecek enfeksiyon şüphesi, plasenta ile ilgili sebepler (plasenta previa ve plasenta akreta gibi) sezaryen endikasyonlarındandır. Ayrıca literatüre bakıldığında annelerin sezaryen ile doğum istemelerinin arkasında çeşitli kültürel ve kişisel nedenlerin de olduğunu görülmektedir. Daha önceki doğum deneyimleri, vajinal doğum korkusu ve uzun sürebilecek doğum eylemi ve sezaryenin kültürel olarak kabul edilebilirliği diğer nedenler arasında sayılabilir (Amjad et al., 2020:753; Cesarean Section, 2020; Shearer, 2002: 1223-1231; Mylonas et al., 2015: 489-495).

Anne yaşı artıkça fetal konjenital malformasyon, hipertansiyon ve hatta diyabet riski de artmaktadır. Yaş tek başına sezaryen için bir gösterge olmasa da 35 yaş üzeri kadınlarda sezaryen doğum endikasyonuna yol açabilecek spesifik riskler ortaya çıkmaktadır (Mylonas et al., 2015; 489-495).

Acil sezaryen, fetal kalp atım hızındaki sorunlar, umbilikal kord prolapsusu, şüpheli uterus rüptürü, doğum distosisi ve fetal hipoksi gibi fetüsün ve annenin hayatını tehlikeye atabilecek durumlarda düşünülmektedir. Bu durumlarda sezaryen ile doğum kararı verildikten sonra en kısa sürede (30 dakika içinde) acil olarak sezaryen doğum gerçekleştirilmelidir (Cesarean Section, 2020). Acil sezaryen doğumun zamanlaması İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) önerisi; annede veya fetüsün hayatında tehlike varsa 30 dakika içinde veya mümkün olan en kısa sürede sezaryen ile doğumun gerçekleştirilmesidir. Anne veya fetüsün yaşam durumunu acil olarak tehdit etmiyorsa 75 dakika veya en kısa sürede gerçekleştirilmesinin neonatal mortalite ve morbiditeyi azalttığı gözlenmiştir (Cesarean Section, 2020). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolü (ERAS), tıbbi endikasyon olmadan sezaryen doğumunun, doğumu yapan ebeveyn ve bebek için riskleri ve faydaları kapsamlı bir şekilde değerlendirildikten sonra önerilmesi gerektiğini belirtmektedir (Cesarean Section, 2020).

1.3. Ağrının Tanımı

Ağrı Yunanca'da 'acı, ceza' anlamına gelmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırma Grubu (IASP) tarafından ağrı, 'Gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili olan veya olmayan, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal deneyim' olarak tanımlanmaktadır. Ağrı vücudun farklı bölgelerinde farklı şekillerde algılanabilir (bel, baş bölgesi, karın ve göğüs gibi). Çok boyutlu ve karmaşık olması sebebiyle ağrı sınıflandırması, ağrının tanımlanmasında önemlidir (Hanoch et al., 2016: 87-90; Raja et al., 2020).

1.3.1. Ağrının Fizyolojisi

Ağrı, sinir uçlarının uyarımı ile vücudun değişik bölümlerinde oluşabilen, kişiyi rahatsız eden bir durumdur (Özbudak vd., 2015: 64-71). Ağrının algılanması, ağrının oluşumu ve iletimi gibi aşamalardan oluşan bir ağrı süreci bulunmaktadır.

Ağrının algılanması 4 aşamada gerçekleşmektedir. Transdüksiyon; nosiseptörlerden stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir. Transmisyon; nosiseptif impulsun sinir sistemi boyunca yayıldığı aşamadır. Modülasyon; nosiseptif transmisyonun nöral etkenler vasıtasıyla modifiye olma aşamasıdır.

Persepsiyon; bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif ruhsal deneyimleri sonucu oluşan, uyarının algılandığı son aşamadır (Aydın, 2002: 37-48; Uyar vd., 2017: 70-76).

Ağrı oluşumunda sırayla, kaslar kasılır, kaslara giden kan miktarı azalır, ağrı reseptörleri uyarılarak ağrı duyusunu oluşturur. Nosisepsiyon, nosiseptörler (periferik ağrı reseptörleri) üzerinde oluşan ağrı sürecini tanımlamak için kullanılır. Nosiseptörler, ağrıyı algılayan özel reseptörlerdir. Vücutta dağılımları farklı yoğunluktadır. Ağrıyı algılayan nosiseptörler, doğumdan sonra doku bütünlüğü bozulduğunda açığa çıkan kalsiyum, histamin, bradikinin, potasyum gibi kimyasal maddeler tarafından uyarılabilirler (Özbudak vd., 2015: 64-71).

Uyarıların iletisi, A (myelinli, ağrı iletimi hızlı, akut, lokal ve keskin) ve C (myelinsiz, ağrı iletimi daha yavaş, sızı şeklinde, donuk ve dağınık) lifleri ile spinal korda ulaşır (Özbudak vd., 2015: 64-71).

Ağrının oluşumu ve iletilmesinde; 1965'te Wall ve Melzack'ın teorisi olan 'kapı kontrol teorisi' ağırlı bir uyarının kapı kontrol mekanizması ile karşılaştığı ve daha sonrasında algılandığını ileri sürmüşlerdir. Bu teoriye göre substansia gelatinosa hücreleri tarafından afferent sinirlerle uyarının 5. laminaya taşınması düzenlenir, bu hücreler T hücrelerini durdurucu etki göstermektedir. Aβ fibrilleri substansia gelatinosa hücrelerini uyararak iletimi engeller (kapı kapanır), Aδ nöronları ve C fibrilleri substansia gelatinosa hücrelerini engelleyerek iletme yardımcı olur (kapı açılır). T hücreleri bilgi taşımada görev yapar. Aβ fibrilleri dokunma ve ısı duyularını taşır, substansia gelatinosa hücrelerini ve T hücrelerini uyarma görevini yapar. Substansia gelatinosa hücreleri uyarıldığında T hücrelerini engeller, ağırlı iletici taşıyan Aδ nöronları ve C fibrilleri substansia gelatinosayı engeller ve T hücrelerini uyarır. Bu durumda hissedilen ağrı daha yoğun ve uzun sürmektedir. Ağrıda transkütan elektriksel sinir uyarımı (TENS) ve akupunktur gibi yöntemler kapı kontrol teorisine dayanarak uygulanan nonfarmakolojik yöntemlerdendir. Aβ fibrilleri taşınan iletlerden bazıları dorsal kolon içinde ilerler ve (neospinotalamik yol ile) talamusa ulaşırlar (Aydın, 2002: 37-48; Uyar vd., 2017: 70-76; Topçu vd., 2018: 33-37). Endorfin teorisi; cilde temas ile endorfin salınımı yükselir. Endorfinin analjezik etkisi çok yüksek olduğu için opioid reseptörlerin uyarılmasını sağlar. Deri üzerinde kalın çaplı lifler fazla olduğu için tensel yapılan uyarılmalar endorfin salınımını başlatmış olur.

Masaj, refleksoloji, akupresur gibi nonfarmakolojik yöntemler sayesinde postoperatif dönemdeki ağrıyı azaltmak mümkün olabilir (Topçu vd., 2018: 33-37). İnhibitör nörotransmitterler, ağrıda azalma sağlayan serotonin, gama-aminobütirik asit, endorfinler ve diğer endojen opioidlerdir (Çöçelli vd., 2008: 53-58).

1.3.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrıyı sınıflandırmada en sık kullanılan yöntem DSÖ'nün sınıflandırmasıdır. Bu sınıflandırmaya göre;

1. Anatomik Sınıflandırma: En sık kullanılan ağrı sınıflandırma yöntemidir. Bu yöntemde ağrıyı tanımlarken vücudun farklı yerleri ile tanımlama yapılır. Örneğin; Bacak, baş, bel ağrısı (Türk Algoloji Ağrı Derneği, 2020).
2. Etiyolojik Sınıflandırma: Burada önemli olan ağrıya sebep olan etkidir. Kendi içinde malign ve malign olmayan ağrılar olarak ayrılabilir. Örneğin; bir kanserden kaynaklanan ağrı (Türk Algoloji Ağrı Derneği, 2020).
3. Süresine Göre Sınıflandırma: Ağrı süresine göre akut ve kronik ağrı olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut ağrı, 3-6 ay arası kısa süren, travma enfeksiyon gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilen ağrılara verilen isimdir. Örneğin; Postoperatif ağrılar. Kronik ağrı, dokuların iyileşmesi için beklenen süreden sonra da devam eden, 3 ay veya daha uzun süreli olabilen, hastalarda yaşam kalitesini bozan ve psikolojik bazı bozukluklarında sebep olduğu ağrı olarak tanımlanabilir (Kim et al., 2020: 108-120; Aydın, 2002: 37-48; Boya, 2013: 1-8; Türk Algoloji Ağrı Derneği, 2020).
4. Patofizyolojik Sınıflandırma: Nosiseptif ve nöropatik ağrılar olarak ikiye ayrılır.
 - a) Nosiseptif ağrı, Kas, kemik veya iç organlardaki hasarlı dokular buna sebep olabilir. Nosiseptif ağrı, somatik ve visseral ağrı olarak kendi içinde iki alt dala ayrılmaktadır. Somatik ağrı; yüzeysel somatik ağrıda sınırları olan, keskin ve yoğun bir ağrı olarak kendini gösterirken, derin somatik ağrının sınırları belirsizlik göstermektedir. Derin somatik ağrıya örnek olarak, servikal, torasik, lomber ve sakroiliak eklemlerden kaynaklanan omurga eklem ağrıları söylenebilir. Visseral ağrı, sınırları belirsiz, yoğun bir ağrıyı göstermektedir. Visseral ağrıya örnek olarak, miyokard enfarktüsünden kaynaklanan sol omuz ağrısı söylenebilir (Kim et al., 2020: 108-120; Aydın, 2002: 37-48; Boya, 2013: 1-8; Özçevik vd., 2019: 18-26; Öngel, 2017: 12-14).

- b) Nöropatik ağrı, somatosensoriyel sinir sisteminin anormal fonksiyon sergileyen bir lezyonu veya hastalığından kaynaklanmaktadır. Parestezi, disestezi, paroksizmleri, yüzeysel yanıcı ve derin ağrıları içermektedir. Örneğin sinir sıkışması, travma ve iskemi söylenebilir (Kim et al., 2020: 108-120; Aydın, 2002: 37-48; Boya, 2013: 1-8; Türk Algoloji Ağrı Derneği, 2020; Öngel, 2017: 12-14).

Sezaryen sonrası postoperatif ağrı, geçirilen operasyona bağlı olarak akut ağrı sınıflandırmasında yer almaktadır.

1.3.3. Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı, ameliyat sonrası görülen ve iyi yönetilemediğinde sorunlara sebep olabilen bir durumdur (Akpolat vd., 2021: 670-676). Sezaryen sonrası ağrı, insizyon, doğum sonrası involusyona bağlı uterus kontraksiyonları, hemoroidler, meme angorjmanı ve meme ucu gerginliği ile postpartum komplikasyonlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Çöçelli vd., 2008: 53-58).

Anne ve bebek sağlığı için yeterli temas ve bağın kurulması, bebeğin yeterli beslenmesi ve annenin iyileşmesi (Sarı vd., 2018: 64-69) için sezaryen sonrası kadınlarda etkili ağrı yönetimi kritik bir öneme sahiptir. Ciddi postoperatif ağrı, yüksek düzeyde analjezi kullanımı, iyileşmede yaşanan gecikmeler ve doğum sonrası depresyon, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Seçilen analjezikler emziren annelerde bebeğe geçebilirken, dikkatli ilaç seçimi ve uygulama zamanlaması ile bu geçişin azaltılması sağlanabilir (Ramadan et al., 2021).

Postoperatif ağrıyı azaltmak ve postoperatif iyileşmeyi hızlandırmak ERAS'ın hedeflerindendir. Danimarkalı Prof. Henrik Kehlet, önderliğinde geliştirilen bu protokollerin temelini; operasyona yönelik stresin azaltılması, postoperatif dönemde kadınların fizyolojisinin korunması ve erken mobilizasyonun sağlanması oluşturmaktadır (Birlikbaş vd., 2019: 194-205).

İyileşme ve erken taburculuğu önemseyen ERAS protokolüne göre annelerin bakımının primer sorumlusu olan hemşireler/ebeler jinekolojik cerrahide bu protokollerin uygulanmasıyla etkili olmaya başlamışlardır. Hemşirelerin/ebelerin ERAS protokolü kılavuzu gibi rehberlere ihtiyaçları vardır. Sezaryen operasyonlarında ERAS protokollerinin uygulanması ile hasta memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir.

Protokol, erken oral hidrasyon, sakız çiğneme uygulaması, sezaryen sonrası hastanın konforunu artırmak, hastanede kalış süresini kısaltmak, hasta memnuniyetini artırmak, annenin operasyon sonrası kaygısının azalması, anne-bebek ilişkisini sağlamak amacı ile kullanılmaktadır (Akpolat vd., 2021: 670-676; Terzioğlu vd., 2022: 395-401).

Kadınların sezaryen sonrası ağrıları emzirme ve bebeklerine bakımlarını da etkilemektedir. Sezaryen sonrası ağrı tedavisi ve yapılacak tıbbi müdahaleler ebelik bakımını yönetmek ile mümkün olabilir (Karlström et al., 2007: 430-440). Ebe ve hemşirelik bakımının kapsamı ağrı yönetimi, hemşirelik/ebelik tanıları oluşturmaları, farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerini bakımlarına dahil etmeleri, annelik rolüne uyumu kolaylaştırmaları ve sorunları azaltarak ortaya çıkan sonuçları değerlendirmeleri ameliyat sonrası ağrı yönetiminde çok önemlidir (Akpolat vd., 2021: 670-676; Terzioğlu vd., 2022: 395-401; Balkaya, 2002: 42-49).

1.3.4. Ağrının Değerlendirilmesi

Kişilerin ağrıya verdikleri tepkiler değişmektedir. Bu yüzden ağrı değerlendirmesinde detaylı anemnez alınması, hastayı gözlemlemek, uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak, hastanın ilk değerlendirilmesi ve sonraki değerlendirmeleri için de yol gösterici bir kaynak olacaktır (Aydın, 2002: 37-48). Ağrıyı değerlendirmek için çeşitli araçlar mevcuttur.

Tek boyutlu skalalar: Ağrı tek boyutta değerlendirilir (genellikle yoğunluk). Bunlar; Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (Numeric Rating Scale-NRS), Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale-VAS), Sözlü Ağrı Derecelendirme Ölçeği (Verbal Rating Scale-VRS) ve Yüz İfadesi Ölçeği (Face Scale-FS) dir (Çöçelli vd., 2008: 53-58).

Çok boyutlu skalalar: Ağrı yer, yoğunluk, başlangıç gibi birden fazla faktörle değerlendirilir. Bunlar; Ağrı Anketi (The McGill Pain Questionnaire-SF-MPQ), Kısa Ağrı Envanteri (The Brief Pain Inventory-BPI), McGill ve Kronik Ağrı Derecelendirme Skalası (Chronic Pain Grade Scale-CPGS) dır (Çöçelli vd., 2008: 53-58).

Hastanın değerlendirilmesine gözlemle başlanır. Ağrı değerlendirmesi hastadan alınan bilgilere göre yapılmalıdır. Hastaya ağrısının olup olmadığının sorulması, ağrının değerlendirilmesinde ölçek kullanılması, farmakolojik tedavilerin etkilerinin izlenerek bunların sonucuna göre nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması sayesinde hastanın ağrısının yaşanabilir sınırlarda tutularak gelişebilecek sorunların önlenmesi hemşire/ebelerin rollerindendir. Ağrı değerlendirilmesinde asıl amaç, kişilere uygun, doğru ve etkin tedaviyi gerçekleştirebilmektir (Aydın, 2002: 37-48).

1.3.5. Ağrıyı Gidermede Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Ağrının kaynağının tanınması analjezik seçiminde ilk adımdır. Farmakolojik yöntemler, olumsuz etkileri azaltırken optimal ağrı gidermeyi sağlamak için ağrı yönetiminde önemli bir bileşendir. Ağrı yönetiminde analjezikler dikkatli kullanılmalı, analjezik kullanıldığında, hastaların genel ve özel durumu analjezikler arası etkileşim dikkate alınmalıdır (Kim et al., 2020: 108-120; Alorfi, 2023; Pharmacology & Therapeutics, 2000: 163-185). Bu analjezikler;

Narkotikler, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, lokal anestezipler.

Santral etkili opioid olmayan ilaçlar; asetaminofen ve kodein.

Diğer ilaçlar; Antidepresanlar, antiepileptikler, membran stabilize edici ilaçlar, adrenerjik ilaçlar (Alfa adrenerjik blokörler), kortikosteroidler ve kombine analjezi ile önleyici analjezidir (Türk Algoloji Ağrı Derneği, 2020).

Hüseyinoğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları randomize prospektif bir çalışmada, elektif sezaryen sonrası analjezide tramadol ve meperidinin, intramüsküler kullanımında eşit oranda etkinliği ve yan etkisi olduğu görülmüş, sezaryen sonrası postoperatif analjezide iki ilacında intramüsküler uygulamasının birbirinin yerine tercih edilebileceğini bulmuşlardır (Hüseyinoğlu vd., 2011: 53-56).

İntravenöz parasetamol; kolaylığı açısından bu ilacın ameliyat sonrası multimodal analjezinin temel bir bileşeni olarak kullanımını artıracak ve genişletecektir. Bu yüzden akut postoperatif ağrının tedavisi hala zor olmakla beraber ağrı kronikleşme, ameliyat sonrası sık görülen bir sorun olmaktadır. Akut postoperatif ağrının farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavisinde olan ilerlemeler hasta bakımında önemli ölçüde iyileştirme sağlayabilir (British Journal of Anaesthesia, 2005).

1.3.6. Ağrıyı Gidermede Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

Gebelik, doğum ve doğum sonrası sürecin anlaşılması ağrı yönetiminde oldukça önemlidir. Ağrı yönetiminde kullanılacak farmakolojik yöntemlerin kontrendikasyon, risk ve faydaları mevcuttur. Farmakolojik yöntemler her hasta için uygun olmamaktadır. Ağrı kesici ilaçların tekrarlanan ve sık kullanımı olumsuz reaksiyon riskini içermektedir. Bu yüzden ağrı yönetiminde hasta merkezli bakım için nonfarmakolojik yöntemler ebelik bakımında önemli yer tutmaktadır (Orr et al., 2017). Nonfarmakolojik yöntemlerin içinde en çok kullanılan uygulamalar, masaj, sıcak ve soğuk uygulamalar, terapötik dokunma, solunum teknikleri, hipnoz ve müziktir (Akın vd., 2017: 218-224; Sözen, 2020: 110-115).

Ağrıyı gidermede veya azaltmada uygulanabilecek yöntemlerden, sık pozisyon değiştirmek, ılık banyo yapmak, yatak istirahati uygulamak, havalı yatak kullanmak, annelere sakin bir ortam hazırlamak, gevşeme tekniklerini öğretmek, dikkati başka tarafa çekmek, hasta ile ağrı ve ağrının nedenleri ile başka sorunları var ise bunları konuşmak, gerekli açıklamaları yapmak hastayı rahatlatma yaklaşımlarındandır (Aydın, 2002: 37-48). Bilimsel gelişmeler, günümüzde nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinin potansiyeli bulunduğunu ortaya koymakta ve bu yöntemlerden “tamamlayıcı alternatif tedaviler” olarak da bahsedilmektedir (Khorshid et al., 2005: 124-130).

Tamamlayıcı alternatif tedaviler (TAT) hemşirelik/ebelik bakımını, çalışma memnuniyetini arttırmasından ve kadınlar için farklı seçenekler içermesinden dolayı birçok ülkede (Çin, Kore, Almanya, Avusturya vd.) gebelik ve doğum ünitelerinde kullanılmaktadır (Khorsid et al., 2005: 124-130; Erkek vd., 2017: 53-61).

Çin’de 170’den fazla araştırma enstitüsü geleneksel Çin tıbbı üzerine çalışmaktadır. Kanada’da 1983 yılında Çin Tıbbı ve Akupunktur Derneği kurulmuş ve hemşireler gerekli kurs, sertifika ve komite izinlerini aldıktan sonra Hemşirelik Uygulama Standartları’na (2005) uymak koşuluyla tamamlayıcı terapileri uygulayabilmektedirler. Belçika, Almanya, Portekiz ve Danimarka’nın tamamlayıcı terapilere ilişkin özel ek yasal düzenlemeleri mevcuttur. Portekiz’de tüm sağlık profesyonelleri nonfarmakolojik yöntemleri uygulayabilirken, Danimarka’da homeopati ve akupunkturu tüm sağlık profesyonelleri uygulayabilmektedir.

Ülkemizde ise “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” adı altında 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı yasa kapsamında; “Tabiplerce veya tabiplerin yönlendirmesiyle ilgili sağlık meslek mensubu tarafından uygulanmak şartıyla insan sağlığına yönelik geleneksel/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin alanları, tanımları, şartları ve uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.” şeklinde ifade edilmektedir (Kaya vd., 2020; 584-591).

Ancak, ülkemiz yönetmeliğinde yer alan tamamlayıcı terapi yöntemlerinin tamamı sertifikalı hekimler tarafından uygulanmaktadır. Bu yüzden hemşireler/ebeler yönetmelikte henüz yer almayan aromaterapi, masaj, gevşeme egzersizleri, reiki, akupresur ve nefes tekniklerini bağımsız olarak uygulayabilme potansiyeline sahiptir (Kaya vd., 2020; 584-591).

Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH); alternatif medikal yöntemler, zihin-beden yöntemleri, biyolojik temelli yöntemler, enerji terapileri, manipülatif ve beden temelli yöntemler olmak üzere nonfarmakolojik yöntemleri beş gruba ayırmışlardır (Alpsalaz vd., 2022: 337-347; NCCIH).

Gevşeme teknikleri; biyofeedback, hipnoz, müzik terapi, doğum dansı, yoga, aromaterapi, akupunktur ve akupresur (shiatsu) dur (Alpsalaz vd., 2022: 337-347; Boz vd., 2016: 25-26; Akın vd., 2017: 218-224; Mamuk et al., 2010: 137-144; Karaçam vd., 2022: 342-362; Stör et al., 2009: 311-324; Çalık vd., 2015: 71-76).

Zihinsel imgeleme (mental uyarılma) teknikleri; odaklanma ve dikkat dağıtma (Talhaoğlu, 2021: 16-29; Alpsalaz vd., 2022: 337-347).

Tensel uyarılma teknikleri; masaj, refleksoloji, intradermal steril su enjeksiyonu, sıcak/soğuk uygulama, doğum havuzu/banyo/duş/hidroterapi ve TENS’dir (Akın vd., 2017: 218-224; Alpsalaz vd., 2022: 337-347; Erkek vd., 2017: 53-61; Özveren, 2011: 83-92; Akpınar, 2021: 183-187).

Solunum teknikleri; lamaze metodu ve dick read yöntemidir (Alpsalaz vd., 2022: 337-347).

Hemşirelerin/ebelerin, annelerin doğum sonrası ağrısının giderilmesinde ve tanılanmasında önemli rolleri mevcuttur. Tanılama sürecinde hemşirenin/ebenin topladığı bilgilerle değerlendirmeler yapılabilir (Ertem vd., 2005: 117-123).

Nonfarmakolojik yöntemler, ağrıyı azaltmak için yardımcı bir yöntem olup, yaşam kalitesini arttırmaktadır. Çeşitli kanıta dayalı nonfarmakolojik yöntemlerin akut ve kronik ağrıların tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. Ebelerin bu nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaları oldukça önemlidir (Orr et al., 2017). Günümüzde yaygın olarak yapılan cerrahi girişimlerin hasta konforu üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır.

Cerrahi her ne kadar yaşamı kurtarıcı/ iyileştirici girişimler olsa da hastayı fiziksel ve psikososyal yönden etkilemektedir. Ameliyat sonrası akut ağrı insidansının yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu durum hastanın konforunu etkilemektedir. Sezaryen ameliyatı sonrası da kadınlarda konforun sağlanması hemşirelik/ebelik bakımının amaçları arasındadır. Konfor gereksinimlerini karşılamaya yönelik hemşirelik/ebelik bakımının hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Tosun vd., 2022: 47-52).

1.4. Konfor Kuramı

Konfor, ilk kez bir hemşirelik/ebelik kuramı olarak 1990 yılında Katharina Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Konfor kuramının oluşturulmasında ve açıklanmasında birçok hemşirelik/ebelik kuramcıları ve psikolojik yaklaşımlarından yararlanılmıştır (Terzi vd., 2017: 67-74).

“Konfor” kavramının, Latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türetildiği bilinmektedir (Terzi vd., 2017: 67-74). Temel insan ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanan konfor, rahatlık ve sakinlik durumunu koruyarak, rahatsızlık ve acı gibi durumları ortadan kaldırmayı hedefler (Mendes et al., 2016: 390-395).

Kolcaba’ya göre konfor, bilimi, sanatı, ahlakı ve estetiği amaç edinen, bu amaçla fiziksel (bedensel duyumlar veya homeostatik mekanizmalar), psiko-spritüel (kişinin hayatındaki anlam, içsel saygı kimlik cinsellik de dahil olmak üzere benliğin farkındalığı ve maneviyat), sosyokültürel (kişiler arası ilişkiler ile ilgili, mali durum da dahil olmak üzere aile ve toplumsal ilişkiler) ve çevresel bütünlük (insan deneyimi, dış çevre, koşullar ve etkileri) içerisinde bireyin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik tutumlardır. Kurama göre hemşire ve ebeler güvenli bakım girişimlerini, hastayı bir kişi olarak algılayıp buna göre planlayarak uygulurlar (Yücel, 2011, s. 79-88; Duman vd., 2020: 37-42; Cardoso et al., 2020; Mendes et al., 2016: 390-395).

Kolcaba'nın, Konfor Kuramı'nın gelişiminde; holizm (bütünlük), insan Gereksinimleri (Kolcaba 2003) ve Henry Murray'ın Gereksinim-Baskı Kuramı (1939) olmak üzere üç görüşten etkilendiği belirtilmektedir.

Holizm kavramı, birey yaşamıyla bir bütünlük halinde ve yaşamını devam ettirebilmek için ise çevresel ve sosyal yaşantısı gereği bu ortamların içerisinde (Terzi vd., 2017: 67-74; Yücel, 2011: 79-88; Karabacak vd., 2011: 197-202).

İnsan gereksinimleri, bireyin sağlık bakımının bireye özgü ve bireyin kültürel davranışları ile uyum içinde olması gerektiğinin altı çizilmiştir (Terzi vd., 2017: 67-74; Yücel, 2011: 79-88).

Henry Murray'ın gereksinim-baskı kuramı, insan davranışının temelinde bir dizi gereksinim olduğunu ve bunların kişilik özelliklerini gösterdiğini ifade etmektedir.

Murray, bu kuramı "kişilik bilimi (personoloji)" olarak adlandırdı ve kişiliğin temel gereksinimlerini belirledi. Odaklandığı, psikolojik kökenli gereksinimlerdi.

Psikolojik kökenli gereksinimi, belirli koşullarda, belirli tepkiler göstermeye hazır bulunma durumu olarak tanımladı (Terzi vd., 2017: 67-74; Yücel, 2011: 79-88; Karabacak vd., 2011: 197-202).

Kolcaba, konfor kuramını geliştirirken konfor kavramının üç düzeyini (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) oluşturmada Orlando, Henderson ve Paterson'dan yararlanmıştır (Yücel, 2011: 79-88).

Orlando (1961-1990)'nın Etkileşim Kuramı'nda, hastanın ihtiyaçlarının karşılanması, karşılanmadığında yaşayacağı rahatsızlık ve hemşireleri/ebeleri burada hastaya yardımcı olabilecek yegâne kişi olarak belirtmiştir. Kolcaba, bu tanım üzerine, hasta bireye yardım edildiğinde sıkıntıdan kurtulacağını söylemiş ve bununla konforun ilk boyutunu tanımlamıştır (Terzi vd., 2017: 67-74).

Henderson (1978), insanın varlığını dengede tutabilmesi için 14 temel fizyolojik ve psikolojik fonksiyon belirtti. Kolcaba'ya göre 14 fonksiyonda denge sağlanırsa, hasta konforun rahatlama aşamasındadır (Yücel, 2011: 79-88).

Paterson (1976-1988) konforu, büyüme, sağlık ve özgürlük terimlerini içeren, hemşireliğin/ebeliğin doğasıyla etkileşimde olan bir yapı olduğunu ifade etmiştir. Hastanın potansiyeline özgür olmasını amaçlayan, fizikselden çok mental bir durum olarak tanımlar (Terzi vd., 2017: 67-74; Yücel, 2011: 79-88).

Kolcaba (2003), Kuramında hemşirelik/ebelik disiplininin temel kavramlarını aşağıda açıklandığı biçimde ele almıştır;

Hemşirelik/ebelik; hasta, aile ve toplumun konfor gereksinimlerinin tanılanması, konfor gereksinimlerine yönelik konfor önlemlerinin oluşturulması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesini hedeflemiştir.

İnsan; primer, sekonder ve tersiyer ya da koruyucu düzeyde sağlık bakım gereksinimi olan birey, aile ve toplumdur.

Çevre; birey, aile ve toplumu çevreleyen, konforu etkileyebilen ve konforu arttırmak için manipüle edilebilen durumdur.

Sağlık; konforun artırılması ile birey, aile ve toplumun optimum düzeyde fonksiyonlarının kolaylaştırılması olarak tanımlamaktadır. Kuramda hastalık tanımı yapılmamıştır (Yücel, 2011: 79-88; Karabacak vd., 2011: 197-202).

Sonuç olarak; Konfor kuramına göre hemşireler/ebeler bireyin konfor gereksinimlerini tanımlamalı, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu artırıcı hemşirelik/ebelik girişimlerini uygulamalı, anksiyetenin giderilmesi ya da en aza indirilmesi ve beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmelidirler. Hemşirelik/ebelik süreci doğrultusunda sürdürülecek bakımda, Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı sayesinde optimum düzeyde konfor sağlanarak bireyin yaşam kalitesine katkıda bulunulmalıdır (Yücel, 2011: 79-88; Karabacak vd., 2011: 197-202).

Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılarak, konforun artırılmasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkisinin olması ve bu yöntemlerin yetersiz kalması nonfarmakolojik yöntemlere yönelimi arttırmıştır (Karaca vd., 2022: 51-64). İçke ve Genç (2021), ayak masajı üzerine gerçekleştirdikleri bir randomize araştırmada, ayak masajının konforu olumlu yönde arttırdığı, ağrı düzeylerini ve gereksiz ilaç kullanımı azalttığı sonucuna varmışlardır (İçke vd., 2021: 140-149).

1.5. Masajın Tanımı ve Tarihçesi

Masaj, ağrıyı azaltmak veya diğer terapötik amaçlar için vücudun yumuşak dokularına yapılan sistemik manipülasyonlardır (Ernst, 2003: 1101-1106).

Masaj, cildi, kasları, tendonları bastırmak, ovalamak ve hareket ettirmeye verilen genel bir terimdir. Masaj terapisi, kas dokusuna doğrudan basınç uygulamalarını içerir. Masaj terapisinin tarihi M.Ö. 400'de Hipokrat'ın 'tıbbın ovma sanatı' olarak tanımlamasına dayandığı söylenmektedir. 1930'lara kadar insan ve hayvanlar üzerinde masaj terapisi çalışmaları yapılmıştır.

Bu alışmalar masajın, kan akışını arttırdığını ve kas atrofisini azalttığını belgelemektedir (Field et al., 2007:75-79; Priscilla et al., 2014: 514-517).

Karami ve arkadaşlarının, primipar kadınlarla ağrı şiddeti ve doğum sonucu üzerine etkilerini inceledikleri randomize kontrollü bir araştırmada, masaj grubundaki kadınlarda vajinal doğumdaki müdahalelerin azaldığı, kontrol grubuna göre korku ve ağrı şiddetinde azalmanın olduğunu bulmuşlardır (Karami et al., 2006: 6-9).

Ünalnış ve arkadaşlarının bel masajının algılanan doğum ağrısı ve tatmini üzerindeki etkilerini inceledikleri randomize kontrollü araştırmada, bel masajının doğum ağrısını azalttığı ve doğumdan duyulan memnuniyeti arttırdığı sonucuna varmışlardır (Ünalnış vd., 2017: 169-175).

Saatsaz ve arkadaşlarının 156 primipar kadın ile gerçekleştirdiğı randomize klinik araştırmada, rastgele bir el ve ayak masajı grubu, bir ayak masajı grubu ve bir kontrol grubu olmak üzere katılımcıların üç gruba ayrıldığı araştırmada, masajdan hemen sonra ve masaj uygulandıktan 90 dakika sonra yapılan değerlendirmelerde ağrının yoğunluğunda önemli bir azalma olduğunu bulmuşlardır. Masajdan sonra anksiyete düzeyinde de önemli bir azalma ve emzirme sıklığında önemli bir artış olduğunu bulmuşlardır (Saatsaz et al., 2016: 92-98).

Hiçbir yan etkisi olmayan ve etkili bir hemşirelik/ ebelik müdahalesi olan el ve ayak masajı, postoperatif ağrı ve stres yönetiminde yardımcı olabilmektedir (Saatsaz et al., 2016: 92-98).

1.5.1. Masajın Etki Mekanizması, Çeşitleri ve Prensipleri

Masajın, nöromüsküler fonksiyonların iyileştirilmesi, bağışıklık fonksiyonlarının artırılması, depresyonu azaltmada, dikkati toplamada, ağrıyı azaltmada, kan akışı ve kan basıncında iyileşme, uyuma sürelerinde artma, serotonin ve dopamin seviyelerinde artma, anksiyetede azalma, sakinleştirici ve artan konfor duygusu gibi birçok faydaları mevcuttur. Masaj terapisi kişilerde en çok ağrıları olduğunda kullanılmaktadır. Masajın ağrı üzerindeki etkileri kapı kontrol teorisi ile açıklanmaktadır. Bu şekilde ağrı sinyallerini engelleyen bir uyarı sağlayabileceğı öne sürölmektedir.

Masajın vücutta belirli kimyasalların salınımını sağlayarak vücutta faydalı etkiler gösterebileceği belirtilmektedir. Masaj terapisi akut ve kronik hastalıkların tedavisinde faydalı bir seçenek olabilir. Bunun yanında masajın tedavi olarak kullanılabilen bir türü olan terapötik masaj kişilerde rahatlamayı sağlamaktadır (Field et al., 2007:75-79; Gasibat et al., 2017: 58-67; Priscilla et al., 2014: 514-517).

Masajın fizyolojik etkileri arasında; iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, lenfatik sistem, sinir sistemi, cilt ve solunum sistemine etkileri yer alır (Priscilla et al., 2014: 514-517). Kadınların masaj terapisi ile beyin sapındaki retiküler sistem uyarılarak, fazla miktarda ve değişik uyaranla karşılaşıldığından kortekse ağrı uyarısı iletimi azalır. Masajın ağrı hafifletmede bir diğer etkisi de endorfin teorisi ile açıklanmaktadır. Endorfinler vücudun kendisinin salgıladığı, morfin etkisi gösteren narkotiklere benzer maddelerdir. Endorfinler spinal kordun sinir uçlarındaki narkotik reseptörlere bağlanarak ve ağrı uyarısının geçişini bloke ederek ağrıyı azaltırlar. Endorfin salınımı; hafif ağrı, hafif stres, fizik egzersiz, masaj, akupunktur, TENS uygulamaları ve cinsel aktivite ile artar (Değirmen vd., 2006: 50-60).

Masaj terapisi, histamin ve asetilkolinin salınmasını arttırdığı için damarlarda vazodilatasyon meydana gelir. Motor merkezleri uyararak kas tonüsünü düzenler. Masaj uygulaması ile hipotonik kasların tonüsü artarken, hipertonic kasların tonüsü azalır. Reaktif hiperemi yapar, doku sıvılarının dolaşımını canlandırır, kapiller duvarların geçirgenliğini artırır ve iç organları uyarıcı etki gösterir.

Otonom sinir sistemini etkileyerek endokrin sistemi uyarır ve bu sayede hastalarda ağrı düzeyi azalır (Sözen, 2020: 110-115; Değirmen vd., 2006: 50-60).

Masaj manevraları beş ana gruba ayrılır:

1. Efloraj (stroking: sıvazlama): Yüzeysel sıvazlama ve derin sıvazlama olarak uygulanmaktadır.
2. Petrisaj (yoğurma): Subkutan doku ve kasların, parmaklar ve avuç içi ile kavranarak, ileri kaydırmadan döndürülerek yoğrulmasına denir.
3. Friksiyon: Cilde, parmaklar ile bastırma, kaydırma ve sürtme şeklinde yapılan, değişik kuvvetteki basılarla yapılan küçük alanlı dairesel hareketlerdir.
4. Tapotman: Avuç içini kubbeleştirerek, hafif vuruş biçiminde yapılan titreşim hareketidir.
5. Vibrasyon: Titreşim anlamına gelen ve masajda da titreştirme anlamında kullanılan terimdir (Değirmen vd., 2006: 50-60; Arslan vd., 2017: 15-20).

Masaj terapisti genellikle masajı el ve parmakları ile yaptığı manevralar sayesinde gerçekleştirir. Bunlar hafif vuruş veya derin basınç hareketlerini içerebilir. Farklı masaj türleri mevcuttur. Bunlar; İsveç masajı, derin doku masajı, spor masajı, aromaterapi masajı, sıcak taş masajı, vücudun belirli bölümlerine uygulanan el ve ayak masajı gibi çeşitleri bulunmaktadır (Priscilla et al., 2014: 514-517). Ayak masajının uygulama alanı içerisine giren klasik masaj; efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman ve vibrasyon hareketlerini içeren batı tekniği ile yapılan bir masajdır ve tüm vücut yüzeyine uygulanabilmektedir (Değirmen vd., 2006: 50-60).

Ayak masajının, uygulanması kolay, masrafsız ve hiçbir özel ekipman gerektirmemesi avantajları arasındadır. Ayak masajı ile ağrı ve kaygı yönetimi konusunda yapılan araştırmalar; bu yöntemin ağrı ile baş etmede ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Sözen, 2020: 110-115). Nosiseptörler en çok el ve ayaklarda bulunmaktadır. Bu nedenle ağrının azaltılmasında el ve ayaklara uygulanan masaj terapisinden daha etkili sonuçlar alınabilir (Değirmen vd., 2006: 50-60).

Masajın prensipleri; (T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri, 2011)

- Masaj kalp yönünde ve kas liflerinin hizasında yapılmalıdır. Bunun nedeni toplardamar akımının kalbe doğru olmasıdır.
- Klasik masaj uygulamasına sıvazlama tekniği ile başlanıp sıvazlama ile bitirilmelidir.
- Kişilere göre masajın basıncı ayarlanmalı ve çok sert olmamalıdır. Sert masaj doku içi kanamalara neden olabilir.
- Masaj manipülasyonları ritmik olmalıdır. Masaj boyunca uygulayıcı ellerinin vücuttan teması kesilmemelidir.
- Masaj öncesinde 20 veya 30 dakika sıcak uygulama yapılması, yapılan masajın etkisini arttıracaktır.
- Masaja başlamadan masaj bölgeleri belirlenip, bölgelere uygun masaj yapılmalıdır. Masaj ortamı rahatlatıcı, dinlendirici ve ferah olacak şekilde hazırlanmalıdır.
- Masaj sonrası kişilerin dinlenmesi sağlanmalıdır.

1.5.2. Masajın Uygulanmaması Gereken Durumlar

Masaj, doku yıkımı ve mevcut riskin olduğu durumlarda uygulanmamalıdır. Yüksek ateş, aterosklerotik durumlar, emboli, tromboemboli, trombosit sayısının düşük olması, kanama bozukluğu, kanamaya eğilimli durumlar, derin ven trombozu, variköz venler, tromboflebit ve şüpheli kan pıhtısı, stabil olmayan kalp hastalıkları (kalp veya böbrek yetmezliği), doku veya organlarda infeksiyon veya yanık alanları, bulaşıcı cilt hastalıkları, akut inflamasyon, infekte lenf nodları, osteoporoz nedeniyle kemiklerde incelme, yakın zamanda kırık ve çıkık varlığı, kas lifi, tendon ve fasyada kopma, gebelik, diyabet veya iyileşen bir skar nedeniyle cildin kırılgan olması ve tanı konulmamış bütün hastalıklar masajın tercih edilmemesi gereken durumlardır (Sözen, 2020: 110-115; Değirmen vd., 2006: 50-60).

1.5.3. Masaj Yapılırken Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Masajı uygulamadan önce eller yıkanmalıdır. Masaj sırasında eller, ılık ve kuru olmalıdır. Masaj uygulanan ortam temiz, sıcaklığı: 23-26 derece olmalıdır. Hastaya rahat bir pozisyon verilmeli, gerekirse yastıklarla desteklenmelidir. Masaj öncesi hastanın o vücut bölümü silinip temizlenmeli ve kurulanmalıdır. Yağlayıcı madde kullanılmalı; ancak fazla kayganlığın sıkı temasa engel olabileceği bilinmelidir. Masajın basıncı, uygulanan bölgeye göre ayarlanmalı ve her zaman hafif basınçla başlanmalıdır. Masaj yapılırken ellerin deri ile teması kesilmemelidir. Bütün hareketler yavaş, ritmik ve sabit hızda yapılmalıdır. Masaj uygularken hastada oluşan olumsuz etkiler gözlenmelidir (Değirmen vd., 2006: 50-60).

1.5.4. Ayak Masajı Uygulaması

En eski tedavi yöntemlerinden biri olan masaj birçok toplumda yaygın olarak kullanılmış ve hala kullanılmaktadır. Antik hikayeler bize konfor ve iyileşmeyi sağlamak için ellerin kullanıldığını gösteren kanıtlardan bahsetmektedir. Ayak masajının da binlerce yıldır Mısır, Hindistan ve Çin gibi dünyanın farklı ülkelerinde uygulandığı bilinmektedir. Türkiye’de ise masaj ilk olarak 1909 yılında Gülhane Serriyat Hastanesi’nde, tedavi amacıyla uygulanmıştır.

Ayak masajına başlamadan önce ilk olarak ayaklar değerlendirilir, ayaklar ıslak kompresle silinip kurulanır, masaj uygulanmaya başlanır. Uygulama süresi her bir ayağa 10 dakika olmak üzere toplam 20 dakikadır (Sözen, 2020: 110-115).

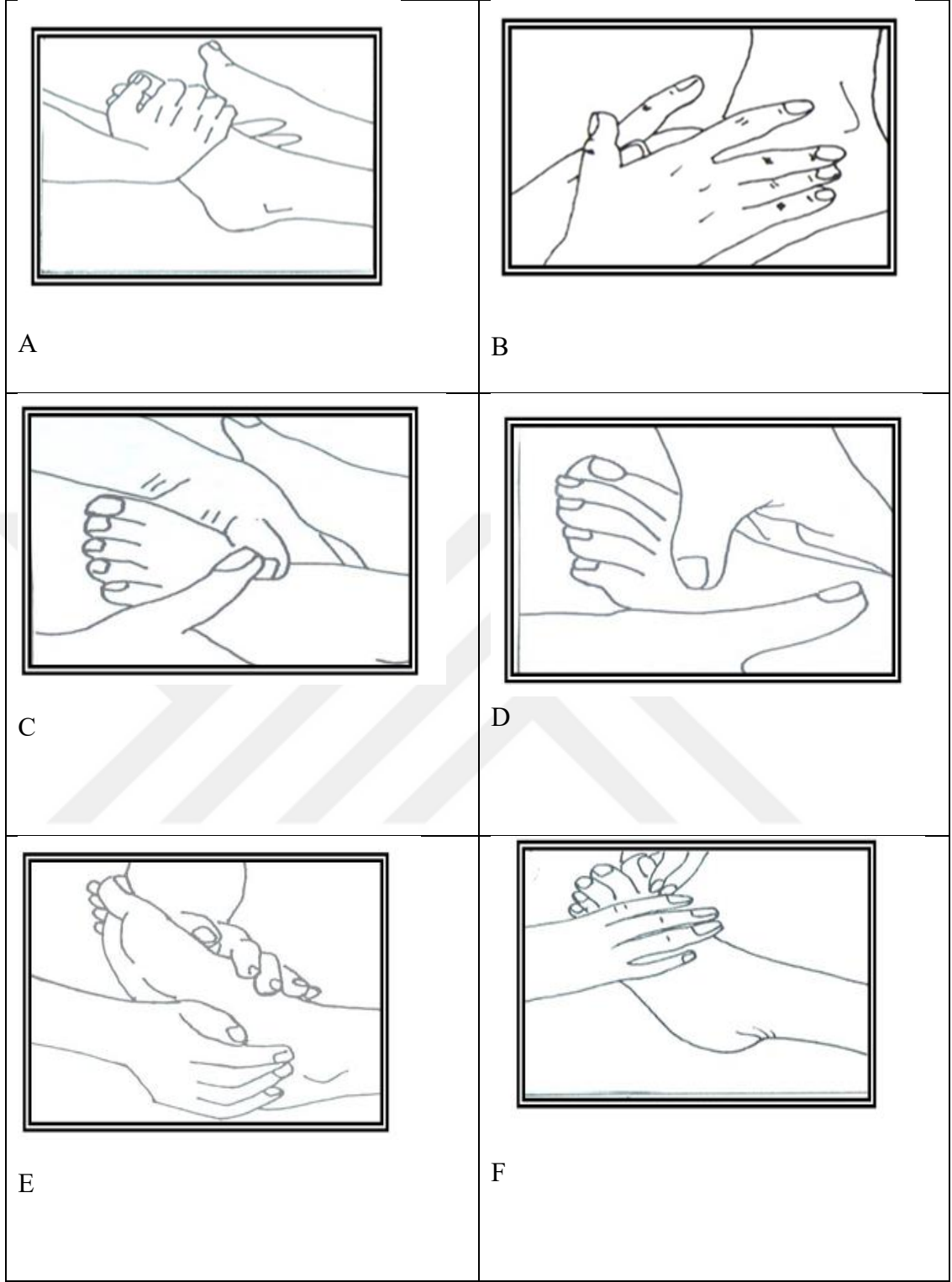
1.5.4.1. Ayak Masajı Uygulama Adımları

Ayak masajı uygulamasına ait adımlar aşağıda ayrıntılı şekilde açıklanmıştır (Değirmen vd., 2006: 50-60; T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri Alanı, 2007).

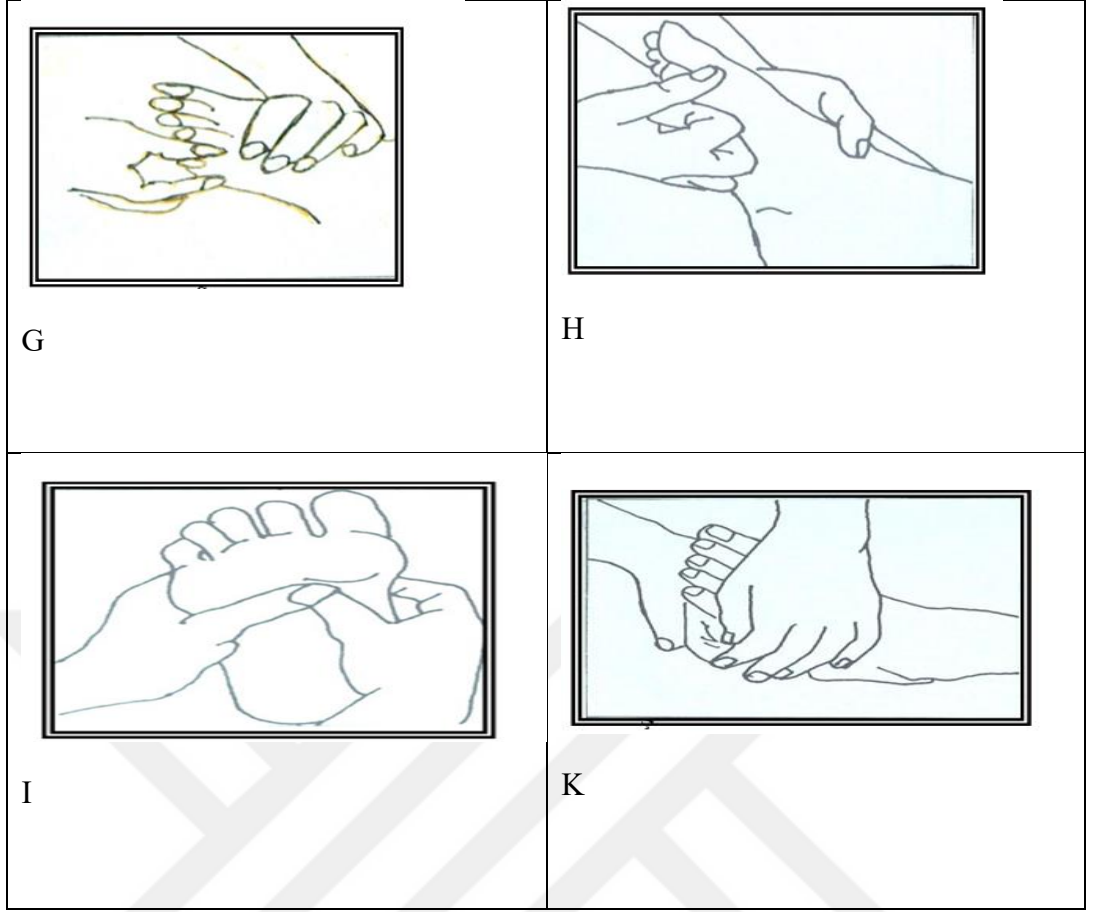
1. Hastanın ayağının altına yastık konularak ayağın yükseltilmesi sağlanır.
2. Hastanın ayağı iki el arasına alınarak uygulayıcının parmakları ile bileğe kadar sıvazlanır (A, Şekil 2).
3. Hastanın bileklerine ulaşıldığında, eller bilek çevresinde döndürülüp hafif bir dokunuşla parmaklara geri dönülür (B, Şekil 2).
4. Hastanın ayağı başparmaklar üste kalacak şekilde tutulup, bileğe doğru düz ve çapraz başparmak friksiyonu uygulanır (C, Şekil 2).
5. Uygulayıcının başparmakları biri diğerini izleyecek şekilde hastanın ayak kirişlerinin arasına masaj uygulanır (D, Şekil 2).
6. Uygulayıcı bir el ile hastanın ayağını tutup, diğer eli de ayağın kavisine göre biçimlendirerek, yuvarlak kısımdan başlayıp topuğa kadar ovulur (E, Şekil 2).
7. Uygulayıcı başparmaktan başlayarak, hastanın her ayak parmağını ayrı ayrı ovma hareketini yapar (F, Şekil 2).
8. Hastanın her parmağını ayrı ayrı sıkıp yuvarlayıp ve her iki yönde döndürerek hafifçe uygulayıcı kendine doğru çeker (G, Şekil 3).
9. Uygulayıcı bir elini ayağın üzerine koyup, diğer elini parmak eklemleriyle masaj yapabilecek şekilde kıvrır ve tüm tabanda baskılı dairesel hareketler uygular (H, Şekil 3).
10. Uygulayıcının başparmakları ayak tabanında diğer parmakları ayağın üst kısmında olacak şekilde hastanın ayağı tutulur. Başparmağının biri diğerinin üzerindeyken 3–7 saniye tabana sıkıca bastırılır. Topuğa doğru bir hat çizerek tabanın tamamında uygulamaya devam edilir (I, Şekil 3).
11. Ayağı parmakların hemen üstünden uygulayıcı iki eli ile sıkıştırıp döndürür (K, Şekil 3).
12. Hastanın tüm ayak parmaklarını, uygulayıcı bir eli ile kavrayarak öne ve arkaya doğru hareket ettirir (L, Şekil 4).
13. Uygulayıcı bir eli ile ayağı sıkıca tutup diğer elinin yanıyla tabana vurur (M, Şekil 4).
14. Uygulayıcı iki elini de kullanarak ayak tabanına ve çok hafif olacak şekilde ayak üzerine kesme tekniğini uygular (N, O, Şekil 4).

15. Uygulayıcı saç eli ile hastanın ayak bileğinin arkasından kavrar ve diğer eli de hastanın ayağının üzerindedir. Uygulayıcı bacağı hafifçe kendine doğru çekerek ve yukarı kaldırmadan hafifçe germe hareketini yapar (P, Şekil 4)
16. Hastanın ayağı serbest bırakılır ve uygulayıcı bilekteki elini ayağın altına kaydırarak, iki eli ile hastanın ayağı sıvazlanır (R, Şekil 4).
17. Uygulayıcı ellerini hastanın ayağının hatlarına göre biçimlendirerek parmaklara doğru kaydırır, parmak uçlarından yavaşça bırakarak masaj uygulaması sonlandırılır (S, Şekil 4).
18. Ayak masajı her iki ayağa onar dakika boyunca uygulanır.

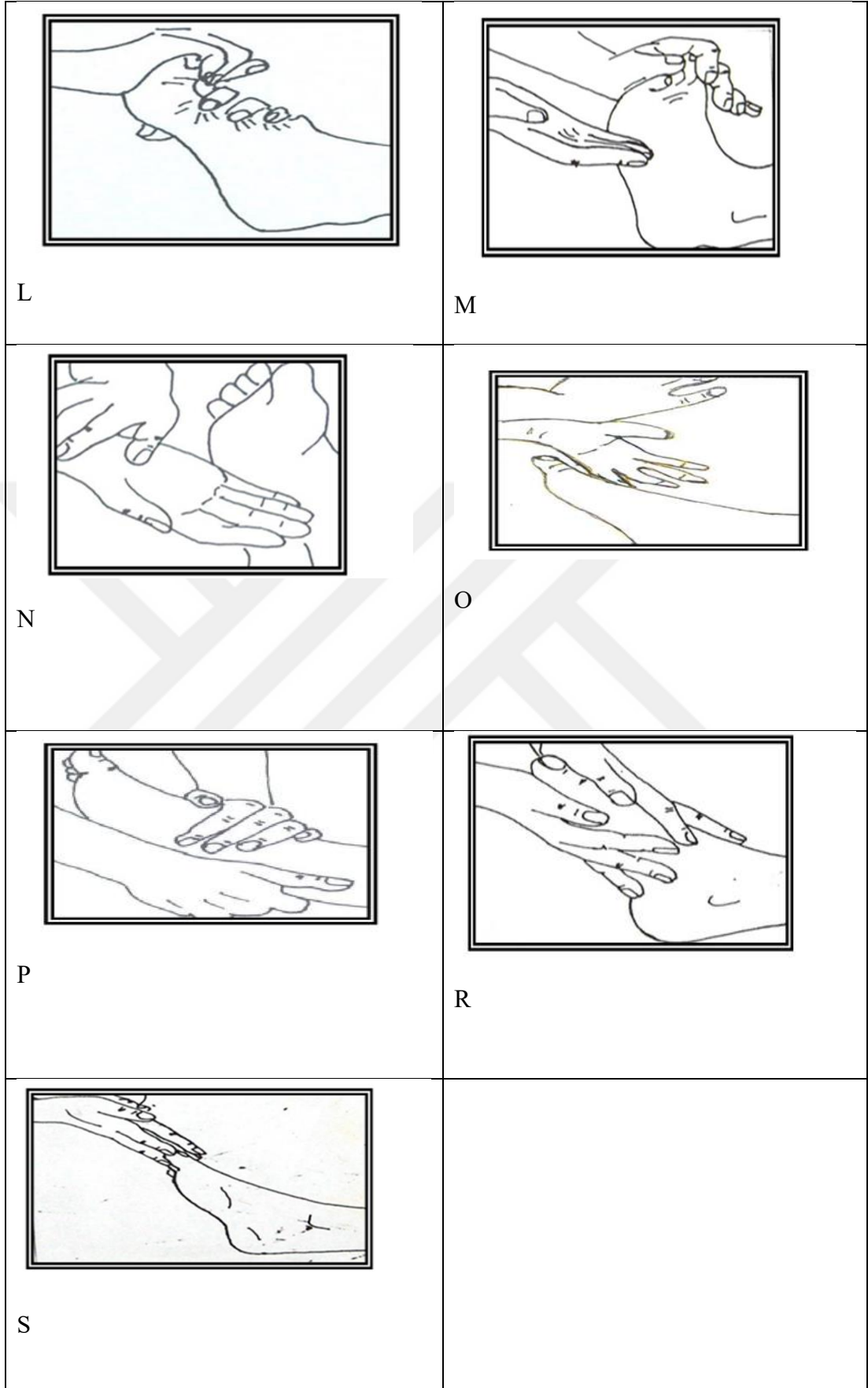




Şekil 2: Ayak masajı uygulama adımları-1



Şekil 3: Ayak masajı uygulama adımları-2



Şekil 4: Ayak masajı uygulama adımları-3 *Şekillerde adım adım ayak masajı uygulama basamakları gösterilmiştir.

2. MATERYAL-YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırmada, nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan ayak masajı tekniğinin, sezaryen ameliyatı sonrası, postpartum ilk 48 saatte kadınların postoperatif ağrı ve doğum sonu konfor düzeyine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma randomize kontrollü, deneysel tasarımda yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

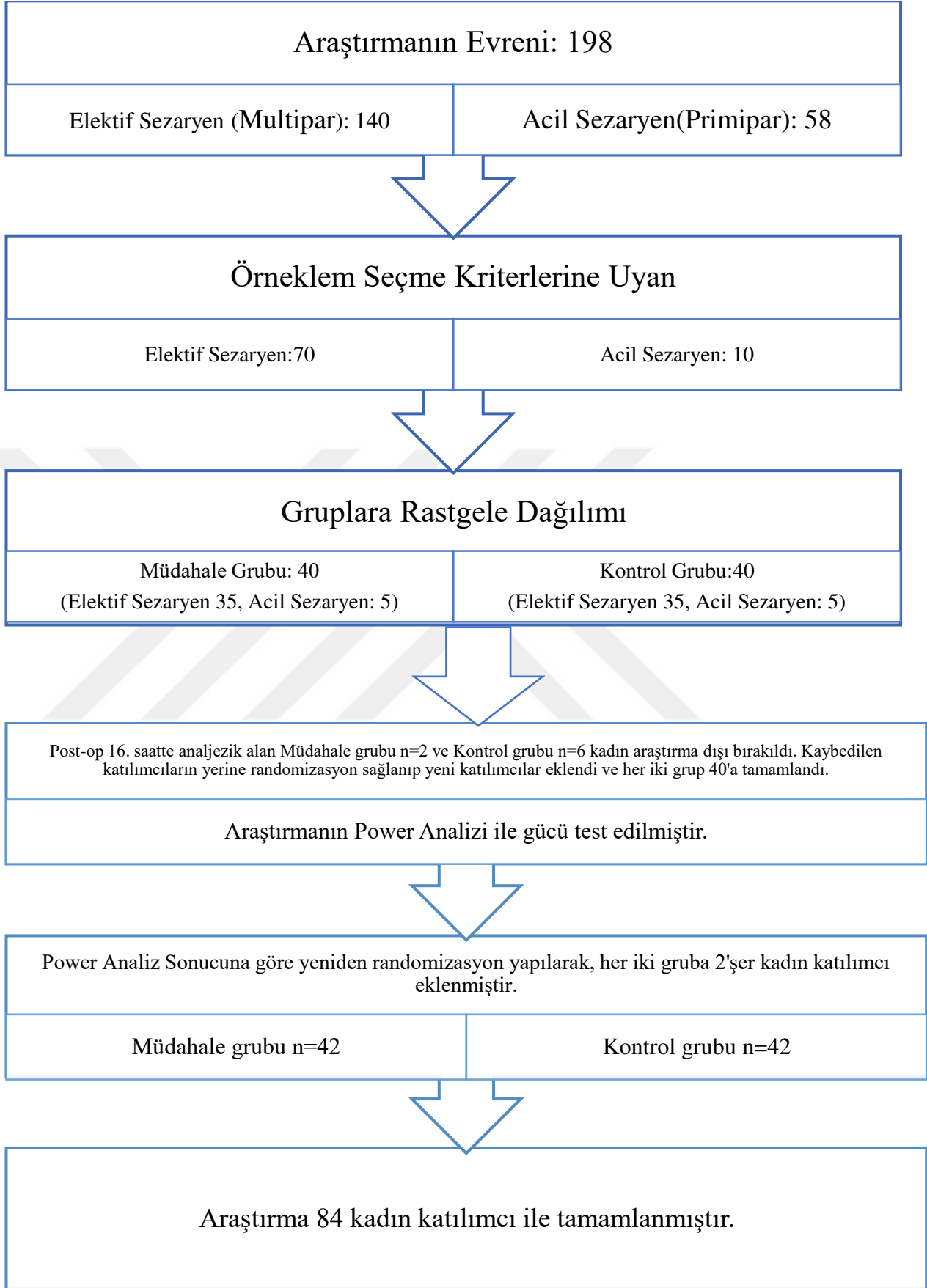
Araştırma Ege Bölgesinde bir Anne Dostu İlçe Devlet Hastanesi'nin kadın hastalıkları ve doğum servisinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştiği servis, hastanenin 1. katında yer almakta olup, 12 odası ve 18 yatağı bulunmaktadır. Serviste üç tane kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, sekiz ebe, üç tane temizlik personeli ve bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır.

Veriler, Nisan 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırma verilerinin toplandığı sürede araştırmanın yürütüldüğü hastanede gerçekleşen sezaryen doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır (N=198).

Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde sezaryen operasyonu geçiren, örneklem seçme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar oluşturmuştur (n=84).



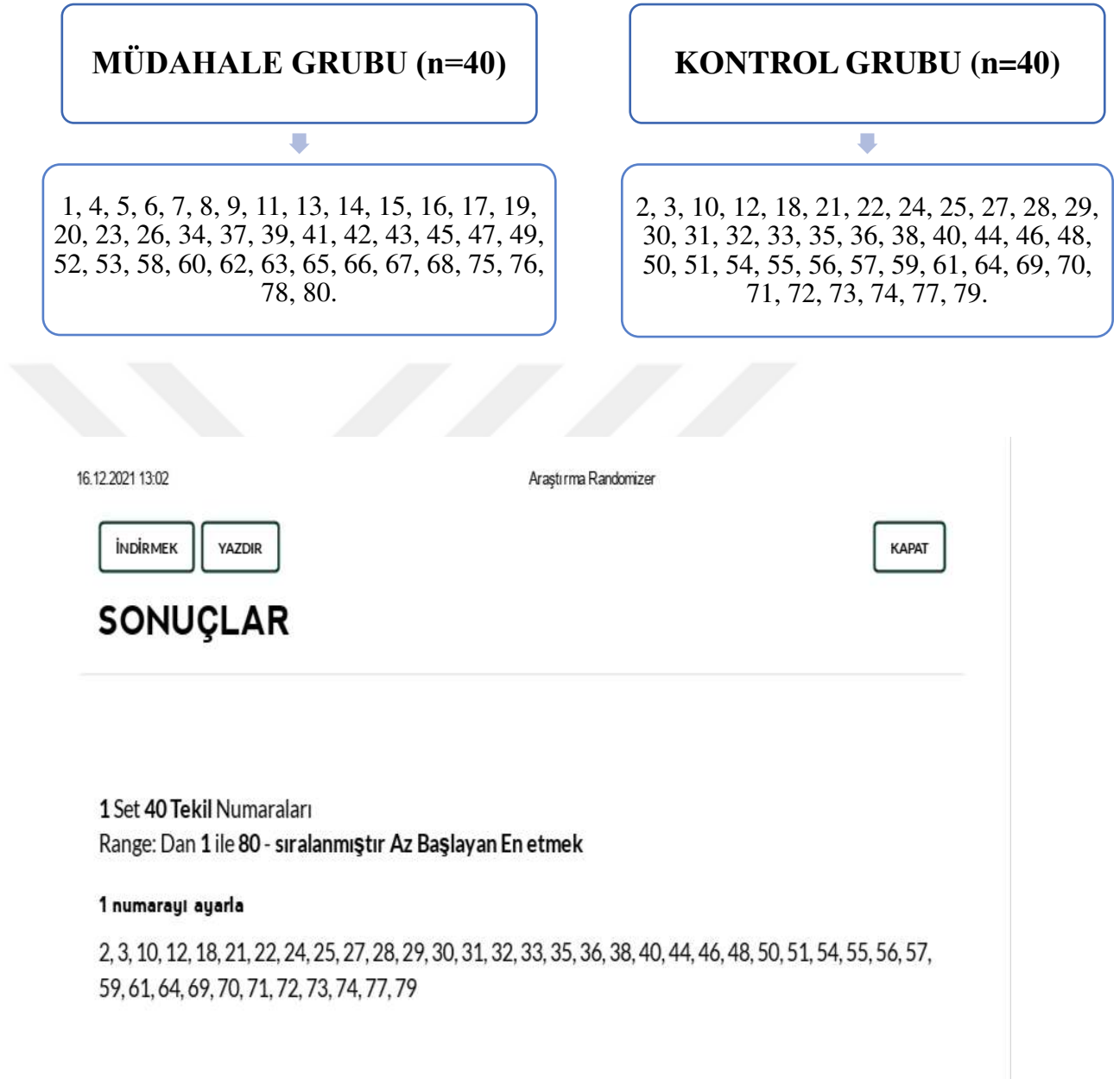
Şekil 5: Araştırmanın evren ve örneklem şeması

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Sezaryen operasyonu geçirmiş olan,
2. Çalışmaya katılmayı kabul eden,
3. 18-45 yaşları arasında olan,
4. Yazılı/sözlü iletişim kurulabilen,
5. En az ilköğretim mezunu olan,
6. Tekil doğum yapmış olan,
7. Bölgesel anestezi (Spinal veya epidural anestezi) ile operasyonu geçirmiş olan,
8. Herhangi bir komplikasyon yaşamamış ve bilinci açık olan,
9. Bebeğinin sağlık sorunu bulunmayan,
10. Ayaklarında masaj yapılmasına engel olacak herhangi bir durum olmayan.

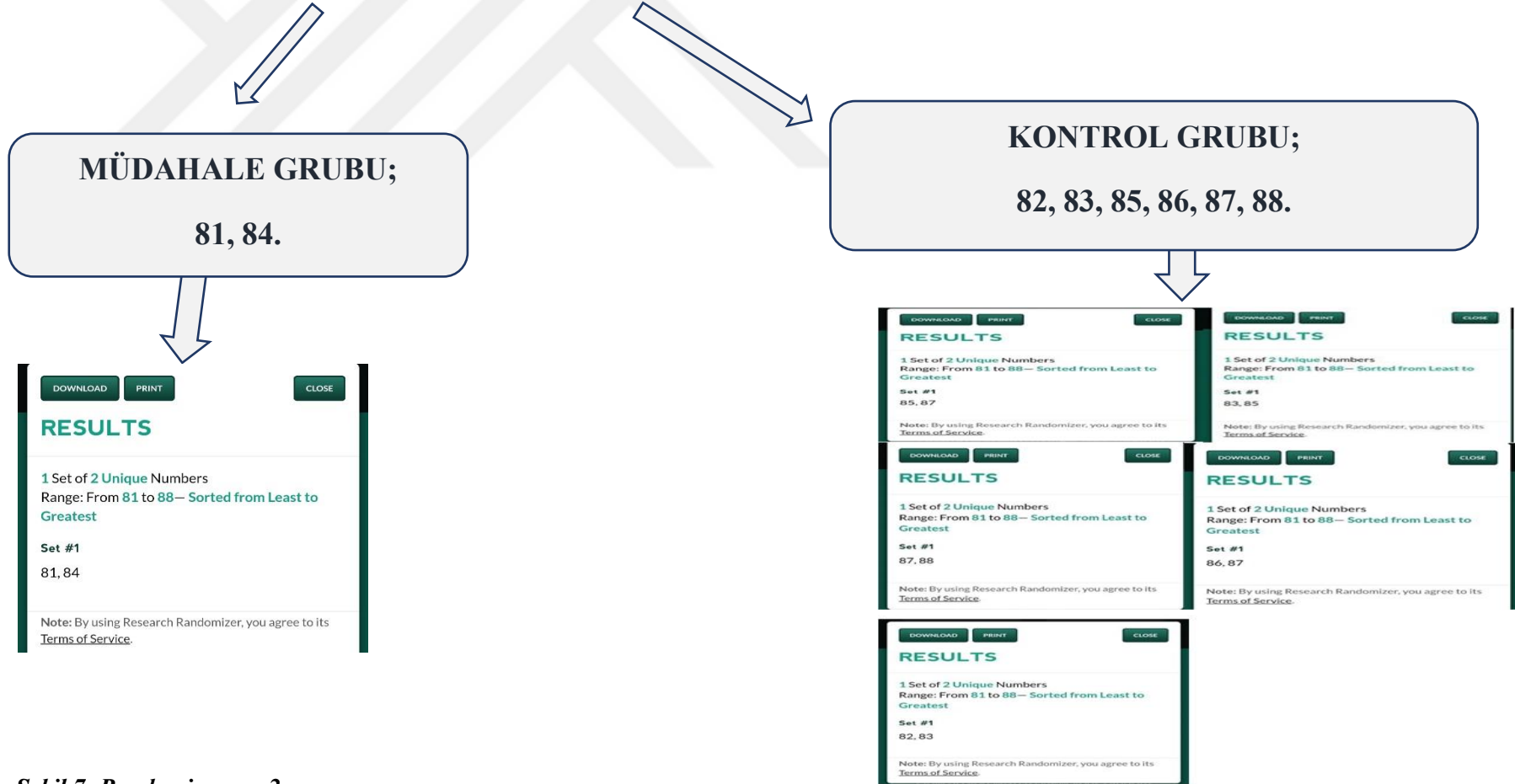
Yukarıda belirtilen kriterlerin dışında kalan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan kadınlar, müdahale ve kontrol gruplarına bir randomizasyon sitesinden (www.randomizer.org) alınan randomizasyon örgüsüne göre ayrılmıştır (Şekil 6-7-8). İlk etapta her gruba 40 kişinin alınması öngörülmüş ve rastgele sayılar tablosu ile 80 kişi belirlenmiştir, 2 kişi müdahale grubunda ve 6 kişi kontrol grubunda olmak üzere 8 kişi araştırma dışı bırakılmıştır. Kaybedilen vakaların yerine yenileri alınarak her grup 40'a tamamlanmıştır. Power analiz sonucuna göre araştırmanın gücü açısından (Ek 2) her iki gruba ikişer vaka daha eklenerek çalışma; müdahale grubu 42 kadın, kontrol grubu 42 kadın olmak üzere toplam 84 kadın ile tamamlanmıştır (Şekil 5).

RANDOMİZASYON 1: 40'ar kişilik iki grup oluşturulur.



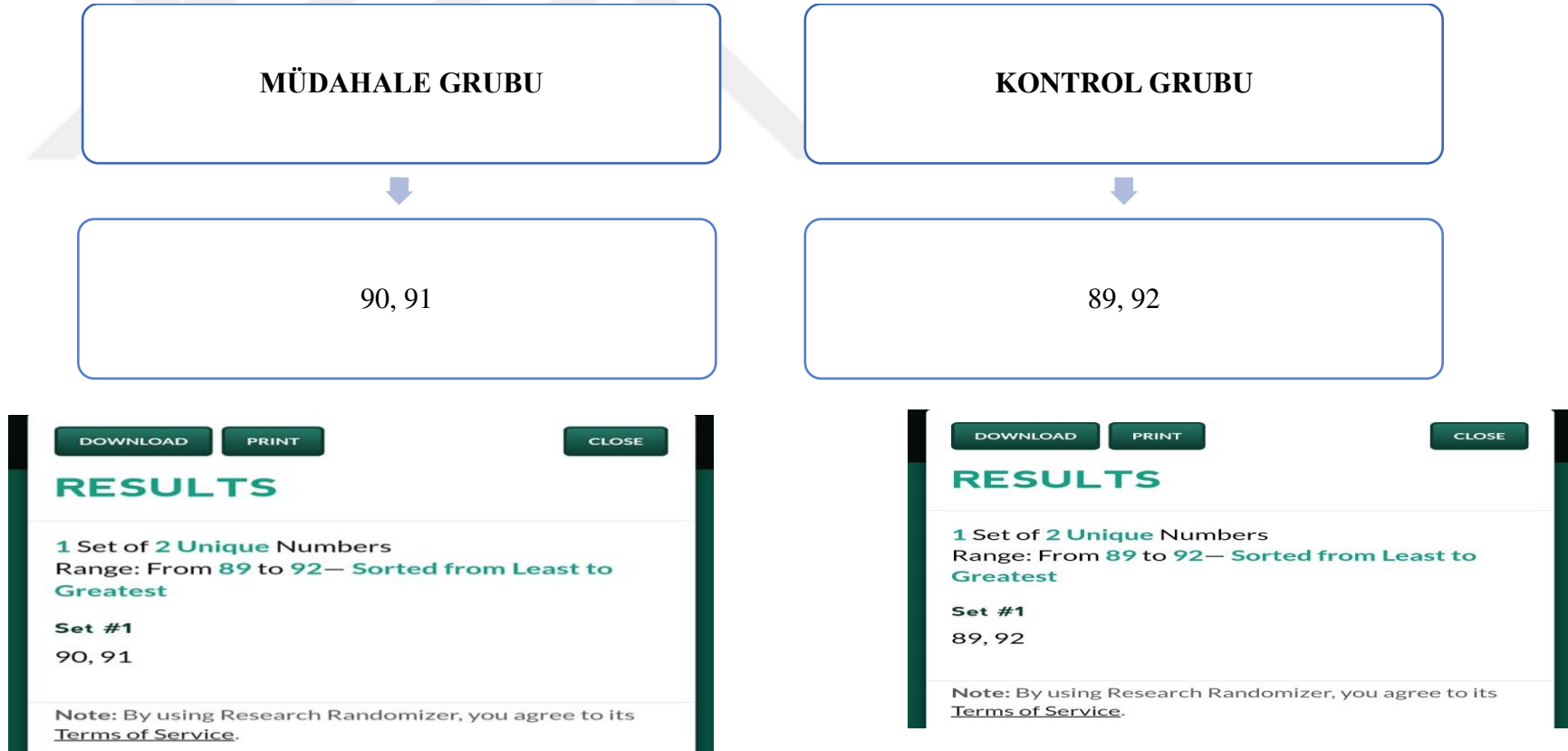
Şekil 6: Randomizasyon 1

RANDOMİZASYON 2: Her iki grup 40'a tamamlanır.



Şekil 7: Randomizasyon 2

RANDOMİZASYON 3: Her iki gruba da 2'şer kişi daha eklenir.



Şekil 8: Randomizasyon 3

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

1-H0: Sezaryen ameliyatı sonrası yapılan ayak masajının kadınların algıladıkları ağrı düzeyine etkisi yoktur.

H1: Sezaryen ameliyatı sonrası yapılan ayak masajının kadınların algıladıkları ağrı düzeyine etkisi vardır.

2-H0: Sezaryen ameliyatı sonrası yapılan ayak masajının kadınların algıladıkları konfor düzeyine etkisi yoktur.

H1: Sezaryen ameliyatı sonrası yapılan ayak masajının kadınların algıladıkları konfor düzeyine etkisi vardır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Veri Toplama araçları olarak; araştırmacı tarafından geliştirilen Bireysel Tanıtım Formu, Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, Müdahale Grubu İzlem Formu, Kontrol Grubu İzlem Formu ile Doğum Sonu Konfor Ölçeği ve Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

2.5.1. Bireysel Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan form sosyodemografik ve obstetrik özellikleri sorgulayan 21 sorudan oluşmaktadır (Ek 4).

2.5.2. Postoperatif Ağrı Tanılama Formu

Bu form hastaların ağrı özelliklerini değerlendirebilmek için hazırlanmış olup; hastaların ağrılarını en iyi tanımlayan kelimeyi, ağrının yerini ve postoperatif dönemde ağrılarının şiddetinde değişiklik olup olmadığını inceleyen soruları içermektedir. Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (Ek 5).

2.5.3. Müdahale Grubu İzlem Formu

Bu form; tarih, masaj uygulanma durumu, masaj öncesi ve sonrası Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (NRS) ve DSKÖ konfor değerleri ve masaj öncesi ve sonrası, kan basıncı, nabız ve solunum değerlerini gösteren bir tablodur. Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (Ek 6).

2.5.4. Kontrol Grubu İzlem Formu

Bu form; tarih, ölçümlerin öncesi ve sonrasında Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (NRS) ve DSKÖ konfor değerleri ve ölçümlerin öncesi ve sonrası, kan basıncı, nabız ve solunum değerlerini gösteren bir tablodur. Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (Ek 7).

2.5.5. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

Kolcaba tarafından geliştirilen “Genel Konfor Ölçeği” Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından Türk toplumuna uyarlanmış ve Karakaplan ve Yıldız tarafından ilgili ölçeğin Türkçe formundan “Doğum Sonu Konfor Ölçeği” geliştirilmiştir. Sezaryen veya normal doğum yapan annelerin fiziksel, psikospirüel ve sosyokültürel konforlarını değerlendirmektedir. Ölçek 5’li likert tipinde toplam 34 maddeden oluşmaktadır, ölçeğin kullanımı için geliştiren Yıldız’dan gerekli izin (Ek 12) alınarak kullanılmıştır (Ek 8).

2.5.5. Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği

Ağrı şiddetini belirlemek amacıyla, hastanın ağrısını sayılarla ifade etmesidir. Sayısal ölçekler, ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırır, puanlama ve kayıta kolaylık sağlar, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı oldukları için daha çok tercih edilmekte ve yaygın olarak kullanılmaktadır (Ek 9).

2.6. Verilerin Toplanması

Verilerin randomizasyonu için (Şekil 6-7-8), rastgele sayılar tablosu kullanılarak 80 kadın katılımcının planlandığı araştırmada 40 kontrol ve 40 müdahale grubunda olmak üzere; ‘1’ ile başlayan sayı kümesi müdahale grubu için, ‘2’ ile başlayan sayı kümesi kontrol grubu için kullanılmıştır. Kadınların gruplara seçiminde protokol numarası son iki hanesindeki rakamlara bakıldı ve gruplardan hangisi ile eşleşiyorsa o gruba dahil edilmiştir. Kadınların rastgele gruplara dahil edilmesi sonrası doğum sonrası rutin bakım ve eğitimleri verildi. Bulunduğu gruplara göre yapılacak iş ve işlemler belirlenmiştir.

Araştırma formları, araştırmacı tarafından klinik ortamda ve sezaryen sonrası her iki grup için de post-op ilk 24 saat içinde analjezik alımından 4 saat sonra (post-op 6. saatte ilk analjezi alımı gerçekleştiği için post-op 10. saatte), ilk değerlendirmeden 60 dakika sonra, 20. saatte ve ikinci değerlendirmeden 60 dakika sonra veriler toplanmıştır. NRS ile kadınların ağrıyı puanlandırmaları istenmiş (0-10 arası), sonuçlar formlara eklenmiştir. Doğum Sonu Konfor Ölçeği her iki gruba da belirlenen zamanlarda uygulanmış olup, ölçek açıklamalarında belirlenen şekilde konfor puanları hesaplanarak kaydedilmiştir.

Masaj uygulama seansları, bebek yağı ile, bir ayak için 10 dakika olup, bir seans 20 dakika, toplamda iki seans olarak müdahale grubuna uygulanmıştır. Araştırmada yapılan tüm işlemler bir tez çalışması olması sebebiyle araştırmacı tarafından yapılmıştır (Şekil 9).

2.6.1. Müdahale Grubunda Verilerin Toplanması

Post-op 10. saatte kadınlara rutin bakımları uygulandı ve 1. ölçümde; Bireysel Tanıtım Formu, Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, DSKÖ, NRS ve yaşam bulguları ölçülerek İzlem Formuna kaydedildikten sonra 20 dakika ayak masajı uygulanmıştır.

2. ölçümde (1. ölçümden 60 dakika sonra); Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, DSKÖ, NRS ve yaşam bulguları ölçülerek İzlem Formuna kaydedilmiştir.

3. ölçümde (Post-op 20. Saatte); DSKÖ, NRS ve yaşam bulguları ölçülerek Masaj öncesi bulgular İzlem Formuna kaydedilmiştir. Daha sonra 20 dakika ayak masajı uygulanmıştır.

4. ölçüm (3. Ölçümden 60 dakika sonra); Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, DSKÖ, NRS ve yaşam bulguları ölçülerek İzlem Formuna kaydedilmiştir.

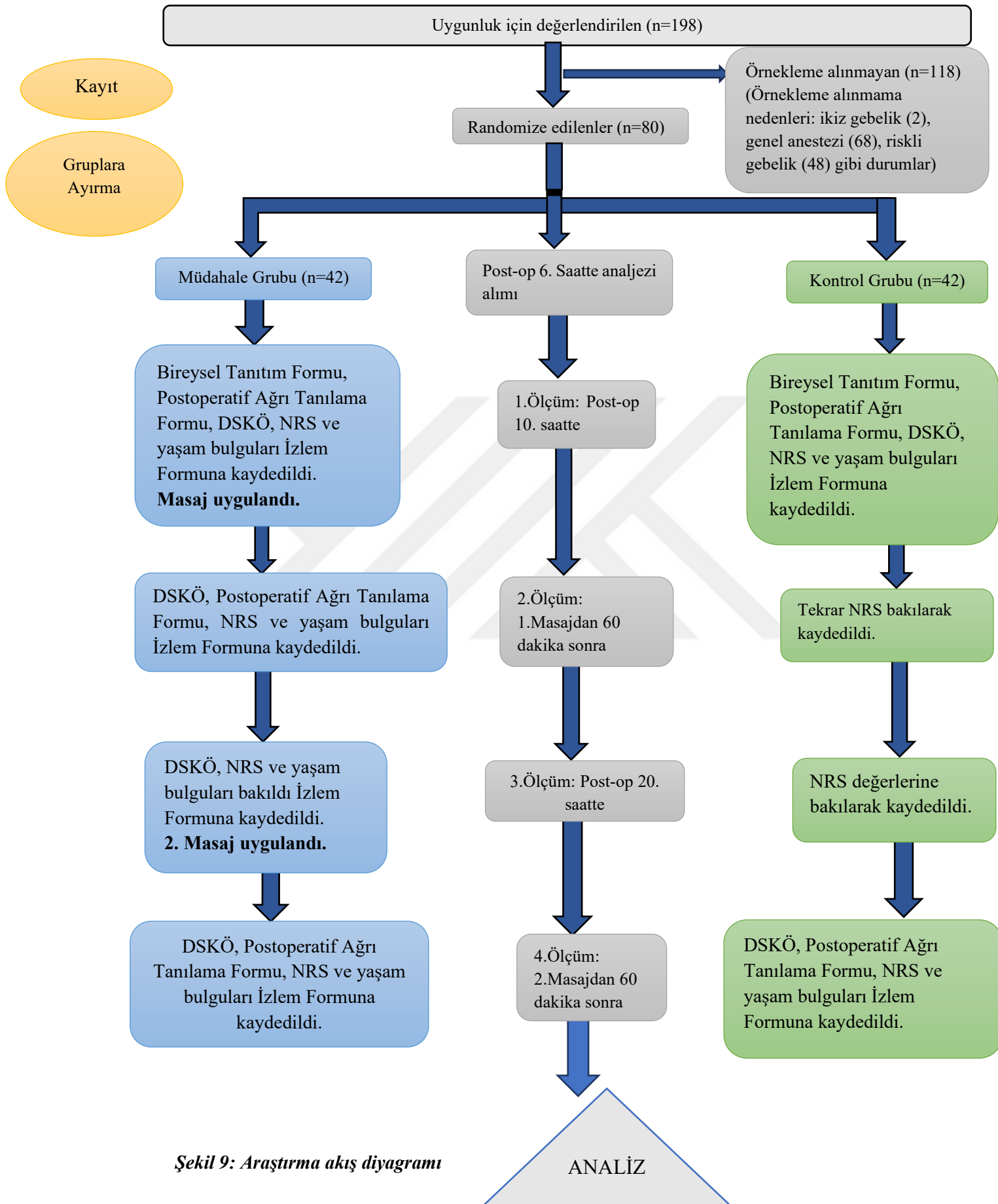
2.6.2. Kontrol Grubunda Verilerin Toplanması

Post-op 10. Saatte kadınlara rutin bakımları uygulandı ve 1. Ölçümde; Bireysel Tanıtım Formu, Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, DSKÖ, NRS ve yaşam bulguları ölçülerek Kontrol Grubu İzlem Formuna kaydedilmiştir.

2. Ölçümde (1. Ölçümden 60 dakika sonra); sadece NRS değerleri bakılarak kaydedilmiştir.

3. Ölçümde (post-op 20. Saatte); sadece NRS değerleri bakılarak kaydedilmiştir.

4. Ölçümde (3. Ölçümden 60 dakika sonra); Postoperatif Ağrı Tanılama Formu, DSKÖ, NRS ve yaşam bulguları ölçülerek İzlem Formuna kaydedilmiştir.



2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 2027 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanılmıştır.

Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test, normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney-U test ve tek yönlü varyans analizi için ANOVA kullanılmıştır.

Takiplere göre grup içi karşılaştırmalarda ise, normal dağılım gösteren değişkenlerde Repeated Measures test, post hoc karşılaştırmalarında Bonferroni test kullanılmıştır.

İki takip arasında ise normal dağılım gösterenlerde Paired Samples test kullanılırken normal dağılmayanlarda Wilcoxon Signed Rank test kullanılmıştır.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare test, Fisher Exact Test ve Fisher Freeman Halton test kullanılmıştır.

Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bağımlı değişkenler; ayak masajı öncesi ve sonrasında, kadınların ağrı (NRS değerleri) ve konfor düzeyleri ile kan basıncı, solunum ve nabız değerleridir.

Bağımsız değişkenler; kadınların yaşı, eğitim durumları, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, medeni durum, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence durumu, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, doğum haftası, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik boyunca kontrole gitme, gebelik sürecinde sorun yaşama, sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi alma durumu, sezaryen olma sebebi, sezaryen ile yapılan doğumun değerlendirilmesi, önceden hastaneye yatma durumu, önceden geçirilen ameliyat deneyimi, daha önceden yaşanan ağrı deneyimi ve ağrı deneyim sıklığıdır.

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın verileri; etik kurul onayı (24.11.2021 tarih ve 20.478.486.1000 numaralı, Ek 1) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (06.04.2022 tarih ve E79593712-605.99 sayılı) alındıktan sonra araştırmaya katılan kadınlardan yazılı onay alınarak toplanmıştır (Ek 3).

2.9. Araştırma Süresi

Araştırmanın takviminde (Şekil 10) gösterilmiştir.



	HAZİRAN 2021	TEMMUZ 2021	AĞUSTOS 2021	EKİM- KASIM 2021	ARALIK 2021- NİSAN 2022	NİSAN 2022- ŞUBAT 2023	MART- EYLÜL 2023	EYLÜL- ARALIK 2023
LİTERATÜR İNCELEMESİ								
ARAŞTIRMA TÜRÜNÜN SEÇİMİ								
ARAŞTIRMA ÖNERİSİ (EK 11)								
MASAJ SERTİFİKASININ ALINMASI (EK 10)								
ETİK KURUL BAŞVURUSU VE ONAYI								
KURUM İZNİ								
VERİ TOPLAMA								
VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ								
TEZ YAZIMI								

Şekil 10: Araştırma takvimi

3. BULGULAR-TARTIŞMA

Postoperatif dönemde ağrının azaltılması ve konforun arttırılmasında ayak masajının etkisinin incelendiği araştırmada katılımcılara ait bulgular aşağıdaki başlıklar halinde ele alınmıştır;

3.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

3.2. Kadınların Ağrı ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

3.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların NRS, DSKÖ ve Yaşam Bulgularına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

3.4 Araştırma Bulgularının Tartışılması

3.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma Nisan 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında Ege Bölgesi'nde bir Anne Dostu İlçe Devlet Hastanesi'nde toplam 84 kadın ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %13,1'inin (n=11) 18-22 yaş, %41,7'sinin (n=35) 23-27 yaş, %28,6'sının (n=24) 28-32 yaş ve %16,7'sinin (n=14) 33-45 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Kadınların %50'sinin (n=42) müdahale ve %50'sinin (n=42) kontrol grubunda olduğu görülmektedir (Tablo 1).



Tablo 1: Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

		Grup		<i>p</i>
		Müdahale (n=42)	Kontrol(n=42)	
		(Sayı/Yüzde)	(Sayı/yüzde)	
Yaş	18-22 yaş	7 (16,7)	4 (9,5)	^a 0,679
	23-27 yaş	18 (42,9)	17 (40,5)	
	28-32 yaş	10 (23,7)	14 (33,3)	
	33-45 yaş	7 (16,7)	7 (16,7)	
Öğrenim durumu	İlköğretim	31 (73,8)	13 (31,0)	^b 0,001**
	Lise	9 (21,4)	24 (57,1)	
	Üniversite	2 (4,8)	5 (11,9)	
Çalışma durumu	Evet	1 (2,4)	4 (9,5)	^c 0,360
	Hayır	41 (97,6)	38 (90,5)	
Eş çalışma durumu	Evet	42 (100,0)	41 (97,6)	^c 1,000
	Hayır	0 (0,0)	1 (2,4)	

Medeni durum	Evli	42 (100,0)	41 (97,6)	^c 1,000
	Bekar	0 (0,0)	1 (2,4)	
Aile tipi	Çekirdek aile	42 (100,0)	42 (100,0)	-
Gelir durumu	Gelir gidere denk	42 (100,0)	42 (100,0)	-
Sosyal güvenceniz var mı?	Var	42 (100,0)	42 (100,0)	-
Sigara kullanma durumu	Evet	0 (0,0)	1 (2,4)	^c 1,000
	Hayır	42 (100,0)	41 (97,6)	
Alkol kullanma durumu	Evet	0 (0,0)	1 (2,4)	^c 1,000
	Hayır	42 (100,0)	41 (97,6)	

^aPearson Chi-Square, ^bFisher Freeman Halton Test, ^cFisher Exact Test, ** $p < 0,05$.

Gruplara göre kadınların yaşları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre kadınların öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Müdahale grubundaki kadınların ilköğretim mezunu olma oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Müdahale grubundaki kadınların lise mezunu olma oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Bu farklılığın hangi sebepten kaynaklandığını tespit edebilmek için müdahale grubundaki kadınların öğrenim durumu değişkeni için NRS ve konfor puanlarının 1. masaj uygulaması öncesi toplam puan ortalamaları farkı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Öğrenim durumu değişkenine göre NRS 1. masaj öncesi değeri ($F(2,39)= 0,470$; $p>0,05$) toplam puan ortalamasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Öğrenim durumu değişkenine göre konfor puanı 1. masaj öncesi ($f(2,39)= 0,663$; $p>0,05$) toplam puan ortalamasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Kontrol grubu, öğrenim durumu değişkeni için kadınların NRS 1. masaj uygulaması öncesi ve konfor puanı 1. masaj uygulaması öncesi toplam puan ortalamaları ANOVA ile incelenmiştir. Öğrenim durumu değişkenine göre NRS 1. masaj uygulaması öncesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur; ($F(2,39)= 0,067$; $p>0,05$) Öğrenim durumu değişkenine göre 1. masaj uygulaması öncesi konfor puanı ($F(2,39)= 2,353$; $p>0,05$) ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Yapılan analizler sonucunda öğrenim durumu değişkeninin araştırmamızda homojenliği bozmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmamızda diğer tüm özellikler açısından her iki grup da benzer bulunmuştur. Gruplara göre çalışma durumu, eş çalışma durumu, medeni durum, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence, sigara ve alkol kullanımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 2: Gruplara Göre Obstetrik Öyküler ile İlgili Bilgilerin Karşılaştırılması

		Grup		<i>p</i>
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Sayı/yüzde)	(Sayı/yüzde)	
Doğum haftası	<i>Ort±Ss</i>	38,31±0,57	38,3±0,52	^d 0,987
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	38 (38-40)	38 (38-40)	
Şimdiki gebeliğiniz istediğiniz/planladığınız bir gebelik mi?	Evet	42 (100,0)	40 (95,2)	^c 0,494
	Hayır	0 (0,0)	2 (4,8)	
Gebelik boyunca düzenli kontrollere gittiniz mi?	Evet	42 (100,0)	42 (100,0)	-
Gebelik sürecinde herhangi bir sorun yaşadınız mı?	Hayır	42 (100,0)	42 (100,0)	-
Sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verildi mi?	Evet, yeterli düzeyde	39 (92,9)	35 (83,3)	^a 0,178
	Biraz/kısmen	3 (7,1)	7 (16,7)	
Sezaryen olma sebebiniz	Bebeğin makat geliş olması	1 (2,4)	0 (0,0)	^b 0,199
	Plasenta anormallikleri	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Baş pelvis uyumsuzluğu	4 (9,5)	2 (4,8)	
	Pelvis ait bozukluklar	0 (0,0)	3 (7,1)	
	Önceki doğumun sezaryen ile yapılmış olması	37 (88,1)	37 (88,1)	
Sezaryen ile yaptığınız doğumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok kolay	2 (4,8)	2 (4,8)	^b 0,802
	Normal	27 (64,2)	23 (54,7)	
	Çok zor	13 (31,0)	17 (40,5)	

(^aPearson Chi-Square, ^bFisher Freeman Halton Test, ^cFisher Exact Test, ^dMann-Whitney-U Test)

Gruplara göre kadınların doğum haftası, gebeliğin planlı olma durumu, kontrollere gitme, herhangi bir sorun yaşama, sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verilmesi, sezaryen olma sebebi ve sezaryen ile yapılan doğumu değerlendirmeleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 2).



Tablo 3: Gruplara Göre Diğer Bilgilerin Karşılaştırılması

		Grup		<i>p</i>
		Müdahale (n=42) (Sayı/yüzde)	Kontrol (n=42) (Sayı/yüzde)	
Önceden hastaneye yatma durumunuz	Evet	36 (85,7)	30 (71,4)	^a 0,111
	Hayır	6 (14,3)	12 (28,6)	
Önceden geçirilen ameliyat deneyiminiz	Var	37 (88,1)	34 (81,0)	^a 0,365
	Yok	5 (11,9)	8 (19,0)	
Daha önceden yaşanan ağrı deneyiminiz	Var	40 (95,2)	40 (95,2)	^c 1,000
	Yok	2 (4,8)	2 (4,8)	
Ağrı deneyimi sıklığınız	Her gün	0 (0,0)	2 (4,8)	^b 0,327
	Haftada 1-2 kez	0 (0,0)	2 (4,8)	
	Ayda 1-2 kez	21 (50,0)	18 (42,8)	
	Daha seyrek	21 (50,0)	20 (47,6)	

^aPearson Chi-Square, ^bFisher Freeman Halton Test ^cFisher Exact Test **p*<0,05.

Gruplara göre kadınların önceden hastaneye yatma durumu, önceden geçirilen ameliyat deneyimi, geçmişte yaşadıkları ağrı deneyimi ve ağrı deneyimi sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3).



3.2. Kadınların Ağrı ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

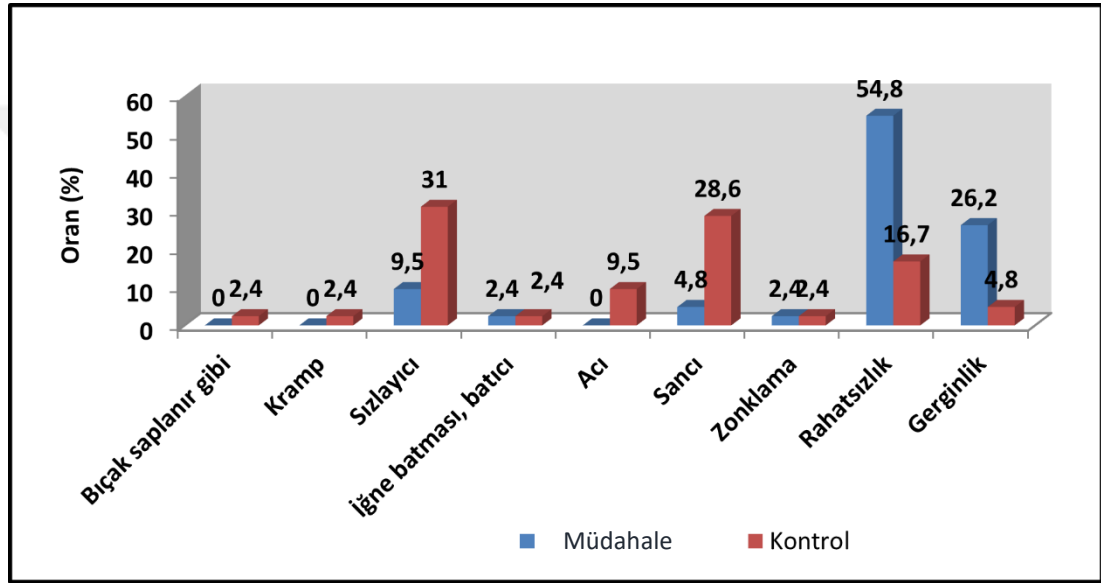
Tablo 4: Gruplara Göre ‘Ağrı Tanılama’ Değişkeninin Karşılaştırılması

Ağrı Tanılama		Grup		p
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Sayı/yüzde)	(Sayı/yüzde)	
Masaj öncesi	Delici	2 (4,8)	1 (2,4)	^b 0,407
	Bıçak saplanır gibi	3 (7,1)	6 (14,3)	
	Kramp	0 (0,0)	3 (7,1)	
	Sızlayıcı	12 (28,6)	14 (33,3)	
	İğne batması, batıcı	2 (4,8)	2 (4,8)	
	Acı	8 (19)	4 (9,5)	
	Sancı	14 (33,3)	10 (23,8)	
	Zonklama	0 (0,0)	1 (2,4)	
	Rahatsızlık	0 (0,0)	1 (2,4)	
	Gerginlik	1 (2,4)	0 (0,0)	
Masaj sonrası	Kramp	1 (2,4)	0 (0,0)	-
	Sızlayıcı	11 (26,2)	0 (0,0)	
	Acı	9 (21,4)	0 (0,0)	
	Sancı	10 (23,8)	0 (0,0)	
	Rahatsızlık	11 (26,2)	0(0,0)	
3. Masaj sonrası	Bıçak saplanır gibi	0 (0,0)	1 (2,4)	^b 0,001**
	Kramp	0 (0,0)	1 (2,4)	
	Sızlayıcı	4 (9,5)	13 (31,0)	
	İğne batması, batıcı	1 (2,4)	1 (2,4)	
	Acı	0 (0,0)	4 (9,5)	
	Sancı	2 (4,8)	12 (28,4)	
	Zonklama	1 (2,4)	1 (2,4)	
	Rahatsızlık	23 (54,7)	7 (16,7)	
	Gerginlik	11 (26,2)	2 (4,8)	

^bFisher Freeman Halton Test **p<0,01

Gruplara göre masaj öncesi ağrı tanılama istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre 2. masaj sonrasındaki ağrı tanılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Müdahale grubundaki kadınların sızlayan ve sancılı ağrısı olma oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,015$; $p=0,003$; $p<0,05$). Müdahale grubundaki kadınların rahatsız ve gergin olma oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,007$; $p<0,01$) (Şekil 11).



Şekil 11: Gruplara göre 2. masajdan 60 dakika sonra ağrı tanılama değişkeninin dağılımı

Tablo 5: Gruplara Göre ‘Ağrı Yeri’ Değişkeninin Karşılaştırılması

Ağrı Yeri		Grup		<i>p</i>
		Müdahale (n=42) (Sayı/yüzde)	Kontrol (n=42) (Sayı/yüzde)	
Masaj öncesi	Ameliyat bölgesinde	42 (100,0)	40 (95,2)	^b 0,493
	Karnımda	0 (0,0)	1 (2,4)	
	Belimde	0 (0,0)	1 (2,4)	
Masaj sonrası	Ameliyat bölgesinde	37 (88,1)	0 (0,0)	-
	Karnımda	4 (9,5)	0 (0,0)	
	Kasıklarımnda	1 (2,4)	0(0,0)	
2. Masajdan 60 dakika sonra	Ameliyat bölgesinde	39 (92,9)	40 (95,2)	^b 0,615
	Karnımda	3 (7,1)	1 (2,4)	
	Omuzlarımda	0 (0,0)	1 (2,4)	

^bFisher Freeman Halton Test

Gruplara göre masaj öncesi ve 2. masajdan 60 dakika sonra ağrı yerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6: Gruplara Göre ‘Ağrı Şiddeti’ Değişkeninin Karşılaştırılması

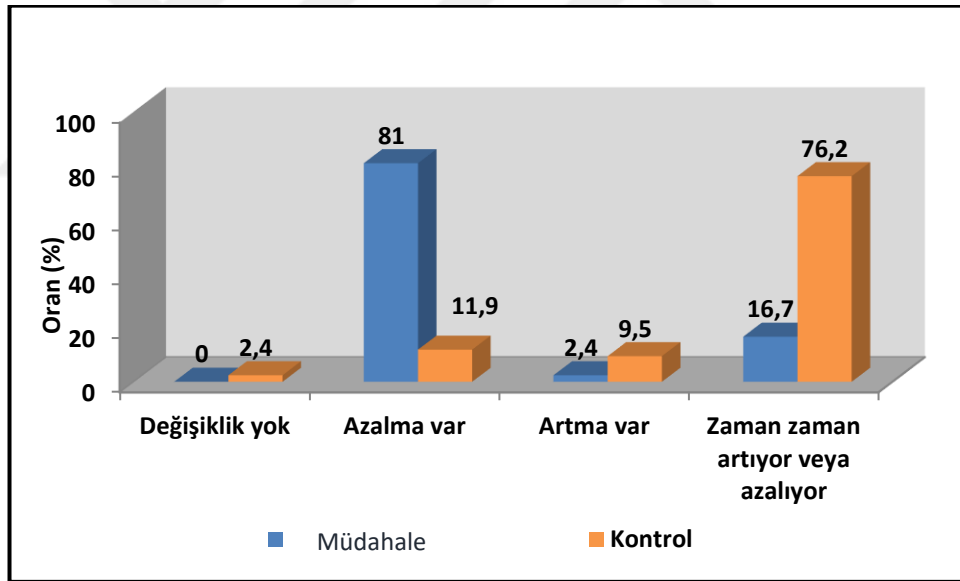
Ağrı Şiddeti		Grup		<i>p</i>
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Sayı/yüzde)	(Sayı/yüzde)	
Masaj öncesi	Değişiklik yok	42 (100,0)	30 (71,4)	^b 0,001**
	Azalma var	0 (0,0)	7 (16,7)	
	Zaman zaman artıyor veya azalıyor	0 (0,0)	5 (11,9)	
Masaj sonrası	Azalma var	32 (76,2)	0 (0,0)	-
	Zaman zaman artıyor veya azalıyor	10 (23,8)	0 (0,0)	
2.Masajdan 60 dakika sonra	Değişiklik yok	0 (0,0)	1 (2,4)	^b 0,001**
	Azalma var	34 (81,0)	5 (11,9)	
	Artma var	1 (2,4)	4 (9,5)	
	Zaman zaman artıyor veya azalıyor	7 (16,6)	32 (76,2)	

^bFisher Freeman Halton Test, ** $p < 0,01$.

Müdahale grubundaki kadınların tamamının ameliyattan sonra ağrısının şiddetinde değişiklik olmadığı görülmektedir.

Müdahale grubundaki kadınların masaj öncesi ağrısında azalma, ağrısının zaman zaman artma veya azalma oranı, kontrol grubundan düşüktür ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gruplara göre 2. masajdan 60 dakika sonra ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Müdahale grubundaki kadınların 2. masajdan 60 dakika sonra ağrısının azalma oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Müdahale grubundaki kadınların 2. masajdan 60 dakika sonra ağrısının zaman zaman artma veya azalma oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$) (Şekil 12).



Şekil 12: Gruplara göre 2. masajdan 60 dakika sonra ağrı şiddeti değişkeninin dağılımı

3.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların NRS, DSKÖ ve Yaşam Bulgularına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Tablo 7: Gruplara Göre NRS Değerlerinin Karşılaştırılması

NRS		Grup		<i>p</i>
		Müdahale (n=42) (<i>Ort±Ss</i>) (<i>Min-Max.</i>)	Kontrol (n=42) (<i>Ort±Ss</i>) (<i>Min-Max.</i>)	
1.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	8,95±0,73	7,79±1,57	<i>^d0,001**</i>
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	9 (8-10)	8 (4-10)	
2.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	3,57±1,27	6,48±1,52	<i>^f0,001**</i>
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	3,5 (2-8)	7 (3-9)	
3.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	8,86±1,47	7,33±1,24	<i>^f0,001**</i>
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	9 (3-10)	7 (5-10)	
4.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	3,17±1,12	5,93±1,52	<i>^f0,001**</i>
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	3 (1-5)	6 (3-9)	
	<i>g_p</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	
Değişim Δ				
1. ve 2. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	-5,38±1,58	-1,31±0,47	<i>^d0,001**</i>
	<i>g_p</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	
1. ve 3. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	-0,10±1,56	-0,45±1,61	<i>^f0,305</i>
	<i>g_p</i>	<i>1,000</i>	<i>0,457</i>	
1. ve 4. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	-5,79±1,32	-1,86±2,01	<i>^f0,001**</i>
	<i>g_p</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	

2. ve 3. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	5,29±2,35	0,86±1,51	<i>^f0,001**</i>
	<i>^{gg}p</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,004**</i>	
2. ve 4. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	-0,40±1,58	-0,55±1,88	<i>^d0,488</i>
	<i>^{gg}p</i>	0,625	0,394	
3. ve 4. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	-5,69±1,62	-1,40±0,66	<i>^d0,001**</i>
	<i>^{gg}p</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	

^dMann-Whitney-U Test

^fStudent-t Test

^gRepeated Measures Test & ^{gg}Bonferroni Test

***p<0,01*

**p<0,05*

(1. Ölçüm: 1. Masaj Öncesi, 2. Ölçüm: 1. Masaj Sonrası, 3. Ölçüm: 2. Masaj Öncesi, 4. Ölçüm: 2. Masaj Sonrası)

Müdahale grubundaki kadınların ilk ölçüm NRS değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Müdahale grubundaki kadınların 2.ölçüm NRS değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Müdahale grubundaki kadınların 3.ölçüm NRS değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Müdahale grubundaki kadınların 4.ölçüm NRS değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Genel değerlendirmede;

Kadınların 1.ölçüm, 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm NRS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). *Anlamlılıklar incelendiğinde;*

İlk ölçüme göre 2.ölçüm NRS değerlerindeki $3,35\pm 2,35$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki $3,82\pm 2,60$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İkinci ölçüme göre 3.ölçüm NRS değerlerindeki $3,07\pm 2,97$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Üçüncü ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki $3,55\pm 2,48$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Müdahale grubu;

Müdahale grubundaki kadınların 1.ölçüm, 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm NRS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılıklar incelendiğinde;

İlk ölçüme göre 2.ölçüm NRS değerlerindeki $5,38\pm 1,58$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki $5,79 \pm 1,32$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İkinci ölçüme göre 3.ölçüm NRS değerlerindeki $5,29 \pm 2,35$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Üçüncü ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki $5,69 \pm 1,62$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu;

Kontrol grubundaki kadınların 1.ölçüm, 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm NRS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Anlamlılıklar incelendiğinde;

İlk ölçüme göre 2.ölçüm NRS değerlerindeki $1,31 \pm 0,47$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki $1,86 \pm 2,01$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İkinci ölçüme göre 3.ölçüm NRS değerlerindeki $0,86 \pm 1,51$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,004$; $p<0,01$).

Üçüncü ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki $1,40 \pm 0,66$ birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gruplara Göre NRS Farklarının Değerlendirilmesi;

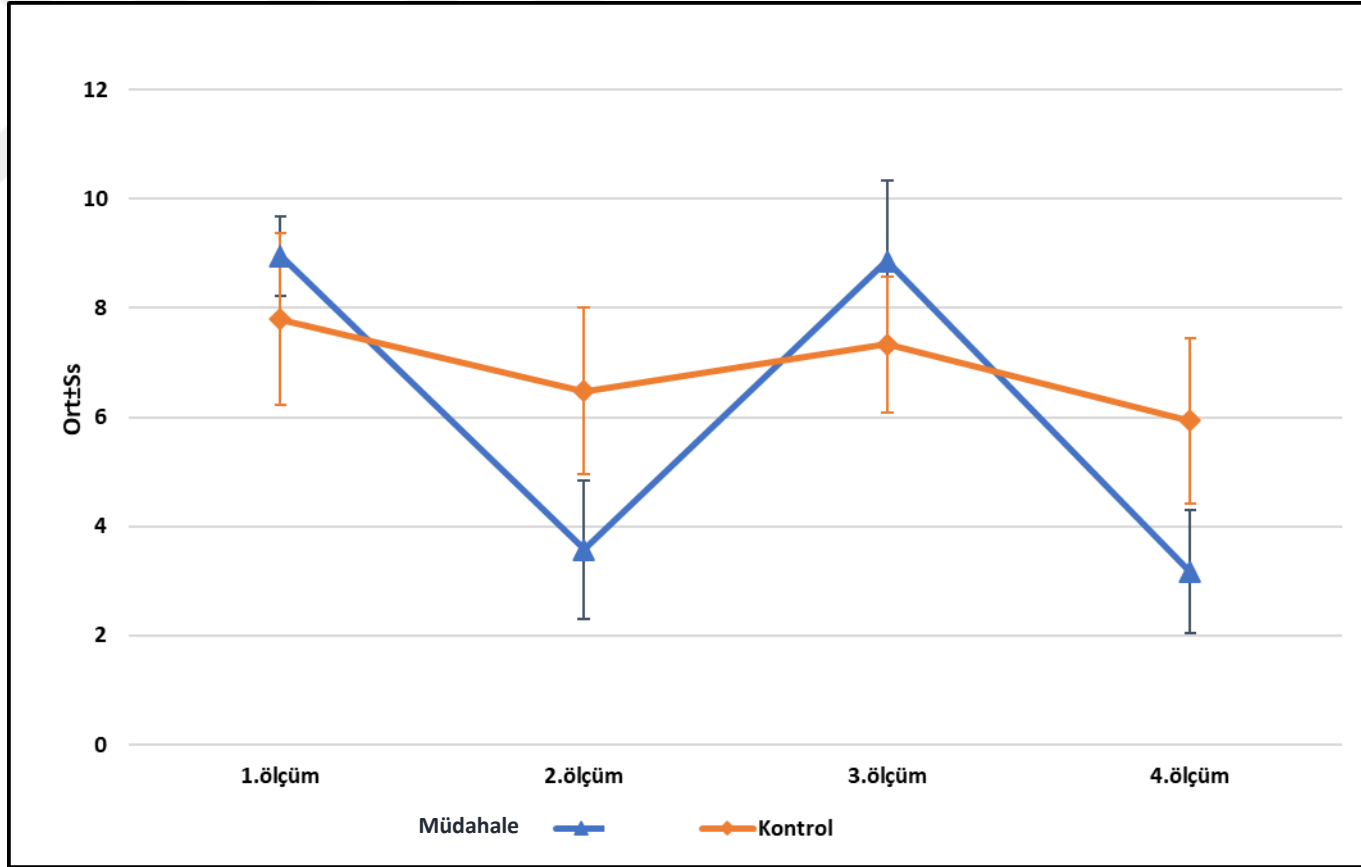
İlk ölçüme göre 2.ölçüm NRS değerlerindeki değişim müdahale grubundaki kadınların farkı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki değişim müdahale grubundaki kadınların farkı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İkinci ölçüme göre 3.ölçüm NRS değerlerindeki değişim müdahale grubundaki kadınların farkı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Üçüncü ölçüme göre 4.ölçüm NRS değerlerindeki değişim müdahale grubundaki kadınların farkı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$) (Şekil 13).





Şekil 13: Gruplara göre NRS ölçümleri dağılımı

Tablo 8: Gruplara Göre Konfor Değerlerinin Karşılaştırılması

Konfor		Grup		<i>p</i>
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Ort±Ss)	(Ort±Ss)	
		(Min-Max.)	(Min-Max.)	
1.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	126,48±5,32	127,10±8,09	^f 0,680
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	127 (114-137)	128,5 (107-141)	
2.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	142,71±6,74	-	-
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	144 (118-151)		
3.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	132,36±5,86	-	-
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	132 (122-150)		
4.ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	150,26±2,60	132,07±7,73	^f 0,001**
	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	150 (145-156)	133 (112-154)	
Değişim Δ				
1. ve 2. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	16,24±4,39	-	-
	^h <i>p</i>	0,001**		
1. ve 3. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	5,88±6,20	-	-
	^h <i>p</i>	0,001**		
1. ve 4. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	23,79±4,93	4,98±5,32	^f 0,001**
	^h <i>p</i>	0,001**	0,001**	

^fStudent-t Test, ^hPaired Samples t-Test, ***p*<0,01.

(1. Ölçüm: 1. Masaj Öncesi, 2. Ölçüm: 1. Masaj Sonrası, 3. Ölçüm: 2. Masaj Öncesi, 4. Ölçüm: 2. Masaj Sonrası)

Gruplara göre 1.ölçüm konfor değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların 4.ölçüm konfor değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Genel değerlendirilmede; ilk ölçüme göre 2.ölçüm konfor değerlerindeki $16,24\pm4,39$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 3.ölçüm konfor değerlerindeki $5,88\pm6,20$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 4.ölçüm konfor değerlerindeki $14,38\pm10,75$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Müdahale grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm konfor değerlerindeki $16,24\pm4,39$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 3.ölçüm konfor değerlerindeki $5,88\pm6,20$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

İlk ölçüme göre 4.ölçüm konfor değerlerindeki $23,79\pm4,93$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu; ilk ölçüme göre 4.ölçüm konfor değerlerindeki $4,98\pm5,32$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gruplara Göre Konfor Puan Farklarının Değerlendirmeleri; ilk ölçüme göre 4.ölçüm konfor değerlerindeki değişim müdahale grubundaki kadınların farkı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 8).

Tablo 9: Gruplara Göre Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

		Grup		^d p
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Ort±Ss)	(Ort±Ss)	
		(Min-Max.)	(Min-Max.)	
Sistolik				
1.ölçüm	Ort±Ss	106,19±7,31	109,36±5,74	0,043*
	Medyan (Min-Max.)	110 (90-120)	110 (100-123)	
2.ölçüm	Ort±Ss	106,67±6,87	-	-
	Medyan (Min-Max.)	110 (90-120)		
3.ölçüm	Ort±Ss	106,67±6,87	-	-
	Medyan (Min-Max.)	110 (90-120)		
4.ölçüm	Ort±Ss	105,95±6,65	108,33±7,62	0,073
	Medyan (Min-Max.)	105 (100-120)	110 (90-130)	
Değişim				
Δ				
1-2	Ort±Ss	0,48±7,95	-	-
	^e p	0,695		
1-3	Ort±Ss	0,48±7,31	-	-
	^e p	0,670		
1-4	Ort±Ss	-0,24±7,80	-1,02±5,19	0,741
	^e p	0,841	0,143	
Diastolik				
1. ölçüm				
	Ort±Ss	61,9±5,05	62,76±6,28	0,363
	Medyan (Min-Maks)	60 (50-80)	60 (50-80)	
2. ölçüm	Ort±Ss	61,43±5,21	-	

		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	60 (50-70)	
3. ölçüm				
	<i>Ort±Ss</i>	63,1±5,63	-	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	60 (50-70)		
4. ölçüm				
	<i>Ort±Ss</i>	62,14±5,65	63,81±5,39	0,183
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	60 (50-70)	60 (50-70)	
Değişim				
Δ				
1. ve				
2. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	-0,48±6,23	-	
	<i>^ep</i>	0,617		
1. ve				
3. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	1,19±7,05	-	
	<i>^ep</i>	0,275		
1. ve				
4. ölçüm	<i>Ort±Ss</i>	0,24±6,80	1,05±7,92	0,552
	<i>^ep</i>	0,819	0,425	

^dMann-Whitney-U Test, ^eWilcoxon Signed Rank Test

(1. Ölçüm: 1. Masaj Öncesi, 2. Ölçüm: 1. Masaj Sonrası, 3. Ölçüm: 2. Masaj Öncesi, 4. Ölçüm: 2. Masaj Sonrası)

Sistolik kan basıncı; Müdahale grubundaki kadınların 1.ölçüm sistolik kan basıncı değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,043$; $p<0,05$). Gruplara göre 4.ölçüm sistolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Genel olarak değerlendirildiğinde; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm sistolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm sistolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm sistolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara Göre Sistolik Kan Basıncı Farklarının Değerlendirmeleri; ilk ölçüme göre 4.ölçüm sistolik kan basıncı değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,741$; $p>0,05$).

Diastolik kan basıncı; gruplara göre 1. ve 4.ölçüm diastolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Genel olarak değerlendirildiğinde; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm diastolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm diastolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm diastolik kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara Göre Diastolik Kan Basıncı Farklarının Değerlendirmeleri; ilk ölçüme göre 4.ölçüm diastolik kan basıncı değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,552$; $p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Gruplara Göre Nabız Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Nabız		Grup		f_p
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Ort±Ss)	(Ort±Ss)	
		(Min-Max.)	(Min-Max.)	
1.ölçüm	Ort±Ss	81,05±5,4	80,83±6,10	0,865
	Medyan (Min-Max.)	82 (70-92)	82 (66-92)	
2.ölçüm	Ort±Ss	80,33±4,57	-	-
	Medyan (Min-Max.)	80 (70-90)		
3.ölçüm	Ort±Ss	81,62±5,88	-	-
	Medyan (Min-Max.)	82 (70-92)		
4.ölçüm	Ort±Ss	80,67±4,14	81,88±4,83	0,219
	Medyan (Min-Max.)	80 (72-88)	82 (70-92)	
Değişim Δ				
1. ve 2. ölçüm	Ort±Ss	-0,71±4,67	-	-
	$^h p$	0,327		
1. ve 3. ölçüm	Ort±Ss	0,57±4,74	-	-
	$^h p$	0,439		
1. ve 4. ölçüm	Ort±Ss	-0,38±6,03	1,05±6,14	0,285
	$^h p$	0,684	0,275	

^fStudent-t Test, ^hPaired Samples t-Test

(1. Ölçüm: 1. Masaj Öncesi, 2. Ölçüm: 1. Masaj Sonrası, 3. Ölçüm: 2. Masaj Öncesi, 4. Ölçüm: 2. Masaj Sonrası)

Gruplara göre 1. ve 4.ölçüm nabız değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Genel değerlendirildiğinde; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm nabız değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm nabız değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm nabız değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara Göre Nabız Ölçüm Farklarının Değerlendirmeleri; ilk ölçüme göre 4.ölçüm nabız değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,285$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Gruplara Göre Solunum Değerlerinin Karşılaştırılması

Solunum		Grup		^d p
		Müdahale	Kontrol	
		(n=42)	(n=42)	
		(Ort±Ss)	(Ort±Ss)	
		(Min-Max.)	(Min-Max.)	
1.ölçüm	Ort±Ss	17,19±0,63	17,31±0,56	0,410
	Medyan (Min-Maks)	17 (16-18)	17 (16-18)	
2.ölçüm	Ort±Ss	17,26±0,66	-	-
	Medyan (Min-Maks)	17 (16-19)		
3.ölçüm	Ort±Ss	17,24±0,73	-	-
	Medyan (Min-Maks)	17 (16-18)		
4.ölçüm	Ort±Ss	17,38±0,91	17,43±0,67	0,930
	Medyan (Min-Maks)	18 (16-19)	17 (16-19)	
Değişim Δ				
1. ve 2. ölçüm	Ort±Ss	0,07±0,64	-	-
	^e p	0,467		
1. ve 3. ölçüm	Ort±Ss	0,05±0,91	-	-
	^e p	0,732		
1. ve 4. ölçüm	Ort±Ss	0,19±0,97	0,12±0,86	0,682
	^e p	0,207	0,372	

^dMann-Whitney-U Test, ^eWilcoxon Signed Rank Test

(1. Ölçüm: 1. Masaj Öncesi, 2. Ölçüm: 1. Masaj Sonrası, 3. Ölçüm: 2. Masaj Öncesi, 4. Ölçüm: 2. Masaj Sonrası)

Gruplara göre 1. ve 4.ölçüm solunum değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Genel değerlendirme; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm solunum değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm solunum değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu; ilk ölçüme göre 2.ölçüm, 3.ölçüm ve 4.ölçüm solunum değerleri istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara Göre Solunum Ölçüm Farklarının Değerlendirmeleri; ilk ölçüme göre 4.ölçüm solunum değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,682$; $p>0,05$) (Tablo 11).

3.4. Araştırma Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde, sezaryen sonrası uygulanan ayak masajının kadınların ağrı ve konfor düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiğimiz araştırmamızın sonuçları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırmamızda yer alan kadınların tanımlayıcı, obstetrik ve diğer bilgilerine bakıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmayıp, gruplarımızın homojen olduğu görülmektedir (Tablo 1, 2, 3).

Sezaryen ile yapılan doğumlardaki artışın çokluğu ve sezaryen sonrası hissedilen yoğun ağrı anneyi olumsuz etkilemektedir (Başkaya vd., 2018: 114). Ayrıca ağrı, annenin doğum sonrası dönemde bebeğine en iyi şekilde bakım verme ve emzirme sürecinde aksaklıklara sebep olabilir. Ağrının etkili bir şekilde hafifletilmesi; konforun ve yaşam kalitesinin iyileşmesi, anne-bebek etkileşimini arttırması, ağrının yan etkilerini en aza indirerek iyileşmeyi kolaylaştırması ve günlük yaşama daha hızlı dönülmesine yardımcı olabilir (Kaur et al., 2020, 17-22; Abbaspour et al., 2014: 132-136).

Ağrının hafifletilmesinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemler de kadınların sezaryen sonrası yaşadıkları sorunların giderilmesinde ebelik bakımı içinde kendine yer bulmuştur. Ebelerin nonfarmakolojik yöntemlere olan desteğini içeren 13 araştırmanın sistematik derlemesinde, ebelerin masaj terapisi, bitkisel ilaçlar, gevşeme teknikleri, beslenme takviyeleri, aromaterapi, homeopati ve akupunkturu önerdikleri ve ebelik bakımı içinde en çok yer verdikleri nonfarmakolojik yöntemler olduğunu belirtmektedir (Varışoğlu vd., 2020: 45-52).

Literatürde sezaryen sonrası el masajı, ayak masajı ve kombinasyonlarının uygulandığı araştırmalarda kadınların ağrısının azaltılmasında ve ağrının yönetilmesinde etkili olmasına ilaveten ekonomik ve kolay bir yöntem olduğu yer almaktadır (Yunitasari, 2018: 39-50; Kaur et al., 2020: 17-22; Abbaspoor et al., 2014 s.132-136).

Bu çalışmada, kadınların ağrı tanımlamalarında gruplara bakıldığında 4. ölçümden sonra müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlardan ‘sancılı ve sızlayan’ ağrısı olma oranının daha düşük olduğu, ‘rahatsız ve gergin olma’ tanımlamalarının ise kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 4). Gruplara ağrı yerleri sorulduğunda kadınlar; en çok ‘ameliyat bölgesinde’ ağrılarının olduğunu belirttiler (Tablo 5). Kadınlara ‘ağrı şiddeti’ sorulduğunda; toplamda iki grubunda 1. ölçümde en çok ‘değişiklik olmadığı’ (%85,7), müdahale grubuna 2. ölçümde tekrar sorulduğunda en çok cevap ‘azalma var’ (%76,2) ve 4. ölçümde iki gruba da tekrar bakıldığında en çok ‘zaman zaman artıyor veya azalıyor’ (46,4) ile ‘azalma var’ (46,4) olduğu sonuçları bulunmuştur. 4. ölçümden sonra yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki kadınların ağrılarının azalma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 5) ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulgularımız ışığında müdahale grubunda ağrısının azaldığını belirten kadınların daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde, zihin-beden temelli bir yöntem olan müzik terapisi ve masaj uygulamasının etkilerini inceleyen Taghinejad ve arkadaşlarının 101 kadın ile gerçekleştirdikleri araştırmada; masaj terapisi grubundaki annelerin, müzik terapi grubundakilere göre doğumdaki ağrı şiddetinin daha çok azaldığı ve daha çok rahatlama yaşadıklarını bulmuşlardır (Taghinejad et al., 2010: 377-38; Yılmaz Fındık vd., 2023: 172-193).

Araştırmamızda uygulamış olduğumuz ayak masajı gibi tensel uyarılma tekniklerinin kullanıldığı başka yöntemler mevcuttur. Bu yöntemler, ağrı kesici bir kimyasal olan endorfinin salgılanmasını arttırır ve kapı kontrol teorisi ile açıklanabilmektedir (Aydın, 2002: 37-48; Uyar vd., 2017: 70-76; Topçu vd., 2018: 33-37). Bunlar; TENS, sıcak-soğuk uygulamalar, refleksoloji, akupresur, akupunktur, duş, hidroterapi gibi nonfarmakolojik yöntemler olup, bu yöntemler ile yapılmış araştırmalar mevcuttur (Yılmaz Fındık vd., 2023: 172-193). Öztürk Can ve Saruhan'ın ele buz uygulamasının gebelerde algılanan doğum ağrısı üzerine etkilerini inceledikleri randomize kontrollü araştırmada, gebelerin ağrılarında azalma/hafifleme olduğunu bulmuşlardır (Öztürk Can vd., 2008: 18-37). TENS'in sezaryen sonrası ağrı üzerine etkilerinin incelendiği araştırmalarda, kadınların ağrılarında azalma, fiziksel aktivitelerinde rahatlama ve iyileşmeye yardımcı olduğu ve insizyon bölgesindeki ağrıyı azaltmada etkili olduğu sonuçlarını bulmuşlardır. Ağrı tedavisinde kullanılabilecek etkili, pratik, güvenilir bir yöntem olarak önermişlerdir (Velingkar et al., 2022: 2099-2105; Smith et al., 1986:181-193; Mehendale, 2018: 3738-3743; Köse vd., 2014:1572-1575). Tavallalli ve arkadaşlarının sezaryen sonrası ayak refleksolojisinin etkilerini inceledikleri bir araştırmada, ağrıyı azaltmada etkili bir yöntem olduğu ve tavsiye edilebileceğini belirtmişlerdir (Tavallalli et al., 2023:381-388).

Araştırmada NRS ölçümlerinde iki grup arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. İlk ölçümde müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek iken ($p=0,001$; $p<0,01$), 2. ölçümde müdahale grubunun NRS değerleri anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). 3. ölçümde müdahale grubunun NRS ölçümleri kontrol grubuna göre daha yüksek iken ($p=0,001$; $p<0,01$), 4. ölçümde müdahale grubunun NRS değerleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 7). Müdahale grubu 1. ölçüm NRS değeri; $8,95\pm0,73$, 2. Ölçüm NRS değeri; $3,57\pm1,27$, 3. Ölçüm NRS değeri; $8,86\pm1,47$ ve 4. ölçüm NRS değeri; $3,17\pm1,12$ olduğu gözlenmiştir. Araştırmamızda NRS değerinin müdahale grubundaki kadınlarda birinci ayak masajından sonra yarı yarıya, ikinci ayak masajından sonra ise neredeyse üç de birine düştüğünü görülmüştür.

Araştırmamızdaki NRS değerlerine benzer şekilde literatürde de sezaryen sonrası ağrıda el ve ayak masajının etkinliğinin incelendiği bir araştırmada, NRS değerlerinin masaj öncesi $5,76\pm1,23$, masajdan 60 dakika sonra ise $3,64\pm1,22$ düzeyine indiğini bulmuşlardır (Değirmen vd., 2006: 50-60).

Şanlı ve Satılmış'ın doğum ağrısına ayak masajının etkisini inceledikleri bir araştırmada, ağrı skorlarında ve şiddetinde azalma olduğu ve doğum sonrası dönemde kadınların daha az ağrı yaşadıklarını tespit etmişlerdir (Şanlı vd., 2023: 82-88).

Masaj uygulaması ile etki mekanizmaları benzerlik gösteren akupresurun sezaryen sonrası ağrı üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir araştırmada, sezaryen sonrası postpartum ikinci saatte kadınların ağrı puanlarına bakılmış ve iki grubunda 7.66 civarında olduğunu bulmuşlardır. Akupresur uygulanan grubun postpartum dördüncü saatte ağrı puanları 3,82 düzeyine inerken plasebo ve kontrol gruplarında 5 düzeyinde kaldığını bulmuşlardır (Akgün vd., 2019: 39-45).

Masaj uygulaması ile ağrıyı gidermedeki mekanizmaları benzerlik gösteren sıcak su ayak banyosunun sezaryen sonrası uygulandığında, ağrı düzeyini azalttığını ve ölçülen NRS değerlerinin müdahale grubunda ilk ölçümde 6.05 ± 1.05 ve son ölçümde 3.55 ± 1.34 olduğunu bulmuşlardır (Turan vd., 2020: 37-38).

Vajinal ve sezaryen doğumlarda ağrı şiddetinin incelendiği başka çalışmalarda ise ağrı şiddetinin postpartum ilk 24 saatte 6.21 ile 8.43 arasında değiştiğini bulmuşlardır (Nani et al., 2015: 119-122; Pereira et al., 2017: 37-43; Gülşen vd., 2018: 224-232). Sezaryen operasyonu gibi kadınların geçirdikleri başka operasyonlar da bulunmaktadır. Meme ameliyatı da bir cerrahi operasyon olması sebebiyle kadınlar postoperatif dönemde ağrı yaşamaktadırlar. Bu durumu inceleyen bir araştırmada, meme ameliyatı sonrası ayak masajının ağrı üzerindeki etkileri gözlemlenmiş ve ayak masajının farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ağrı şiddetinin azaltılmasında etkili olduğunu bulmuşlardır. Hemşirelerin/ebelerin masaj alma riski olmayan hastalara ayak masajı uygulamalarını ve bu sayede postoperatif ağrı yönetimini daha etkili yapabileceklerini belirtmişlerdir (Ucuza vd., 2014: 458-465).

Sonuçlar '1-H1: Sezaryen ameliyatı sonrası yapılan ayak masajının kadınların deneyimledikleri ağrı düzeyine etkisi vardır.' hipotezini doğrular niteliktedir.

Gruplara göre konfor değerlerine bakıldığında müdahale grubunun; 1.ölçümde $126,48 \pm 5,32$ ve 4. ölçümde $141,17 \pm 10,80$, kontrol grubunun 1. ölçümde $127,10 \pm 8,09$ ve 4. ölçümde $132,07 \pm 7,73$ olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Gruplara göre 1.ölçüm konfor değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p > 0,05$), müdahale grubundaki kadınların 4. ölçüm konfor değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p = 0,001$; $p < 0,01$).

Müdahale grubunun 4 ölçüm süresince konfor değerlerindeki değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) ve 1. ve 4. ölçüm arasındaki artış farkı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Araştırmamızda müdahale grubunun konfor puanı artışı, kontrol grubuna kıyasla yaklaşık 3 kat daha fazla olmuştur. Araştırmamızda olduğu gibi literatürde de masaj uygulaması gibi tensel uyarılma tekniğine dayanan diğer nonfarmakolojik yöntemlerin konfor üzerine etkisini inceleyen araştırmalar mevcuttur.

Çankaya ve Rathfisch'in sezaryenle doğum yapan annelerde ayak masajının laktasyona ve doğum sonu konfora etkisini inceledikleri araştırmada müdahale grubundaki annelerin konfor puanları $156,62\pm5,81$ iken, kontrol grubundaki annelerin $131,22\pm8,53$ olduğunu bulmuşlardır. Araştırma sonucunda ayak masajının annelerin doğum sonu konfor puanlarını arttırdığını bulmuşlardır (Çankaya vd., 2018: 101). Güney'in sezaryen sonrası sırt masajının ağrı ve konfora etkisini incelediği araştırmada, DSKÖ puanlarının müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu, uygulanan masajın ağrı düzeyini azalttığı, konfor düzeyini arttırdığı bulunmuştur (Güney, 2020: 47).

Ağrıyı gidermedeki etkisi masaj ile benzerlik gösterdiği bilinen sıcak duş uygulamasının, doğumun 1. evresinde ağrı ve konfor üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, kadınların ağrılarında azalma olduğu, memnuniyeti sağladığı ve konforu arttırdığı sonuçlarını bulmuşlardır (Taşkın, 2018: 160-163). Akupunktur ve duşun doğum ağrısı ve doğum sonu konfora etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir araştırmada, Akupunktur uygulanan ve duş alan kadınlarda kontrol grubuna göre ağrının anlamlı düzeyde azaldığı ve doğum sonu konforun da anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır (Kırca vd., 2022: 98-104).

Literatürde yer alan bir derlemede, ağrıya yönelik nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı konusunda yapılan araştırmalar incelenmiş ve masaj uygulamasının sezaryen sonrası kadınların rahatlamasında etkili olduğunu belirtmişlerdir (Bayındır vd., 2015, 162-169).

Sonuçlar '2-H1: Sezaryen ameliyatı sonrası yapılan ayak masajının kadınların deneyimledikleri konfor düzeyine etkisi vardır.' hipotezini doğrular niteliktedir.

Gruplara göre yaşam bulgularına bakıldığında; müdahale grubundaki kadınların sistolik kan basıncının 1. ölçümünde kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük oluğu saptanmıştır ($p=0,043$; $p<0,05$). Diğer tansiyon ölçümlerinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10). Gruplar göre nabız değerlerine bakıldığında; İlk ölçüme göre 4. ölçüm nabız değerlerindeki değişimlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,285$; $p>0,05$) (Tablo 11). Gruplara göre solunum değerlerine bakıldığında; 1. ve 4. ölçüm solunum değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 12). Araştırmamızda ayak masajı uygulamasının yaşam bulguları üzerinde negatif bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yaşam bulgularına nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerini inceleyen başka araştırmalar da mevcuttur. Yaşam bulgularında araştırmamıza benzer şekilde tensel uyarılma tekniklerinin etkisi olmadığını veya olumlu etkilerini tespit eden araştırma örneklerine aşağıda yer verilmiştir.

Turan'ın doğum eyleminde sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların ağrı düzeyi ve doğum süreçlerine etkisini incelediği araştırmada, ağrıyı azalttığı, kadınların yaşam bulguları üzerinde bir etkisinin olmadığı sonuçlarını bulmuştur (Turan, 2021: 43-44).

Kordi ve arkadaşlarının, sezaryen sonrası 80 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri, el ve ayak masajının yaşam bulgularına etkisinin incelendiği araştırmada, nabız ve kan basıncının masaj öncesi ve masaj sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğunu bulmuşlardır. Yaşam bulgularındaki iyileşmenin yanında gevşemeyi sağladığı ve kadınlardaki stresi de azalttığını bulmuşlardır (Kordi et al., 2016: 8-15). Sezaryen operasyonu geçirmiş 60 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen, el ve ayak banyosunun yaşam belirtileri üzerine etkilerinin incelendiği bir araştırmada, ağrı skorlarında düşme, yaşam belirtilerinde iyileşme olduğunu bulmuşlardır (Cal et al., 2016:86-88).

Sezaryen operasyonu sonrası yoğun ağrı sebebiyle anne ve yenidoğan arasındaki iletişim gecikmektedir. Annenin ağrısının azaltılması ve konforunun artırılması bebeği ile iletişimini de olumlu etkileyecektir. Analjezik tedavisi uygulanabilir fakat, doğum sonu dönemde süte geçebileceği ve yan etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Ağrı yönetiminin anne ve bebek açısından en güvenli yolla sağlanması için, farmakolojik yöntemlere destek amacıyla nonfarmakolojik yöntemler ebeler tarafından uygulanabilir. Bu açıdan ağrı kontrolünde ebelik bakımı önemli bir yer tutmaktadır (Şimşek vd., 2020:267-278). Ebelerin nonfarmakolojik yöntemleri bilme ve uygulama durumları ve kadınların nonfarmakolojik yöntemlere karşı tutumlarını inceleyen araştırmalara aşağıda yer verilmiştir.

Sezer Yıldız'ın yaptığı araştırmada nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili eğitim ve sertifika alanların en çok ebe ve hemşirelerin olduğu belirtilirken, bu teknikleri en çok sertifikalı ve eğitilmiş sağlık personellerinin uyguladığı görülmüştür. Ebe ve hemşirelerin bu tekniklerden doğum ağrısında en çok kullandıkları yöntemleri; solunum teknikleri, hareket-pozisyon, dokunma ve masaj olduğunu belirtirken, faydalı olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir (Yıldız, 2019: 86).

Araştırma sürecinde araştırmacının deneyimi, kadınların masaj uygulamasına verdikleri tepkiler olumlu olmuştur. Kadınlar masaj esnasındaki yüz ifadesi ve sözel bildirimleri ile belirtmişlerdir. Ayrıca daha sonrasındaki kontrollerinde de araştırmacı ebeye süreçten memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Masaj uygulaması ve diğer nonfarmakolojik yöntemler kadın ve ebe arasındaki iletişime olumlu katkılar sunabilir. Bir ebe olarak, mesleki doyuma katkı sağlayan bir deneyim olduğu söylenebilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR

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

1. Birinci ayak masajı uygulaması sonrası müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre ağrı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).
2. İkinci ayak masajı uygulaması sonrası müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre ağrı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).
3. İkinci ayak masajı uygulaması sonrası müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre konfor puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

4.2. ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

1. Sezaryen doğum sonrası postpartum ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerin kullanımına ek olarak masaj uygulamasının kullanılabileceği,
2. Ebelerin kanıt temelli yaklaşımlarla ağrıyı azaltarak konforu arttıracak uygulamaları yaygınlaştırması,
3. Postoperatif dönemde ebelerin nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı konusunda lisans düzeyinde eğitim almaları sağlanmalı, buna ek olarak hizmet içi eğitimler düzenlenerek gelişmelerde süreklilik oluşturulmalı ve sertifikalı eğitimlerde yeni düzenlemeler ile bu gelişime katkı sağlanmalı,
4. Masajın kolay uygulanabilirliği, invaziv bir yöntem olmaması sebebiyle yapılabilecek farklı çalışmalarla kanıt gücünün artırılması,
5. Sezaryen ile doğum yapan kadınların doğum sonrası ağrı ve konfor düzeylerine etkisi olabilecek diğer nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili çalışmaların planlanması önerilebilir.

5. KAYNAKÇA VE EKLER

5.1. KAYNAKÇA

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Anne Sağlığı ve Bakımı, 115.

Abbaspoor, Z., Akbari, M. and Najar, S. (2014). Effect of foot and hand massage in post-cesarean section pain control: A randomized control trial. *Pain Management Nursing*, 15(1), 132-136.

Akgün, M. ve Boz, İ. (2019). Sezaryen sonrası ağrı üzerine akupresörün etkisinin incelenmesi: Randomize, tek körlü, plasebo kontrollü bir çalışma. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. S.39-45.

Akın, B. ve Saydam B. K. (2017). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 218-224.

Akpınar, P. (2021). Serebral Palsi’de tamamlayıcı tedaviler. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 8(3), 183-187.

Akpolat, R., Şişman, H., Alptekin, D., Gökçe, E., Gezer, D. ve Arslan, S. (2021). Ameliyat sonrası ağrıya yaklaşımların değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal*, 46(2), 670-676.

Alorfi, N. M. (2023). Pharmacological methods of pain management: Narrative review of medication.

Alpsalaz, S. D. ve Yağmur Y. (2022). Doğum eyleminde uygulanan tamamlayıcı ve alternatif yöntemler. *Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3), 337-347.

Amjad, A., Imran, A., Shahram, N., Zakar, R., Usman, A., Zakar, M. Z. and Fischer, F. (2020). Trends of caeserean section deliveries in Pakistan: Secondary data analysis from demographic and health surveys, 1990-2018. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 753.

Arslan, G. G. ve Yücel, Ş. Ç. (2017). Hemşirelik bakımında el masajı uygulaması ve yapılan çalışmaların sistematik analizi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 15-20.

- Ay, E. E. T. ve Aras, Ş. Y.** (2023). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler ve Ebelerin Rollerini. Sağlık Bilimlerinde Yenilikçi Çalışmalar, *Bölüm 22*, 441-466.
- Aydın, O. N.** (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37-48.
- Balkaya, N. A.** (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-49.
- Başkaya, Y. ve Sayiner, F. D.** (2018). Sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelerlik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119.
- Bayındır, S. K. ve Çürük, G. N.** (2015). Türkiye’de ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları konusundaki hemşirelik tezlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 162-169.
- Birlikbaş, S. ve Bölükbaş, N.** (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 194-205.
- Boya, H.** (2013). Ağrı yolları ve analjezikler, modül 6 – Temel farmakoloji ortopedi ve travmatoloji, *Temel Bilimler ve Araştırma Kitabı*, S1-8.
- Boz, İ. ve Selvi, N.** (2016). Doğum sonu dönemde iyi bakım uygulamaları: Kanıtlarla tamamlayıcı terapiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19 (Özel Sayı), 25-26.
- British Journal of Anaesthesia.** (2005). Recent Advances in postoperative pain therapy, 95(1), 43-51.
- Cal, E., Çakıroğlu, B., Kurt, A. N., Hartiningsih, S. S. ve Dane, Ş.** (2016). The potential beneficial of hand and foot bathing on vital signs in women with caesarean section. *Clinical Invest Medical*, 39(6), 86-88.
- Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P. and Bitencourt, G. R.** (2020). Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on Kolcaba’s *Comfort Theory*. *Coimbra*, 5(4).
- Cesarean Section, A Brief History.** (1998). American College of Obstetricians and Gynecologists. *A brochure to Accompany an Exhibition.*
- Cesarean Section** (2020). *Dynamed*, 1, 447-511.
- Çalık, K. Y. ve Kömürcü, N.** (2015). Doğumda akupressür. *Türkiye Klinikleri Obstetrics-Women’s Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 1(3), 71-76.

- Çankaya, S. ve Rathfisch, G. (2018).** Sezaryenle doğum yapan annelerde ayak masajının laktasyona ve doğum sonu konfora etkisi; Randomize kontrollü bir çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. S101.
- Çöçelli, P., Bacaksız, B. D. ve Ovayolu N. (2008).** Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
- Değirmen, N. ve Özerdoğan, N. (2006).** Sezaryen ameliyatı sonrası ağrı kontrolünde el ve ayak masajının etkinliği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. S.50-60.
- Dresang, L. T. and Leeman L. (2012).** Cesarean delivery. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 39(1), 145-165. Elsevier Inc.
- Duman, H. T., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç. ve Aykar, F. Ş. (2020).** Kolcaba'nın konfor kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(4), 37-42.
- Edis, E. K. (2023).** Sezaryen olan kadınların bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 78-87.
- Eker, A. ve Yurdakul, M. (2008).** Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 27.
- Erçalık, T. (Mayıs 2020).** Türk algoloji ağrı derneği ağrı sınıflaması ve ağrı tipleri. *Türk Algoloji Ağrı Derneği*.
- Erkek, Z. Y. ve Pasinlioğlu T. (2017).** Doğum ağrısında alternatif bir yöntem: Ayak refleksolojisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), 53-61.
- Ernst, E. (2003).** The safety of massage therapy. *Reumatology*, 42(9), 1101-1106.
- Ertem, G. ve Sevil, Ü. (2005).** Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 117-123.
- Esencan, T. Y. ve Daştan, K. (2023).** Doğum eylemine yönelik girişimlerde ebelerin rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 126-135.
- Field, T., Diego, M. and Reif, M. H. (2007).** Massage therapy research. *Mendeley*, 27(1), 75-79.
- Garimella, V. and Cellini, C. (2013).** Posoperative Pain Control. *Clinics in Colon Rectal Surgery*, 26(3), 191-196.
- Gasibat, Q. and Suwehli, W. (2017).** Determining the benefits of massage mechanisms: A review of literature. *Rehabilitation Sciences*, 2(3), 58-67.

- Gülşen, I., Çetişli, N. E. ve Başkaya, V. A.** (2018). Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3):224-232.
- Güney, E.** (2020). Sırt masajının sezaryen sonrası ağrı ve konfora etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*. S. 47.
- Güney, E. ve Uçar T.** (2021). Effects of deep tissue on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, S43.
- Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Sarıkan, İ., Bayhan, G. ve Mungan, T.** (2006). Kliniğimizde 2001- 2005 yılları arasında sezaryan oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği*, 3(4), 249-254.
- Hanoch, K. K. and Elavarasi, P.** (2016). Definitin of pain and classification of pain disorders. *Journal of Advanced Clinical & Research Insights*, 3(3), 87-90.
- Hüseyinoğlu, Ü., Ülker, K., Temur, İ. ve Kütük, M.** (2011). Elektif sezaryen doğum sonrası postoperatif ağrı gideriminde meperidin ve tramadolün karşılaştırılması: Bir prospektif randomize çalışma. *Kafkas Journal Medical Science*, 1(2), 53–56.
- İçke, S. ve Genç, R.** (2021). Effect of foot massages on postpartum comfort and pain level of mothers after vaginal delivery. *Holistic Nursing Practice*, 35(3), 140-149.
- Karabacak, Ü. ve Acaroğlu, R.** (2011). Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 197-202.
- Karabel, M. P., Demirbaş, M. ve İnci, M. B.** (2017). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158-163.
- Karabulutlu, Ö.** (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 210-218.
- Karaca, B. R. ve Vural, P. I.** (2022). Sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrıya ve doğum sonu konfora etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 51-64.
- Karaçam, Z. ve Akyüz, E. Ö.** (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirelerin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Karaçam, Z., Arslan, E. ve Çınar H.** (2022). Sezaryen sonrası ağrı, bulantı-kusma, abdominal şişkinlik ve anksiyetenin yönetiminde aromaterapinin etkinliği: Sistemik derleme ve meta-analiz. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(2), 342-362.

- Karaman, Ö. E. ve Yıldız H.** (2018). Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: Nasıl? Ne sağlar? Kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 78-87.
- Karami, N. K., Safarzadeh, A. and Fathizadeh, N.** (2006). Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Winter*, 12(1), 6-9.
- Karlström, A., Olofsson, R. E., Norbergh, K. G., Sjöling, M. and Hildingsson, I.** (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(3), 430-440.
- Kaur, M. and Kaur, B.** (2020). Effectiveness of foot and hand massage on level of pain among post ceserean mothers. *Baba Farid University Nursing Journal*, 18(1), 17-22.
- Kaya, Ş., Karakuş, Z., Boz, İ. ve Özer, Z.** (2020). Dünyada ve Türkiye’de tamamlayıcı terapilere ilişkin yasal düzenlemelerde hemşirelerin yeri. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 584-591
- Khorshid, L. ve Yapucu, Ü.** (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 124-130.
- Kırca, A. S. ve Gül, D. K.** (2022). Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology*, 273, 98-104.
- Kim, K. H., Seo, H. J., Abdi, S. and Huh, B.** (2020). All about pain pharmacology: What pain physicians should know. *Korean Journal Pain*, 33(2), 108-120.
- Kırılmaz, H. ve Ulusinan E.** (2021). Tıp etiği çerçevesinde sezaryen. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 8(2), 114-125.
- Komann, M., Weinmann, C., Schwenkglenks, M. and Meissner, W.** (2019). Non-pharmacological methods and post-operative pain relief: An observational study. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 9(2).
- Kordi, M., Irani, M. and Bahrami, H.** (2016). Effect of hand and foot massage on vital signs of women after caesarean section. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology an Infertility*, 19(15), 8-15.
- Köse, S. K., Arioğ, D. T., Toktaş, H., Köken, G., Pektaş, M. K. ve Köse, M.** (2014). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and cesarean section. *The Journal of Maternal-Fetal&Neonatal Medicine*, 27(15), 1572-1575.

- Mamuk, R. and Davas, N. İ.** (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
- Mehendale, P. A.** (2018). Effect of acupuncture TENS versus conventional TENS on post cesarean section incision pain. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(9), 3738-3743.
- Mendes, R. S., Cruz, M. A., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V. and Melo, A. V.** (2016). Comfort theory as support for a safe clinical nursing care. *Cienc Cuid Saude*, 15(2), 390-395.
- Mylonas, I. and Friese, K.** (2015). Indications for and risks of elective cesarean section. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(29-30), 489-495.
- Nani, D., Maryati, S. and Rahmaharyanti, R.** (2015). Effect of acupressure therapy point HT 6 and LI 4 on post cesarean section's pain. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(1):119-122.
- NCCIH**, National Center for Complementary and Integrative Health. <https://www.nccih.nih.gov/> Erişim tarihi: 05.12.2023 saat 10:00.
- Orr, P. M., Shank, B. C. and Black, A. C.** (2017). The role of pain classification systems in pain management.
- Öngel, K.** (2017). Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(1), 12-14.
- Öz, M. E.** (2020). Tokat Devlet Hastanesi 2019-2020 yılları arasında sezaryen oranları analizi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 83-88.
- Özbudak, H., Ünal, A. Z. ve Sabuncuoğlu S.** (2015). Gebelikte non-steroidal antiinflatuvar ilaçların kullanımının değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal* 20, 64-71.
- Özkan, H., Uzun, B. ve Arı, Ö.** (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: Modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 226-235.
- Öztürk Can, H. ve Saruhan, A.** (2008). Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(1), 18-37.
- Özveren, H.** (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, S83-92.

Pereira, T. R. C., Souza, F. G. and Beleza, A. C. S. (2017). Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 21(1):37-43.

Pharmacology & Therapeutics (2000). The pharmacological basis of contemporary pain management. *Mendeley*, 88(2), 163-185.

Priscilla, K., Jayavanth, S. N. and Priscilla, K. (2014). Massage therapy-complementary and alternative therapeutic approach. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4(4), 514-517.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. and Vader K. (2020). The revised international association for the study of pain definition of pain: Concepts, challenges and compromises. *PAIN*, 161(9).

Ramadan, M. S. H., Mohammed, K., Khalifa, O., Tarek, A. and Elbeheidy, M. (2021). Optimal pain management after cesarean delivery. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 8(4).

Saatsaz, S., Rezaei, R. and Alipour, A. (2016). Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 92-98.

Sarı, B. ve Astepe İ. (2018). Sezaryen operasyonu yapılan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi ve postoperatif ağrı arasındaki ilişki. *Kocaeli Medical Journal*, 7(3), 64-69.

Sezer Yıldız, M. (2019). Doğumhanede çalışan sağlık profesyonellerinin doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri bilme ve uygulama durumlarının belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. S. 86.

Shearer, E. L. (2002). Cesarean section: Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine*, 37(10), 1223-1231.

Smith, C. M., Guralnick, M. S., Gelfand, M. M. and Ellen, M. (1986). The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on post cesarean pain. *Elsevier*, 27(2), 181-193.

Sözen, K. K. (2020). Ayak masajının ameliyat sonrası ağrı düzeyine etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(2), 110-115.

- Stör, W. and Irnich, D.** (2009). Grundlagen, praxis und evidenz acupuncture. acupuncture basics, practice and evidence. *Der Anaesthesist*, 58, 311-324.
- Şahin, M. ve Erbil, N.** (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 120-130.
- Şanlı, Y. ve Satılmış, İ. G.** (2023). Effect of foot massage on labor pain in parturient women. *Alternative Therapies in Health&Medicine*, 29(2), 82-88.
- Şimşek, H. E. ve Alpar, Ş. E.** (2020). Sezaryen sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 267-278.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri Alanı.** (2007). *Vücut masajı*. S30-34.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri.** (2011). *Klasik masaj teknikleri*. S6-7.
- https://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Temel%20Kozmetik.pdf
- Taghinejad, H., Delpisheh, A. and Suhrabi, Z.** (2010). Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women's Health*, 6(3), 377-381.
- Talhaoğlu, D.** (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(1)16-29.
- Taşkın, A.** (2018). Doğumun 1. Evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi. S. 160-163.
- Tavallalli, F., Vahedparast, H., Hajinezhad, F. and Bagherzadeh, R.** (2023). Foot reflexology and benson relaxation on pain, breastfeeding and weight of neonates of women undergoing a cesarean section. *Archives of Iran Medicine*, 26(7), 381-388.
- Terzi, B. ve Kaya, N.** (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 67-74.
- Terzioğlu, F., Gençbaş, D., Boztepe, H., Doğu, N., Akdeniz, C. ve Yüceer, B.** (2022). Sezaryen sonrası kaygı ve depresyon: non-farmakolojik kanıt temelli uygulamalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 395-401.
- Topçu, İ. ve Dişsiz, M.** (2018). Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı alternatif yöntemler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 33-37.

- Tosun, H., Özkaya, B. Ö., Uz, F. ve Gül, A.** (2022). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı ve konfor ilişkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 47-52.
- Turan, A.** (2021). Doğum eyleminde sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların ağrı düzeyi ve doğum süreçlerine etkisi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi. S.43-44.
- Turan, E. A. ve Yağmur, Y.** (2020). Sıcak su ayak banyosunun sezaryen sonrası gaz çıkışı ve ağrıya etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. S.37-38.
- Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N.** (2009). Hemşireler için yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *XII. Ulusal Hemşirelik Kongresi “Uluslararası Katılımlı”*, s.276, Sivas, Türkiye.
- Ucuzal, M. ve Kanan, N.** (2014). Foot massage: Effectiveness on postoperative pain in breast surgery patients. *Pain Management Nursing*, 15(2), 458-465.
- Uyar, M. ve Köken, İ.** (2017). Kronik ağrı noröfiziolojisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi*, 16, 70-76.
- Ünalmiş, S., Erdoğan, E. ve Yanık, K.** (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 169-175.
- Varışoğlu, Y. ve Ünlü, G.** (2020). Türkiye’deki tezlerde doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 45-52.
- Velingkar, K. R., Ramachandra, R., Pai, M. V. and Rao, B. K.** (2022). Influence of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain intensity and functional activities following lower segment cesarean section. *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(10), 2099-2105.
- Yılmaz, A. O.** (2012). T.C Sağlık bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar kartal eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği sezaryen operasyonu öncesinde vajinal muayenede saptanan servikal dilatasyon ile postoperatif uterin insizyon defekti arasındaki ilişki. Uzmanlık Tezi, S.8.
- Yılmaz, B., Aydın, M. ve Rathfisch, G.** (2018). Preeklampsi Bakımında Tamamlayıcı Tıp, *Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Journal of Academic Research in Nursing*, 4(3), 195-200.

- Yılmaz Fındık, F., Gözüyeşil, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Avcıbay Vurgeç, B.** (2023). Doğum sonu dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri ve ebelik bakımı. *Sakarya Üniveristesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(1), 172-193.
- Yunitasari, E.** (2018). The effectiveness of hand massage, foot massage and combination on pain intensity of post-sectio caesarea. *International Journal of Research in Applied Natural and Social Sciences*, 6(9), 39-50.
- Yücel, Ş. Ç.** (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 79-88.



5.2. EKLER

EK 1: ETİK KURUL İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.12.2021-E.200192



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : E-20478486-050.04.04-200192
Konu : Etik Kurul Kararı - 24.11.2021 karar
tutanağı-nursen bolsoy-sezaryen

02.12.2021

Sayın Doç. Dr. Nursen BOLSOY

Araştırma dosyanız ile ilgili Etik Kurul karar formu ektedir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Murat DEMET
Kurul Başkanı

Ek: 24.11.2021 karar tutanağı-nursen bolsoy-sezaryen (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSMN9KY7SJ Pin Kodu :27192

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa

Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466

e-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Kep Adresi:celalbayeruniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4049&eD=BSMN9KY7SJ&eS=200192>

Bilgi için: Ruhsar Gürel

Unvanı: Sekreter



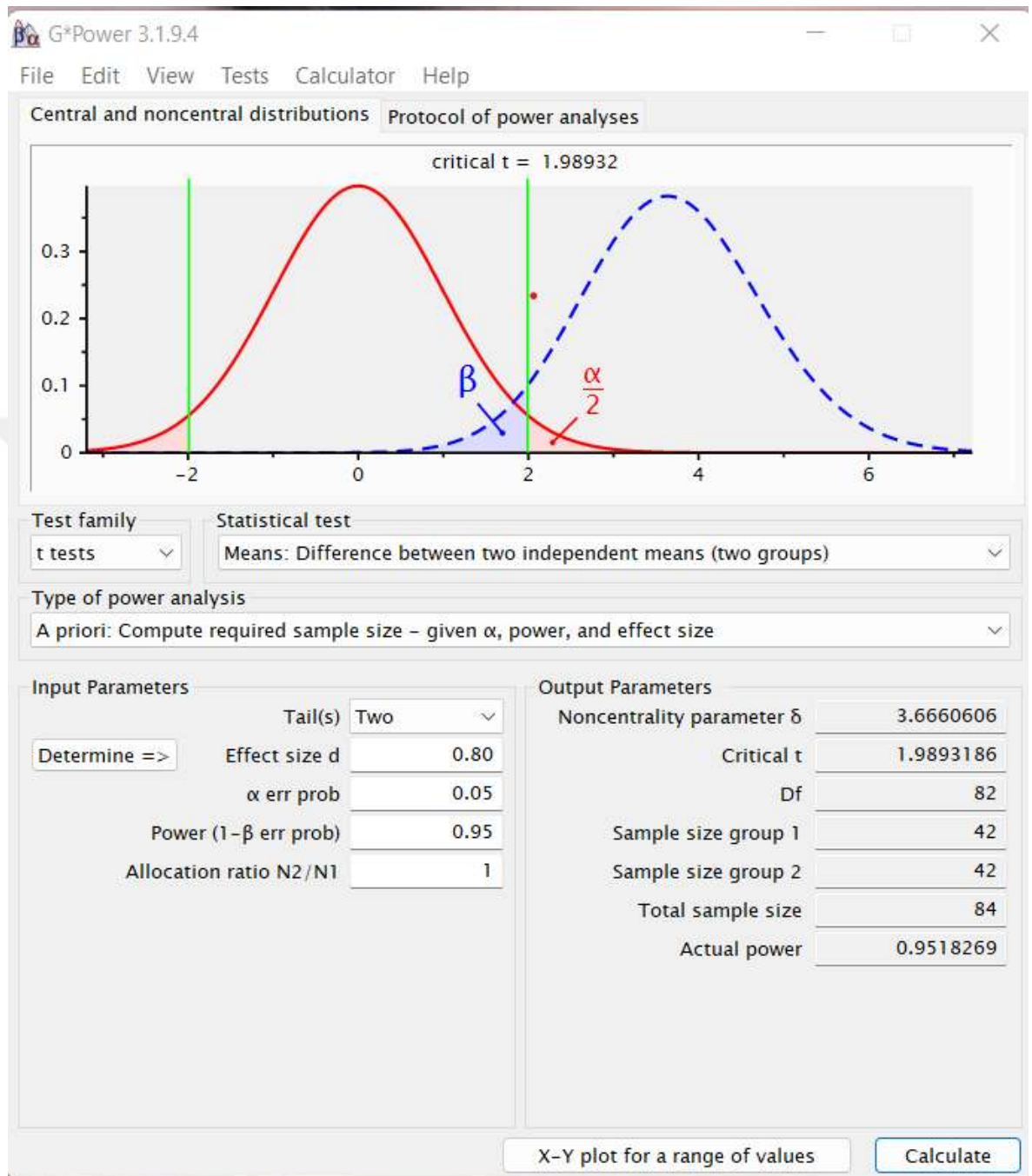
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	24/ 11 / 2021 / 20.478.486 / 1000		
ARAŞTIRMANIN ADI	Sezaryen Ameliyatı Sonrası Ayak Masajının Ağrı ve Konfora Etkisi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Nursen BOLSOY - Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek lisans öğrencisi Melek DİNÇER		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA-TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	21 / 10 / 2021 / Tarih ve 176381 Sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Prof .Dr. Murat DEMET
BAŞKAN

EK 2: G-POWER ANALİZİ



EK 3: KADIN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Sezaryen Sonrası Ayak Masajının Ağrı ve Konfora Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Araştırma, sezaryen ameliyatı ile doğumunu gerçekleştirmiş kadınlarda, ayak masajının ağrı ve konfor üzerine etkisinin araştırılması amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın kontrol gruplu öntest-sontest modeline uygun deneysel bir çalışma olarak yürütülmesi planlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Masaj uygulaması, sezaryen ameliyatı sonrası 10. ve 20. Saatlerde 2 seans olarak planlanmış olup, seanslar bir ayak için 10 dakika olmak üzere toplam 20 dakika olarak planlanmıştır. Toplamda iki seans 40 dakika olarak planlanmıştır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Sezaryen ameliyatı sonrası masaj uygulaması ile ağrının azalması, konforun ise artmasını sağlayabilmektir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Ayak masajı uygulaması herhangi bir yan etkisi olmayan bir yöntemdir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Ebe Melek TURGUT
2. Doç. Dr. Nursen BOLSOY

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

ARAŞTIRMANIZ TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMUNUN ONAYINI GEREKTİRİYOR İSE, ONAM FORMUNU AŞAĞIDAKİ SORULARI DİKKATE ALARAK DOLDURMANIZ GEREKMEKTEDİR.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun gönüllünün anlayabileceği şekilde tıbbi terimlerden uzak, anlaşılabilir ve gerekirse yaş gruplarına göre gönüllüye hitap edecek şekilde hazırlanması gerekmektedir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) asgari olarak aşağıda belirtilen başlıkları içermelidir:

1. Çalışmanın bir araştırma olduğu,
2. Araştırmanın amacı,
3. Araştırmada uygulanacak tedaviler,
4. Varsa, farklı tedaviler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığının bulunduğu,
5. Araştırma sırasında uygulanacak olan invazif yöntemler dâhil olmak üzere izlenecek veya gönüllüye uygulanacak yöntemlerin tümü,
6. Gönüllünün sorumlulukları,
7. Araştırmanın deneysel kısımları,
8. Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya loğusalarda yapılacak ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının) maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar,
9. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında gönüllünün bu durum hakkında bilgilendirildiği,
10. Gönüllüye uygulanabilecek olan alternatif yöntemler veya tedavi şeması ve bunların olası yarar ve riskleri,
11. İlgi mevzuat gereğince gerekiyorsa, gönüllüye verilecek tazminat veya sağlanacak tedaviler,
12. Varsa, gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler,
13. Gönüllünün araştırmaya katılımının isteğe bağlı olduğu ve gönüllünün istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceği veya araştırmadan çekilebileceği,
14. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağı,
15. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacağı,
16. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği,
17. Gönüllünün araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişiler ile bunlara günün 24 saatinde erişebileceği telefon numaraları,
18. Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler,
19. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre,
20. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı,
21. Gönüllülerden biyolojik materyaller elde edilecek ise bunların hangi amaçla kullanılacağı ve biyolojik materyallere ait analizlerin yurtdışında yapıp yapılmayacağı hususunun açıklanması,
22. *“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.”* benzeri ifadenin yer alması,
23. *“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”* benzeri ifadenin yer alması,
24. Gönüllünün adı/soyadı/imzası/tarih yer almalı,
25. Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının adı/soyadı/imzası/tarih yer almalı,
26. Gerekiyorsa olur işlemine tanık olan kişinin adı/soyadı/imzası/tarih yer almalı,
27. Gerekiyorsa yasal temsilcinin adı/soyadı/imzası/tarih yer almalı,
28. Gönüllülerden elde edilen biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılacak ise;
“[Araştırmanın Açık Adı] araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.) “sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum” veya “ileride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum” veya “hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum” şeklinde uygun ifadenin işaretlendiği bilgi yer almalıdır.
29. Ayrıca, BGOF, gönüllü veya yasal temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içerebilir ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğünden kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

EK 4: BİREYSEL TANITIM FORMU

Tarih :

Saat:

1) Yaşınız?

1. 18-22 2. 23-27 3. 28-32 4. 33-45

2) Öğrenim durumunuz?

1. İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite

3) Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

4) Eşiniz çalışıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

5) Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Evli değil

6) Aile tipiniz?

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Yalnız yaşıyor

7) Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

8) Sosyal güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

9) Sigara kullanma durumunuz?

1. Evet 2. Hayır

10) Alkol kullanma durumunuz?

1. Evet 2. Hayır

11) Doğum haftası.....

12) Şimdiki gebeliğiniz istediğiniz/planladığınız bir gebelik mi?

1. Evet 2. Hayır

13) Gebelik boyunca düzenli kontrollere gittiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

14) Gebelik sürecinde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Evet (neydi.....) 2. Hayır

15) Sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verildi mi?

1. Evet, yeterli düzeyde 2. Biraz/kısmen 3. Hiç verilmedi

16) Sezeryan olma sebebiniz?

1. Bebeğin makat geliş olması

2. Plesenta anormallikleri

3. Postterm bebek

4. Baş pelvis uyumsuzluğu

5. Pelvise ait bozukluklar

6. İnfertilite tedavisi sonrası

7. Önceki doğumun sezaryen ile yapılmış olması

8. Diğer.....

17) Sezaryen ile yaptığınız doğumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok kolay 2. Normal 3. Çok zor

18) Önceden hastaneye yatma durumunuz?

1. Evet 2. Hayır

19) Önceden geçirilen ameliyat deneyiminiz?

1. Var 2. Yok

20) Daha önceden yaşanan ağrı deneyiminiz?

1. Var 2. Yok

21) Ağrı deneyimi sıklığınız?

1. Her gün 2. Haftada 1-2 kez

3. Ayda 1-2 kez 4. Daha seyrek

EK 5: POSTOPERATİF AĞRI TANILAMA FORMU

Tarih:

Saat:

1. Ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeyi söyler misiniz?

	1.Değerlendirme (1. masaj öncesi)	2.Değerlendirme (1. masaj sonrası)	3.Değerlendirme (2. masaj sonrası)
a) Delici			
b) Bıçak saplanır gibi			
c) Yanıcı			
d) Kramp			
e) Sızlayıcı			
f) İğne batması, batıcı			
g) Sıkıştırma			
h) Uyuşma			
ı) Acı			
i) Sancı			
j) Zonklama			
k) Rahatsızlık			
l) Gerginlik			
m) Diğer:			

2. Ağrınız nerede?

	1.Değerlendirme (1. masaj öncesi)	2.Değerlendirme (1. masaj sonrası)	3.Değerlendirme (2. masaj sonrası)
a)Ameliyat bölgesinde			
b) Karnımda			
c) Kasıklarımda			
d) Belimde			
e) Kalçamda			
f) Sırtımda			
g) Midemde			
h) Göğsümde			
ı) Omuzlarımda			
i) Boynumda			

3.Ağrınızın şiddetinde değişiklik var mı?

	1.Değerlendirme (1. masaj öncesi)	2.Değerlendirme (1. masaj sonrası)	3.Değerlendirme (2.masaj sonrası)
a)Değişiklik yok			
b)Azalma var			
c)Artma var			
d)Zaman zaman artıyor veya azalıyor			

EK 6: MÜDAHALE GRUBU İZLEM FORMU

Tarih	Masaj Öncesi NRS değeri	Masaj Öncesi Konfor Değeri	Masaj Öncesi TA	Masaj Öncesi Nabız	Masaj Öncesi Solunum	Masaj Uygulaması Yapılma Durumu

Tarih	Masajdan 1 saat Sonraki NRS Değeri	Masajdan 1 saat sonraki Konfor Değeri	Masajdan 1 saat Sonraki TA	Masajdan 1 saat Sonraki Nabız	Masajdan 1 saat Sonraki Solunum

EK 7: KONTROL GRUBU İZLEM FORMU

Tarih	NRS Değeri 1.ölçüm	Konfor Değeri Post-op 10. Saat (1. ölçüm)	TA Post-op 10. Saat	Nabız Post-op 10. Saat	Solunum Post-op 10. Saat	NRS Değeri 2.ölçüm	NRS Değeri 3.ölçüm	NRS Değeri 4.ölçüm	Konfor Değeri İkinci değerlendir meden 60 dk. Sonra (4. ölçüm)	TA İkinci Değerlendir meden 60 dk. Sonra	Nabız İkinci Değerlendir meden 60 dk. Sonra	Solunum İkinci değerlendir meden 60 dakika sonra

EK 8: DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

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

	İTEMLER VE İFADELENDİRME	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 bölgemle 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 emzirmedi sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa 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					

Yapılan geçerlilik-güvenilirlik çalışması sonucu çevresel konforu ölçen aşağıdaki maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda kalınmıştır. Ancak, ölçek içinde olmasa da ayrı olarak sorgulanarak çevresel konforun da değerlendirilmesinde yarar görülmektedir.

- Kendimi güvende hissediyorum
- Yattığım yatak çok rahatsız
- Özel eşyalarım için yeterli alan yok, sıkıntı yaşıyorum
- Bulduğum ortamdan/odadan (ısı, hava, koku, temizlik, gürültü, ışık v.s.) memnunum
- Yakınlarım/arkadaşlarım beni rahatlıkla ziyaret edebiliyor ve telefonla ulaşabiliyorlar
- Odada başka hasta ve yakınlarının olması beni rahatsız etmiyor

DSKÖ (DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ)

AÇIKLAMA ve DEĞERLENDİRME

DSKÖ; NVD veya sezaryen ile doğum yapmış annelerin doğum sonu konforunu ölçmede, DS konfor gereksinimlerinin karşılanması, sonucunun somut bir göstergesi olarak çıktı değerlendirilmesinin yapılabilmesinde uygun ve güvenle kullanılabilecek bir ölçektir.

DSKÖ 34 maddeden oluşmaktadır (*Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması 55 madde üzerinde yapılmış ve analiz sonucunda ölçek 34 maddeye inmiştir*). Ölçülmek istenen durumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak, 5' li likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmıştır. Her bir madde için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelendirme ve puanlama yapılmıştır. Olumlu cümlelerde tamamen katılıyorum ifadesi en iyi konforu (5 puan), olumsuz cümlelerde ise düşük konforu (1 puan) göstermektedir. Bu doğrultuda ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170 dir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. Temelde düşük konfor 1, yüksek konfor 5 ile ifade edilmektedir.

Ölçek üç faktör altında toplandığından DS konforu 3 boyutta (fiziksel, psikospirüel, sosyokültürel) değerlendirebilmektedir. DSKÖ çevresel konforu ölçmemektedir. Konforun bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından da bu ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda çevresel konforu ölçmek için ölçek dışında sorulan sorularla eksik kalan bu boyut desteklenebilir. DSKÖ hemşireler ve de anneler tarafından da anlaşılır olup, uygulaması kolaydır.

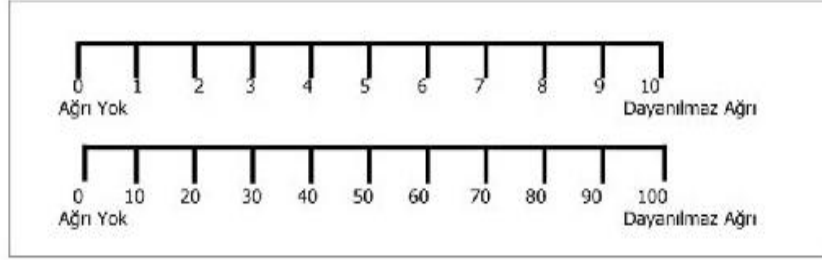
I. faktörde yer alanlar fiziksel ve bedensel algılar ile ilgili olanlardır ve ölçeğin **fiziksel konfor** alt boyutunu oluşturmuştur (1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24, 26 maddeler). II. faktörde yer alanlar manevi ve psikolojik bileşenlerdir ve ölçeğin **psikospritiüel konfor** alt boyutunu oluşturmuştur (5, 7, 10, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 31. maddeler). III. Faktörde yer alanlar kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler, finans ve destek sistemleri ile ilgili olanlardır ve ölçeğin **sosyokültürel konfor** alt boyutunu oluşturmuştur (3, 9, 22, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34 maddeler).

Olumlu ifadeler (1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 31, 32) normalde belirtilen ifadelendirme şekline göre “Kesinlikle katılmıyorum 1 – Tamamen katılıyorum 5 olacak şekilde kodlanmıştır. Olumsuz maddelerde (4, 6, 8, 9, 10, 12,13, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34) ise “Kesinlikle katılmıyorum 5 — Tamamen katılıyorum 1 olacak şeklinde ters kodlanmıştır.

Ölçekte banyo, tuvalet, yemek ve mahremiyetle ilgili ifadeleri içeren ve çevresel konfor kapsamında düşünerek ele aldığımız "Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor, Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum, Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor" gibi maddeler (*Ölçeğin analiz yapıldığı şekilde 4,48,50 ve 54. son şeklinde ise 3,28,30 ve 34. maddeler*) yapılan istatistiksel analizde madde yükü puanı açısından faktör yükü değeri 30'un üzerinde olarak III. Faktörde yani sosyokültürel alt boyutta yer almıştır. Bu nedenle de çevresel konfor olarak düşündüğümüz bu meddeler sosyokültürel konfor boyutunda bırakılmıştır. Ayrıca bu sonuç bize banyo, tuvalet, yemek ve mahremiyetle ilgili olan bu ifadelere ilişkin yanıtların bireyin sosyokültürel alışkanlıkları ve sosyakültürel status ile yakından ilişkili olduğunu düşündürmüştür.

EK 9: SAYISAL AĞRI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Sayısal ölçekler (NRS)



EK 10: MASAJ EĞİTİM SERTİFİKASI


Istanbul Gedik Üniversitesi
EĞİTİM SERTİFİKASI
“MELEK DİNÇER”
SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ tarafından gerçekleştirilen 312 saat
“MASAJ EĞİTİMİ”ni
tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

PROF. DR. NİHAT AKKUŞ <u>Rektör</u>
BARKOD NO: UN_04105749111673710558
KİMLİK NO:
Tanzim Tarihi: 27.08.2021

"Bu belgenin doğruluğu https://www.turkiye.gov.tr/belge-dogrulama adresinde veya mobil cihazlarınıza yükleyebileceğiniz e-Devlet Kapısı'na ait Barkodlu Belge Doğrulama uygulaması vasıtası ile üstteki karekod okutularak kontrol edilebilir."

EK 11: TEZ KONUSU ONAY KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.08.2021-E.121774



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-74547675-302.14.01-121774
Konu : Melek DİNÇER'in Tez Konusu Hk.

09.08.2021

SBE EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 06.08.2021 tarih ve 23/3 sayılı yönetim kurulu toplantısında, Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Melek DİNÇER'in tez konusunun etik kurul onayı ile birlikte (etik kurul gerekli ise) "**Sezeryan Ameliyatı Sonrası Ayak Masajının Ağrı ve Konfora Etkisi**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Gereğini ve bilelerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSUNAZP7YL Pin Kodu :72303

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4049&eD=BSUNAZP7YL&eS=121774>

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa

Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158

e-Posta: saglik.evrak@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Kep Adresi: celalbayanuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Çisem Tutan
Unvanı: Sürekli İşçi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 12: DSKÖ ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



heryilmaz

Alıcı: ben

1 Eki 2021 12:50 (8 gün önce)

Sayın Dinçer,
Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz "Doğum Sonu Konfor Ölçeği"
ni Yüksek Lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek hastanede
hospitalizasyon sürecinde taburcu olana kadarki zamanda uygulanabilecek
bir ölçektir. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir. Sorunuz olursa bu
mailden yazabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

--

Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Marmara University, Faculty of Health Sciences,

Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing

Istanbul – Turkey

