

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

TERAPÖTİK DOKUNUŞUN SEZARYEN SONRASI AĞRI VE KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ

Büşra KARAASLAN

EBELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ

ADANA-2024

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

TERAPÖTİK DOKUNUŞUN SEZARYEN SONRASI AĞRI VE KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ

Büşra KARAASLAN

EBELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ

ADANA-2024

KABUL ve ONAY

X X X X

ETİK BEYANI



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın araştırılması, planlanması, yürütülmesi ve yazılması süresince çok kıymetli bilgi ve deneyimleri ile desteklerini esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş' a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesiyle akademik gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü, Doç. Dr. Ebru Gözüyeşil, Doç. Dr. Burcu Avcıbay Vurgeç , Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk Çeliktekin'e

Verilerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Bayar'a

Beni bugünlere getiren başarılarımda büyük emekleri olan her zaman desteklerini hissettiğim annem Fatma Karaaslan, babam Mustafa Karaaslan, ablam Duygu Kaya, abilerim Mehmet Karaaslan ve Emre Kaya, enerji kaynaklarım yeğenlerim Aselyanaz Kaya ve Kerem Kayra Kaya'ya

Manevi destekleriyle her zaman arkamda olan teyzelerime, anneannem Zeliha Turus'a, varlıklarıyla bana güç veren abilerim Çağrı Ağ ve Tuncay Karakurt'a

Bu yoğun çalışma sürecinde her an yanımda olan, stresimi ve heyecanımı paylaşan desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım arkadaşlarım Ece Bayat, Zübeyde Bilir ve Arş. Gör. Aslıhan Turan'a

Tez çalışmam boyunca bilgi ve birikimleriyle yardımlarını benden esirgemeyen, destekleriyle güç veren Emre Melik Faideci'ye

Tez çalışmama katılmayı kabul eden tüm kıymetli kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım..

Büşra KARAASLAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sezaryen	4
2.1.1. Sezaryenin Tanımı ve Sıklığı	4
2.1.2. Sezaryen Endikasyonları	5
2.1.2.1. Fetal Endikasyonlar	5
2.1.2.2. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar	5
2.1.2.3. Maternal Endikasyonlar	5
2.1.2.4. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar	6
2.1.3. Sezaryen Komplikasyonları	6
2.1.3.1. Annede Görülebilecek Komplikasyonlar	6
2.1.3.2. Bebeğe Görülebilecek Komplikasyonlar	7
2.1.4. Sezaryen Doğumda Ebelik Bakımı	8
2.1.4.1. Preoperatif Dönemde Bakım	8
2.1.4.2. İntraoperatif Dönemde Bakım	8
2.1.4.3. Postoperatif Dönemde Bakım	9
2.2. Ağrı	10
2.2.1. Ağrının Tanımı	10
2.2.2. Ağrı Teorileri	12
2.2.2.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)	12
2.2.2.2. Endorfin Teorileri	12

2.2.3. Postoperatif Ağrı	13
2.2.4. Postoperatif Ağrıyla Baş Etmede Uygulanan Farmakolojik Yöntemler.....	13
2.2.4.1. Narkotik Olmayan Analjezikler (Non-Steroid Antiinflatuvar İlaçlar-NSAİİ).....	14
2.2.4.2. Narkotik Analjezikler (Opioidler)	14
2.2.4.3. Lokal Analjezikler	14
2.2.5. Postoperatif Ağrıyla Baş Etmede Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler	15
2.2.5.1. Bilişsel/Davranışsal Teknikler	15
2.2.5.2. Fiziksel/Periferal Teknikler.....	16
2.2.5.3. Diğer Teknikler	17
2.2.6. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrı.....	18
2.2.7. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrıya Yönelik Ebelik Bakımı.....	19
2.3. Konfor Kavramı	20
2.3.1. Doğum Sonu Konfor ve Ebelik Yaklaşımı.....	24
2.4. Terapötik Dokunuş (TD).....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Deneysel Randomizasyon Şeması.....	31
3.5. Yanlılığın Azaltılması	32
3.6. Verilerin Toplanması	32
3.7. Veri Toplama Araçları	35
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	35
3.7.2. Vizüel Analog Skala.....	35
3.7.3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği.....	35
3.8. Ebelik Girişimi	35
3.8.1. Müdahale grubu.....	36
3.8.2. Kontrol grubu	37
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	37

3.10. Verilerin Analizi.....	38
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	38
3.12. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	39
4.2. Katılımcıların VAS Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40
4.3. Katılımcıların DSKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	43
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	50
5.2. Katılımcıların VAS Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	50
5.3. Katılımcıların DSKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	58
EKLER	66
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	66
EK-2. Vizüel Analog Skala (VAS)	67
EK-3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)	68
EK-4. Ölçek Kullanım İzni	70
EK-5. Etik Kurul Kararı.....	71
EK-6. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni.....	72
EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu.....	74
EK-8. Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası	75
EK-9. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (1.Seviye)	76
EK-10. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (2.Seviye)	77
ÖZ GEÇMİŞ	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Şekil 3.1. Araştırmanın DeneySEL Tasarımı	32
Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması	34
Şekil 4.1. Katılımcıların VAS Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Şekil 4.2. Katılımcıların Doğum Sonrası Konfor Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Şekil 4.3. Katılımcıların Fiziksel Konfor Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Şekil 4.4. Katılımcıların Psikospiritüel Konfor Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Şekil 4.5. Katılımcıların Sosyokültürel Konfor Ortalamalarının Karşılaştırılması	49



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 2.1. TNSA Verilerine Göre Ülke Genelindeki Yıllara Göre Sezaryen Oranları	5
Tablo 2.2. IASP'ın Ağrıyla 5 Eksenli Taksonomik Yapı ile Değerlendirmesi	10
Tablo 2.3. Uygulanan Konfor İhtiyaçlarının Taksonomik Yapısı.....	23
Tablo 2.4. Postpartum Dönemde Hemşirelerin/Ebelerin Annenin Konforunu Arttırabilmesine Yönelik Girişimler	25
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı.	40
Tablo 4.2. Katılımcıların VAS Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı	41
Tablo 4.3. VAS Ortalamalarına ilişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçlarına ilişkin bulgular	42
Tablo 4.4. Katılımcıların DSKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	45

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

CS	: Sezaryen Doğum
DM	: Diabetes Mellitus
DSKÖ	: Doğum Sonrası Konfor Ölçeği
FIGO	: Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu (The International Federation of Gynecology and Obstetrics)
HGB	: Hemoglobin (g/dL)
HT	: Hipertansiyon
HTC	: Hematokrit (%)
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association)
NCCAM	: Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and. Alternative Medicine)
NSAID	: Non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar (Non-Steroid Anti-Inflammatory Drug)
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
OECD	: Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development)
TD	: Terapötik Dokunuş
TDK	: Türk Dil Kurumu
TENS	: Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS	: Vizüel Analog Skalası
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

Terapötik Dokunuşun Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi

Araştırma, terapötik dokunuşun kadınların sezaryen sonrası ağrı ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü, deneysel tipte yapıldı.

Araştırma Eylül 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında Hatay Dörtyol Devlet Hastanesinde yer alan Kadın Hastalıkları Servisinde sezaryen ile doğum yapan kadınlarla yürütüldü. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, ağrıyı değerlendirmek için Vizüel Ağrı Skalası, konforu değerlendirmek için Doğum Sonu Konfor Ölçeği kullanıldı. Analizler, IBM SPSS V25 Software ve R Studio ile gerçekleştirildi. G*Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü 90 kadın olarak hesaplandı (45 müdahale, 45 kontrol). Veriler sayı, yüzde, t testi ve ANOVA ile analiz edildi. Kritik anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak alındı.

Araştırmada, Vizüel Ağrı Skalası ölçümlerinde gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde müdahale ve kontrol grubu ön test ile son test sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ama bu farkın müdahale grubunda daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,001$). İkinci TD sonrası müdahale grubunda Doğum Sonrası Konfor Ölçeği'ne ve alt boyutlarına ilişkin ölçümlerin tamamında son test sonuçları, ön test sonuçlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise sosyokültürel konfor alt boyutunda grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmedi ($p>0,05$).

Terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı düzeyini azalttığı ve konfor düzeyini arttırdığı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Doğum Sonu Dönem, Ebelik, Konfor, Terapötik Dokunma

ABSTRACT

The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Comfort After Caesarean Section

The research was conducted in a randomized controlled, experimental type to determine on women the effect of therapeutic touch on pain and comfort levels after cesarean section.

The research was conducted with women who gave birth by cesarean section in the Gynecology Service at Hatay Dörtyol State Hospital between September 2023 and November 2023. Personal Information Form, Visual Pain Scale to evaluate pain, and Postpartum Comfort Scale to evaluate comfort were used to collect data. Analyzes were performed with IBM SPSS V25 Software and R Studio. When G*Power analysis was performed, the sample size was calculated as 90 women (45 experimental, 45 control). Data were analyzed by number, percentage, t test and ANOVA. The critical significance value was taken as $p < 0.05$.

In the study, when the comparison results between groups in VAS measurements were examined, it was determined that there was a statistically significant difference in the pre-test and post-test results of the experimental and control groups, but this difference was greater in the experimental group ($p < 0.001$). In the experimental group after the second TD, the post-test results in all measurements regarding the Postpartum Comfort Scale and its sub-dimensions were determined to be significantly higher than the pre-test results ($p < 0.001$). In the control group, no significant difference was observed in the sociocultural comfort sub-dimension ($p > 0.05$).

Therapeutic touch was found to reduce pain levels and increase comfort levels after cesarean section.

Keywords: Pain, Postpartum Period, Midwifery, Comfort, Therapeutic Touch

1. GİRİŞ

Kadının yaşamında doğal bir olay olarak kabul edilen doğum hem fiziksel hem de duygusal değişimlerle ilişkilidir. Bu nedenle sezaryen, anne-yenidoğan etkileşimlerinin ameliyat sonrası dönemi 'doğum sonrası döneme' dönüştürdüğü benzersiz bir cerrahi işlemdir (1). Dünyada uygulanan en yaygın cerrahi işlemlerden biri olan sezaryen Türkiye'de de canlı doğumlar içindeki oranı %60,1 ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %31,1 olduğu belirtilmektedir (2). Cerrahi bir yöntem olan sezaryenin postoperatif takip sürecinde hasta konforuna etki eden birtakım olumsuz sonuçları mevcut olup bunlardan birisi de ağrıdır (3). Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, opioid ilaçların aşırı kullanımı, uyku ve dinlenmede zorluk, annenin iyileşmesinin gecikmesi, oturma, kalkma gibi aktivitelerin başlamasında gecikme, emzirmede gecikme, doğumdan sonraki ilk günlerde devam eden ağrı gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (4). Günümüzde hastaların %12'si, yatarak yapılan ameliyatları takiben taburcu olduktan sonra hala şiddetli ağrı çekmektedir. Ağrı eski çağlardan beri insanlığın ortadan kaldırmaya çalıştığı temel sorunlardan biri olmuştur ve günümüzde de bu ihtiyaç devam etmektedir (5). Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında, postoperatif ağrının yeterince değerlendirilmediği ve kötü tedavi edildiği konusunda bir fikir birliği vardır (6). 105 hastanede ameliyat sonrası ilk günde ağrı yoğunluğunu sorgulayan 50523 hastanın analizi, sezaryenin 179 farklı cerrahi prosedür arasında ağrı şiddeti açısından dokuzuncu sırada olduğunu saptanmıştır (7). Her ne kadar majör bir prosedür olarak görülmesine de, sezaryen sonrası ağrı, en yüksek ağrı skorları için ortopedik/travma ameliyatlarıyla yarışmaktadır (8).

Sezaryende ağrının yeterince kontrol altına alınamaması, annenin fizyolojik ve psikolojik birçok sorun yaşamasına, yaşam kalitesini bozarak iyileşmenin gecikmesine, annede kalıcı ağrıya ayrıca konforunun azalmasına, bebeğini etkili emzirememesine ve anne bebek iletişiminin olumsuz etkilenmesine, daha fazla analjezik kullanımı ve bu ilaçların yan etkilerine karşı mücadele edilmesine yol açabilmektedir (1,9). Sezaryen sonrası annelerin konforunu olumsuz etkileyen en önemli etken %40 oranında ağrı olarak bildirilmektedir böylece etkili ağrı yönetimi annenin konforunu artırarak anne ve bebek sağlığının olumlu yönde ilerlemesini sağlamaktadır (3,10). Hiçbir zaman önemini kaybetmeyecek olan bu majör sorun olan ağrı hızlı, basit ve kesin çözümü üzerine

odaklanan farmakolojik ve non-farmakolojik birçok yöntem mevcuttur (11,12). Farmakolojik tedavide çoğunlukla narkotik ilaçlar (morfin, petidin vb.) ve steroidal olmayan anti inflamatuvar ilaçlar (NSAID'ler) kullanılmaktadır ve her birinin kendine has yan etkileri vardır (13,14). Örneğin, NSAID'ler gastrointestinal problemler, nefrotoksisite, baş ağrıları ve uyuşukluk gibi birçok yan etkiyle ilişkilidir aynı zamanda ilaçların annelerdeki süte geçiş endişesi, farmakolojik müdahalelerin tek başına ağrının affektif ve duyuşal boyutunu etkin olarak ortadan kaldırmaması ve analjezik ilaçların istenmeyen bu yan etkileri farmakolojik yöntemlere karşı artan kaygıya yol açmakta, bu yöntemlerden uzaklaşılmasına ve nonfarmakolojik yöntemlere ilgi ve talep artmasına sebep olmaktadır (15–17). Böylece ağrı ve konfor yönetimi artık hemşirelik/ebelik bakımının etkinliğini değerlendiren önemli bir sonuç olarak kabul edilmektedir (18). Rahat ve sorunsuz olan hastalarda iyileşme daha hızlı olur; konfor stresle baş etmeyi kolaylaştırır ve rehabilitasyonu hızlandırır (19,20).

Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan terapötik dokunuşun sezaryen sonrası annelerdeki etkinliği henüz yeterince incelenmemiştir. Terapötik dokunuş yöntemi, kapı-kontrol teorisi sayesinde hastayı rahatlatarak ağrı kontrolünü sağlamaktadır (21,22). Terapötik dokunuşla hastayı rahatlatıp gevşeme etkisi uyarıldığında, kapı kontrol mekanizmasındaki uyarının azalmasını sağlayacağı ve böylece ağrıyı azaltıp konforu arttırmayı sağlayacaktır (22). Ağrı ve konforun yanı sıra terapötik dokunma; algılanan gerçekleri diğer duygular aracılığıyla doğrulama, algılama ve kavrama yetenekleri üzerinde olumlu etki yapmak, ağrı, yalnızlık ve umutsuzluk duygularını azaltmak, ameliyat öncesi ve sonrası farmakolojik ajanlara olan ihtiyacını azaltmak gibi etkileri vardır (21,23). Ayrıca literatürde, terapötik dokunmanın huzurevleri/yaşlı bakımevleri, rehabilitasyon üniteleri, acil bakım üniteleri, ameliyathaneler, psikiyatri ve pediatri klinikleri, kadın doğum kliniklerinde uygulanabileceği görülmektedir (24).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, terapötik dokunuşun kadınların sezaryen sonrası ağrı ve konforuna etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel tipte yapıldı.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0₁: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda VAS ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1₁: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda VAS ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark vardır.

H0₂: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda DSKÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1₂: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda DSKÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark vardır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen

2.1.1. Sezaryenin Tanımı ve Sıklığı

Sezaryen ile doğum fetusun, abdominal ve uterus duvarından kesi ile doğurtulmasıyla yapılan vajinal doğumun maternal veya fetal nedenlerle kontrendike olduğu durumlarda veya bazı durumlarda gebe annenin talebi üzerine uygulanan yaygın bir cerrahi prosedürdür. Acil veya seçmeli olarak yapılabilir (25,26). Belirli tıbbi endikasyonlar nedeniyle gerçekleştirilen sezaryen hayat kurtarıcı bir ameliyat olabilir. Operasyonun belirli bir zamanda gerçekleştirilmemesi durumunda anne veya bebek için ciddi bir olumsuz sonuç riski mevcut olduğunda sezaryen tıbbi olarak endikedir (27).

Sezaryen ile doğum (CS) oranları küresel artış göstermektedir. Bu önü alınamaz artışa hem Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hem de Uluslararası Kadın Doğum ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO) 'salgın' olarak tanımlamıştır (26,27). Dünyadaki canlı doğumların %94,5'ini kapsayan 154 ülkeden elde edilen en son veriler (2010–2018), dünya çapında kadınların %21,1'inin sezaryenle doğum yaptığını göstermektedir; ortalamalar Sahra Altı Afrika'da %5 ile Latin Amerika ve Karayipler'de %42,8 arasında değişmektedir. En büyük artışın görüldüğü alt bölgeler Doğu Asya, Batı Asya ve Kuzey Afrika (sırasıyla yüzde 44,9, 34,7 ve 31,5 puanlık artış) olurken, Sahra Altı Afrika ve Kuzey Amerika (yüzde 3,6 ve 9,5 puanlık artış) olmuştur. Projeksiyonlar, 2030 yılına kadar dünya çapındaki kadınların %28,5'inin sezaryen ile doğum yapacağını (yılda 33,5 milyonu düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere 38 milyon sezaryen) olacağını, bu oranın Sahra altı Afrika'da %7,1'den Doğu Asya'da %63,4'e kadar değişeceğini göstermektedir (30). Diğer bazı ülkelerde ise sezaryen oranları; Brezilya'da %55,5, Mısır'da %51,8, Bangladeş'te %30,7, Almanya'da %30,5, Japonya'da %19,7, Danimarka'da %19,5, Finlandiya'da %16,4'tür (30). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre sezaryen oranları giderek artmaktadır. 2018 TNSA verilerinde ülkemizde sezaryen oranı %52'dir (31). 2024-2028 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı hedeflenen sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranının dönem sonunda %35 olarak planlamıştır (32). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkeler için ideal sezaryen oranlarının %10-15 olması gerektiğini vurgulamaktadır (33).

Tablo 2.1. TNSA Verilerine Göre Ülke Genelindeki Yıllara Göre Sezaryen Oranları (31).

Yıl	Oran (%)
1998	13,9
2003	21,2
2008	36,7
2013	48,0
2018	52,0

2.1.2. Sezaryen Endikasyonları

Gebelik ve doğum fizyolojik süreçler olmasına rağmen bu süreçlerdeki anne ve fetüsün hayatını tehlikeye atan öngörüleemeyen durumlar sezaryeni zorunlu kılmaktadır (34). Sezaryen için birçok endikasyon bulunmaktadır. Bunlar fetüse, umbilikal kord ve plasentaya, anneye, travay veya doğuma bağlı olabilir.

2.1.2.1. Fetal Endikasyonlar

- Fetal prezentasyon anomalileri (makat prezentasyon, transvers, alın, yüz, omuz geliş vb.),
- Çoğul gebelikler,
- Fetal anomaliler (hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

2.1.2.2. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar

- Kordon sarkması (umbilikal kord prolapsusu),
- Plasental anomaliler (Plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa)

2.1.2.3. Maternal Endikasyonlar

- Geçirilmiş uterus cerrahisi (mükerrer sezaryen, diğer operasyonlar),
- Sistemik hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe bağlı HT vb.),
- Vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar (HIV, HSV-2 vb.),
- Mekanik vulvar obstrüksiyonlar (kondilomlar),
- Alt uterin segmentin mekanik obstrüksiyonu (tümörler, myomlar) (35,36).

2.1.2.4. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar

Baş-pelvis uyumsuzluğu (CPD), uzamış doğum eylemi (Distosi), fetal makrozomi, erken membran rüptürü. Bu endikasyonlar içinden sezaryenlerin %75-%90'ı distosi, mükerrer sezaryen, makat prezentasyon ve fetal strese bağlı gerçekleşmektedir (29,35–37).

Yardımcı üreme tekniklerinin artması, çoğul gebelikler, obezite, ileri yaş gebelikler, sezaryen doğumun daha güvenli olduğunun düşünülmesi, kadınların çocuklarının nasıl ve ne zaman doğacaklarını belirlemek istemeleri, vajinal doğum korkusu ve hekimlerin risk almak istememesi gibi faktörler sezaryenin giderek artmasının nedenleri arasındadır (36,37).

2.1.3. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryene bağlı komplikasyonlar, bebek ve annede görülebilecek komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.1.3.1. Annede Görülebilecek Komplikasyonlar

Sezaryen doğum yapan kadınlar çeşitli kronik ve yaşamı tehdit eden durumlar açısından yüksek risk altındadır. Bu durumlar artan sezaryen oranlarıyla birlikte artar. Sezaryenin sonuçları şu şekilde sınıflandırılabilir;

Birincil sonuçlar

1. Ciddi anne morbiditesi veya mortalitesi (yoğun bakım ünitesine kabul, sepsisemi, organ yetmezliği)
2. Ölümcül malformasyonlar (nöbetler, doğum asfiksisi, neonatal ensefalopati, ciddi neonatal morbidite veya perinatal ölüm)
3. Annenin doğum sonrası depresyonu (38, 39).

İkincil sonuçlar

Kısa vadeli anne sonuçları

- ❖ Sezaryen (acil/seçmeli)
- ❖ Anestezi komplikasyonları (anafilaksi, mide içeriğinin aspirasyonu)
- ❖ Doğum sonu kanama
- ❖ Doğum sonrası anemi

- ❖ Kan transfüzyonu
- ❖ Histerektomi
- ❖ Derin ven trombozu ve pulmoner emboli
- ❖ Doğum sonrası pireksi
- ❖ Antibiyotik kullanımı
- ❖ Antitrombotik profilaksi (29,40).

Uzun vadeli anne sonuçları

- ❖ Emzirme başarısızlığı
- ❖ Ağrı (perine ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı))
- ❖ Disparoni
- ❖ Uterovajinal prolapsus
- ❖ İdrar, gazi dışkı inkontinansı
- ❖ Doğum sonrası benlik saygısı
- ❖ Doğum sonrası kaygı
- ❖ Travma sonrası stres sendromu
- ❖ Partnerle ve bebekle ilişki de zorluk;
- ❖ Sonraki gebelik komplikasyonları (ektopik gebelik, plasenta previa, plasenta akreta, infertilite, spontan abortus, histerektomi, majör obstetrik kanama)
- ❖ Doğum sonrası yeniden hastaneye yatış
- ❖ Anne ölümü (29,35,36,38,39,41).

2.1.3.2. Bebekte Görülebilecek Komplikasyonlar

Sezaryen ile doğan yenidoğanların bağışıklık sisteminde değişiklikler, bağırsak mikrobiyomun da azalma, geç çocuklukta tip 1 diyabet, obezite ve astım yaşayabileceğine dair kanıtlar ortaya çıkmaktadır (33,42). Daha önce sezaryen geçirmiş kadınlarda olumsuz perinatal olaylarla birlikte prematürite ve buna bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Vajinal olarak doğan bebeklerle karşılaştırıldığında sezaryen ile doğan bebeklerin solunum semptomları yaşama ve YYBÜ bakımına ihtiyaç duyma olasılıkları daha yüksektir (43).

2.1.4. Sezaryen Doğumda Ebelik Bakımı

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde iyi bir ebelik bakımı ve izlemi maternal ve fetal sağlığın korunmasında, komplikasyonların erken tanı ve tedavisinde oldukça önem taşımaktadır.

2.1.4.1. Preoperatif Dönemde Bakım

- Gebe ve eşi ile sezaryen doğumun nedenleri ve riskleri tartışılarak imzalı onam alınır.
- Cerrahi işlem öncesi maternal ve fetal durum değerlendirmesi yapılır.
- En son oral alım saati ve ne yenildiği kaydedilir.
- Cerrahi işlem plansız ise korku ve beklentilerini ifade etmesine izin verilir.
- Postoperatif komplikasyonların azaltılması için hastaya girişimler hakkında bilgi verilir.
- Derin solunum egzersizleri öğretilir.
- Sıvı replasman tedavisi için doktor istemiyle IV infüzyona başlanır.
- Foley katater takılır.
- Operasyon öncesi laboratuvar testleri yapılır (HB, HTC, kan grubu), gerekli durumlar için kan hazırlanmalıdır.
- Bağırsak hazırlığı ve vajinal tıraş önerilmez çok gerekli ise kısaltma yapılabilir.
- Tromboembolizm profilaksiye karşı varis çorabı önerilir
- Hastaya doktor istemiyle preoperatif ilaçlar uygulandığında, uygulama zamanı ve hastanın tepkileri kaydedilir.
- Ağrı yönetimi konusunda hastaya işlem boyunca ve sonrasında destek sağlanacağı açıklanır.
- Hastaya ameliyat sonrası hakkında açıklama yapılarak anksiyetesi giderilir (44–47).

2.1.4.2. İntraoperatif Dönemde Bakım

- İntraoperatif Dönemde rutin olarak intravenöz antibiyotik uygulanmaktadır. Genellikle birinci kuşak sefalosporinler veya tek doz ampisilin önerilir (48).

- Yeterli uterus tonunu elde etmek ve yan etkileri en aza indirmek için gereken uygun uterotonik dozu kullanılır.
- Ağrı kontrolü için multimodal analjezi kullanımı başlatılır.
- Yenidoğanda solunum sıkıntısı gibi komplikasyonlar için hazırlıklı olunmalı ve yenidoğan ünitesi ile işbirliği yapılmalıdır (49).
- Sıkıntılı olmayan miadında doğumlarda geç klempleme (30-60sn) önerilmektedir. Mümkünse ten tene temas yapılmalıdır (46,48).

2.1.4.3. Postoperatif Dönemde Bakım

- Annenin solunum yollarının açık tutulması ve aspirasyona uygun pozisyonda yatırılması gerekmektedir.
- Ebe, hayati belirtileri 1-2 saat boyunca veya annenin durumu stabil oluncaya dek 15 dakikada bir almalı ve saatlik takibe başlamalıdır.
- Foley kateterin yerinde olup olmadığına bakılır ve aldığı-çıkardığı sıvı miktarı izlenir.
- Ebe, anneyi spontan idrara çıkıp çıkmadığını, postpartum atoni açısından kanamasını takip etmelidir.
- Operasyon sonu hematolojik parametreleri kontrol edilmelidir.
- Günlük kontrolde uterin kontraksiyonlar, uterus involüsyonunun izlenerek loşianın takip edilir.
- İnsizyon yerinin kanama ve enfeksiyon yönünden takip edilmesi gerekir.
- Rahatsızlıklarını önlemek için hekim istemine göre analjezikler verilebilir.
- Destekleyici ebelik bakımı olarak; ilk 24 saat içinde derin soluk alma ve öksürme egzersizleri, ilk 6-8 saat içinde yatakta pasif egzersizler yaptırılır.
- Yatış pozisyonunu değiştirmesi ve insizyon bölgesini yastıklarla desteklemesi sağlanmalıdır.
- Erken ambulasyon için hastayı 8-10 saat içinde mobilize etmek gerekir.
- Anne ve bebek arasında ilişkiyi sağlamak önemlidir.
- Sezaryene ilişkin duygularını ifade etmesini sağlamak için uygun ortam hazırlanmalı. Annenin duygusal değişimleri değerlendirilmelidir (46).

2.2. Ağrı

2.2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı, kronikleşmesi ve tedavi edilmesinde bireyler arası farklılıkların sağlık bakımı açısından zorlu bir durum oluşturduğu son derece kişisel bir deneyimdir (50). Ağrı öncelikle psikolojik sorunlar ve kişinin huzurunda bozulmaya yol açan insanoğlunun en eski evrensel sorunlarından biridir. Hastane başvurularının en yaygın nedenlerindendir. Yüksek sağlık harcamaları, iş gücü kaybı ve yoğun medikal destekler ile sonuçlanan bir durumdur. Ağrının giderilmesi bireyde ferahlama boyutunda bir konfor ile sonuçlanır (51). Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) ağrıyı vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan kişinin geçmiş deneyimleri ile bağlantılı sensorial, emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamıştır (6).

Tablo 2.2. IASP'ın Ağrıyı 5 eksenli Taksonomik Yapı İle Değerlendirilmesi (6).

Eksenler	
1.eksen	Ağrının yer aldığı vücut bölgesi
2.eksen	Ağrının etkilediği sistem
3.eksen	Oluşum süresi
4.eksen	Şiddeti başlangıçtan bu yana geçen süre
5.eksen	Etiyolojisi

Ağrının algılanması 4 aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamalar şu şekildedir (52,53).

Transdüksiyon (Ağrının hissedilmesi): Ağrıya yol açan uyaran sinir uçları tarafından algılanır sonrasında bu uyaran elektriksel aktiviteye dönüştürülür.

Transmisyon (Ağrının iletilmesi): Elektriksel aktiviteye dönüştürülmüş olan uyaran perifer sinir sisteminden santral sinir sistemine taşınır.

Modülasyon (Ağrının düzenlenmesi): Perifer sistemden ağrı dorsal boynuzdan spinal korda giriş yapar. Burada düzenlenir ve üst merkezlere taşınır.

Persepsiyon (Ağrının algılanması): Üst merkezlere taşınmış olan ağrı uyarısının algılanmasıdır. Bu aşamada algı üzerinde kişinin psikolojisi ve eski deneyimleri rol

oyunar. Persepsiyon bu sebeple duygusal ve fiziksel bir deneyimdir. Bir sonraki ağrı deneyimine de katkı sunar.

Ağrı süresine, mekanizmasına ve kaynağına göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir (52,54,55) .

Süresine göre;

Akut ağrı: Nosiseptiftir. Vücuda etki eden zarar veren bir olay varlığına işaret eder. Ağrıya neden olan olay ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki mevcuttur. Postoperatif akut ağrı en iyi örnektir. Akut ağrı üzerinden 3-6 ay geçtikten sonra kronik ağrıdan söz edilir.

Kronik ağrı: Çoğunlukla nosiseptiftir. Bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler, davranış tarzlarında anormalliklere yol açar, psikolojik etkenlerde bu ağrıya rol oynar. Otonomik cevap akut ağrıdaki kadar yoktur. Sempatik tonus artışı nöroendokrin fonksiyonlarda artış belirgindir.

Mekanizmalarına göre;

Nosiseptif: Doku hasarına bağlı gelişen ağrı tipidir. Kapsülsüz sinir sonlarının hasarı sonucu meydana gelir. Vücudun bir bölgesindeki dokuda yaralanma meydana geldiğinde özelleşmiş sinir uçları olan nosiseptörler ağrıyı algılar ve santral sisteme iletir. Doku hasarı ile karmaşık elektrokimyasal olayların bütününe nosisepsiyon ismi verilir. Ağrı nosisepsiyonun algılama kısmı olan bir parçasını oluşturur.

Nöropatik: Nonnosiseptif ağrının en yaygın görülenidir. Nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı sürekli bir uyaran bulunmamasıdır. Nörojenik ağrı ile karıştırılmamalıdır. Opioidlere genellikle sınırlı yanıt verir.

Deafferantasyon: Ağrısı santral perifer sinir sistem yaralanmalarına bağlı oluşan somatosensorial ileti kusur ağrısıdır.

Reaktif Ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşan myofasyal ağrı örneğidir.

Psikosomatik Ağrı: Anksiyete veya depresyon gibi ruhsal durumlarda doku hasarı olmaksızın oluşan ağrı hissidir.

Kaynağına göre;

Viseral Ağrı: İç organlardan köken alır yaygın bir ağrıdır. Ağrı net lokalize edilemez ve sınırları keskin olmayan bir ağrıdır.

Somatik Ağrı: Somatik dokuların içerdiği nosiseptörler mekanik, termal ya da kimyasal uyarılarla uyarıldığı zaman oluşan ağrıdır. Somatik dokulara kas-iskelet sistemi ve cilt temel örneklerdir.

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli olan ağrılardır. Kozaljiler ve kompleks rejyonel ağrı sendromu örnektir.

Periferal Ağrı: Kas, sinir veya periferik sinirlerden köken alan ağrılardır.

2.2.2. Ağrı Teorileri

Ağrı mekanizmasını, oluşumunun altında yatan esas sebepleri ve algılanmasını açıklamak amacıyla birçok teori geliştirilmiştir. Tarihsel eğilimler incelendiğinde ağrının araştırılması çok eskilere dayanmaktadır ve birçok teori öne sürülmüştür. Descartes'ın; Ağrının, vücuttaki yaralı dokulardan beyindeki bir ağrı merkezine doğrudan, düz bir iletim sistemi tarafından üretildiği kavramı, yakın zamana kadar ağrı araştırmaları ve tedavisinde hakim olmuştur (51).

Günümüze kadar geçerliliğini koruyan ve en çok kabul gören Farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı geçirme yöntemlerinin etkisini açıklamak için kapı kontrol teorisi ve endorfin teorileri ortaya atılmıştır (56).

2.2.2.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

Üç önerme ile kapı kontrol teorisi açıklanmaktadır;

- ❖ Ağrının oluşumu, varlığı ve şiddeti nörolojik ağrı uyarılarının geçişiyle ilişkili bir durumdur.
- ❖ Uyarıların geçişi kapı kontrol mekanizmalarınca kontrol edilmektedir.
- ❖ Eğer kapı açık durumdaysa geçişler gerçekleşir ve uyarılarının bilinç düzeyine ulaşmasıyla ağrı duyusu oluşur. Kapı kapalıysa uyarının bilinç düzeyine ulaşmaması ile ağrı hissi oluşmaz (51,57).

2.2.2.2. Endorfin Teorileri

Vücudun opioid benzeri maddeler salgıladığı saptanmış ve endorfin olarak isimlendirilmiştir. Endojen ve morfin kelimelerinin birleşiminden oluşan endorfin kelimesi 1973'lerin ortalarında ortaya çıkmıştır. Endorfinlerin görevi ağrı uyarısının

geçişini bloke etmektir. Bilinç düzeyine uyarıların ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulur. Endorfin araştırmaları, ağrı algılaması ve analjezi gereksiniminin kişilere göre farklı olduğunu anlaşılmaya yardımcı olmuştur. Farklı insanlarda endorfin miktarının değişkenliği ve muhtemelen diğer faktörlerle birlikte endorfin düzeyinde artma ya da azalma ağrı algılanmasındaki farklılıkları açıklamaktadır (58,59).

2.2.3. Postoperatif ağrı

Postoperatif ağrı, cerrahi travma sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle sona eren cerrahi travmanın derecesi kadar, insizyonun tipi ve genişliği ile de doğrudan ilgili akut bir ağrı şeklidir. Dünyada her yıl milyonlarca insan ameliyat olmakta ve değişik derecelerde postoperatif ağrı deneyimlemektedir (60,61).

Postoperatif ağrı kontrolünü sağlamak oldukça önemlidir. Yeterli ağrı kontrolü bireyin konforunu sağlamakta, psikolojik olarak bireyi rahatlatmakta, kaygı ve endişelerini azaltarak iyileşmeye yönelik umudunu desteklemekte, bağımsız, iyi ve yeterli hissetmesini sağlamakta, yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerini olumlu etkilemektedir (62).

Postoperatif ağrı kontrol altına alınamadığında gelişen stres yanıt, sempatik sinir sistemini etkileyerek birçok soruna neden olmaktadır (63,64). Kontrol altına alınamayan postoperatif ağrı, solunum, sindirim, dolaşım ve endokrin sistem sorunlarına, iyileşme süresinin uzamasına, enfeksiyona, yaşam kalitesinin düşmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına, daha yüksek sağlık bakım maliyetlerine, opioid tüketiminin artmasına, mortalite ve morbidite riskinde artışa, korku ve endişeye yol açmaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında veya sonrasında Kötü kontrol edilen akut ağrının varlığı kronik ağrı gelişiminin habercisi olabilir (63–66).

2.2.4. Postoperatif Ağrıyla Baş Etmede Uygulanan Farmakolojik Yöntemler

Ameliyat sonrası ağrının kontrolünde farmakolojik yöntemler sık kullanılan bir seçenektir. Kullanılan ilaçların temel mekanizmaları endojen algojenik mediyatörlerin sentezini inhibe etmek ya da ağrı hissinin santral sisteme iletilmesini engellemektir (53,55).

Postoperatif ağrı kontrolünde kullanılan üç ana ilaç grubu vardır. Bunlar nonopioid analjezikler, opioidler ve lokal anesteziiklerdir. Bu ilaçlar uygulanan cerrahiye sekonder olarak gelişen postoperatif ağrının şiddetine göre nadiren tek başlarına veya çoğunlukla kombinasyonlar halinde kullanılmaktadır (53).

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

Ameliyat sonrası ağrının tedavisinde ilk tercih steroid olmayan anti inflamatuvar ilaçlardır. Bu ilaçların anestezi indüksiyonundan önce veya hemen sonra uygulanması postoperatif ağrıyı ve analjezik ihtiyacını azaltır (67).

Multimodal analjezi (farklı mekanizmalara sahip uygulamaların/ilaçların birlikte kullanımı) için kullanılan NSAİD'ler opioid alımını ve bunlarla ilişkili yan etkileri de azaltır (68).

2.2.4.2. Narkotik Analjezikler (Opioidler)

Opioidler, spesifik reseptörlere bağlanarak morfin benzeri etki oluşturan, natürel veya sentetik, egzojen maddelerdir. Opioidler sezaryen doğumdan sonra ağrı yönetiminin temel bir unsuru olarak kabul edilmektedir ve kadınların %86'sına kadarının sezaryen doğumdan sonra ağrının yönetimi için opioidler reçete edilmektedir (69). Opioidler sistemik veya nöroaksiyel yollarla uygulanabilir ve solunum depresyonu, bulantı, kusma ve kaşıntı gibi olumsuz olaylarla ilişkilendirilebilir (15). Ek olarak, opioidler anne sütüne geçerek yenidoğan merkezi sinir sistemi depresyonuna neden olabilir. Bu nedenle, sezaryen doğum sonrası ağrıyı yönetmede opioidlerin yararlarının, kadınlara ve yenidoğanlara yönelik risklere karşı dikkatli bir şekilde tartılması gerekir (70). Opioid reçetesi, sezaryen doğumundan sonra kadınlarda cerrahi sonrası kalıcı opioid kullanımına yol açabilir (71).

2.2.4.3. Lokal Analjezikler

Vücudun belirli bir bölgesinde sinirsel iletiyi bloke ederek sensoryal, motor ve otonomik fonksiyonların geçici kaybına yol açan kimyasal ajanlardır.

2.2.5. Postoperatif Ağrıyla Baş Etmede Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler

Sezaryen sonrası ağrıda farmakolojik yöntemler için kontrendikasyon bulunması veya yetersiz kalması durumunda nonfarmakolojik yöntemlere başvurulur. Bazen de farmakolojik yöntemler ile sinerjistik etki amaçlı tedaviye ilave edilir (72). İlaç yan etkileri hastaların süte geçiş endişesi ile kullanmak istememeleri nonfarmakolojik yöntemlere eğilimi arttırmıştır (73). Bu yöntemlerin ağrı kontrolünün yanı sıra beden, zihin ve ruh arasında bütüncüllüğü sağlayan ilave faydaları vardır (74). Nonfarmakolojik yöntemler multimodal tedavinin yanında adjuvan bir tedavi yöntemi olarak kullanıldıklarında hastanın kaygılarını ve tedavide kontrolünü arttırarak analjezik dozunu azaltabilmekte ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (53).

Kullanılan nonfarmakolojik ağrı kontrol teknikleri 3 gruptur

- Bilişsel/davranışsal teknikler
- Fiziksel teknikler
- Diğer teknikler (plasebo)

2.2.5.1. Bilişsel/Davranışsal Teknikler

Bu teknikte amaçlanan hastanın işlevsel kapasitesini arttırmak, olumsuz düşünce ve davranışlarını azaltmak ve analjezik ilaç kullanımını azaltmak sonrasında tamamen kesmektir. Bilişsel-davranışsal yöntemler; hastada gevşeme, rahatlama sağlama, dikkati başka yöne çekerek ağrıya odaklanmasını engelleme, müzik ve bilişsel stratejiler gibi uygulamaları içermektedir (75). Bu teknikler ağrının algısal, emosyonel ve davranışsal boyutları dikkate alınarak oluşturulmuştur. Bu teknikler kullanılarak kalın, miyelinsiz C lifleri uyarılır ve omurilikteki giriş kapatılarak ağrının beyne ulaşması engellenir (76).

Gevşeme: İlk kez Jacobson tarafından tanımlanmış olan gevşeme teknikleri, ağrı, doğum, anksiyete, uykusuzluk ve kızgınlık gibi birçok durumda kullanılır, en sık kullanılan teknik kasların kademeli bir şekilde gerilmesi ve gevşetilmesidir. Anksiyete ve kaslardaki gerginliği göreceli olarak giderir (77). Gevşeme tekniklerinin amacı sempatik sinir sisteminin aktivitesini azaltmaktır (78). Gevşeme tekniklerinin kullanımının, ameliyat sonrası ağrının duyuşal ve affektif bileşenlerini azalttığı, bireylerde kontrol

duygusu geliştirdiği, invaziv ya da ilaç tedavisi olmadan hastaların iyiliğini arttırdığı bildirilmektedir (79).

Dikkati Başka Yöne ekme: Kapı Kontrol Teorisi'ne dayanan bir tekniktir. Ağrıdan zihni uzaklaştırmak ve ağrı toleransını artırmak hedeflenir (57, 80). Birey bu teknikte ağrıyı kendisi yönetir, hoşlandığı şeylere odaklanır ve bu teknikle ağrı eşiği yükselir (57).

Müzik: Müzik, hangi mekanizma ile ağrı kontrolü sağladığı tam olarak bilinmemektedir ancak müziğin endorfin salınımını artırıcı etkisi olduğu ve ağrılı uyarıların önüne geçebildiği bilinmektedir (81).

2.2.5.2. Fiziksel/Periferal Teknikler

Bu teknik deriye fiziksel olarak yapılan uyarıcı girişimlerdir (82). Deri stimlasyon girişimleri, mentol uygulama, sıcak soğuk uygulama, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), akupunktur, masaj ve terapötik dokunmadır.

Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS): TENS uygulaması bir elektroanaljezi yöntemidir. Analjezik etkisini deri stimülasyonu yoluyla sağlar. Bu etki çeşitli teorilerle açıklanmıştır. Teorilerden biri kapı-kontrol teorisidir. Bu teoriye göre kalın A lifleri ile omuriliğin arka boynuzuna taşınan, düşük eşik değerli mekanoreseptrlerden gelen şiddetli duyusal uyarılar, nosiseptörlerin aktivitesini baskılamaktadır. Kalın A lifleri dokunma, basınç, vibrasyon ve elektriksel duyuları içermekte olup, bu lifler ile taşınan uyarılar ağrı oluşturmaz. Bu mekanizmaya göre, yüksek frekanslı düşük yoğunluktaki TENS uygulaması ile uyarılan kalın A lifleri, spinal kapının kapanmasına yol açarak ağrının beyin tarafından algılanmasını önlemektedir. Bir diğer teori ise duyusal sinirlerin düşük frekanslı yüksek yoğunluktaki TENS ile uyarılması endorfin salınımını artırmakta, böylece ağrının algılanması azalmaktadır (83,84).

Mentol Uygulama: Mentol, mentha cinsi bitkiden elde edilir. Hem ferahlatıcı hem de ağrı azaltıcı etkisi vardır. Mentoll kremler, losyon, likit ya da jel şeklinde olabilir. Mentol içeren maddelerin lokal uygulamasının eksternal analjezi etkisi yaptığı, korteksi uyararak ağrı kapısını kapatması ve endorfinlerin salınımını arttırarak ağrıyı hafiflettiği belirtilmektedir (85).

Soğuk Uygulama: Soğuk uygulama ağrının ilaç dışı tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Soğuk uygulamanın ağrıya etkileri incelendiğinde; ilki cerrahi ya da inflamasyondan dolayı oluşan şişlik, kızarıklık, ödem ve kas gerginliğinin giderilmesiyle dolaylı olarak ağrının azaltılması, diğeri ise; periferik sinirlerin iletim özelliklerini değiştirerek direk etki göstermesidir (86).

Sıcak Uygulama: Eski çağlardan beri uygulanan termoterapi yöntemi ağrı kontrolünde kullanılır. Sıcak uygulama dokuların istemsiz kasılmasını gidererek kas gerginliğini azaltır, sinir uçlarındaki baskı ve çekilme-gerilme gibi etkileri azaltıp ağrıların hafifletilmesini sağlar (87).

Masaj: Çok eski dönemlere dayanan ağrı kontrolü için yaygın kullanılan bir yöntemdir. Masajın vücutta fizyolojik, nörolojik, psikolojik ve biyomekanik etkiler ile etki ettiği bilimsel olarak kanıtlanmıştır (88). Motor, sinir ve kardiyovasküler sistemleri etkileyerek tüm vücudun relaksasyonunu ve dinlenmesini sağlar (89). Masaj, venöz dönüş ve lenfatik akışa yardımcı olur, kutanöz ve subkutanöz duyu reseptörlerini uyarır ve ağrı hissinin azaltılmasına yardımcı olur. Masaj ayrıca kas lifleri arasındaki laktik asidin uzaklaştırılmasına yardımcı olur, yorgunluk ve kaygıyı azaltır “

Akupunktur: Cilt üzerine iğne ponksiyonlarının yüzeysel uygulanması ile birçok hastalığın tedavisinde iyileşme, ağrı kontrolü sağlama, nöromodulator, sitokin ve hormonal değişimleri hedefleyen terapi yöntemidir. Ağrı kontrol mekanizmasının endorfin salınımında artış üzerinden olduğu düşünülmektedir (84).

Terapötik Dokunma: Terapötik dokunma; 1970’li yıllardan itibaren vital enerji alanlarındaki dengesizlikten kaynaklanan hastalık veya semptomları iyileştirme amacıyla, eller ile enerji alanlarını etkileyip, enerjiyi düzenleme, arttırma, dengeleme ve korumaya yönelik uygulanan ruhsal iyileşmeyi sağlayan, invaziv olmayan, ucuz ve zararsız bir yöntemdir. Uygulamayı yapan kişi bireydeki enerji dengesizliklerini manipüle etmeye, denge oluşturmaya ve kendi enerjisini bireye geçirmeye odaklandığında, elleri aracılığı ile enerjisini bireyin tüm vücuduna yaymaktadır. Bu akım kişinin vücut yüzeyinden az bir mesafe ile ya da temas ile oluşturulabilir (23).

2.2.5.3. Diğer Teknikler

Plasebo: Genel olarak "plasebo" teriminin etimolojisi Latince’den gelir ve memnun etmek anlamına gelir (90). Plasebo etkisi, fiziksel herhangi bir etkiye sahip

olmayan bir girişimin hastalıkta veya rahatsızlıkta, subjektif olarak meydana getirdiği herhangi bir gelişme veya değişiklik olarak tanımlanır. Başka bir ifadeyle terapötik güçten yoksun olan vücut üzerindeki herhangi bir madde veya uygulamadan sağlanan faydayı ifade eder. Sağlık bakımında ilaçların yanı sıra elle müdahale ile uygulanan birçok plasebo tedavi yöntemi mevcuttur. Plasebonun etki mekanizması, endojen opioid sistemleri uyarak ağrıyı giderdiği şeklinde açıklanmıştır. Plasebo rahatlama sağlasa da nadiren tedavi eder. Araştırmalar plasebo tepkilerinin nesnel nörobiyolojik yollarını ortaya çıkarmış olsa da bugüne kadarki kanıtlar, plasebo etkileriyle ilişkili terapötik faydanın hastanın semptomlarında düzelmenin ötesine geçemediği yönündedir (91,92).

2.2.6. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrı

Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), gelişmiş ülkelerde her dört çocuktan birinin operatif doğum yoluyla doğduğunu bildirmektedir. Dünya çapında en çok yapılan cerrahi müdahale sezaryendir. Bu nedenle sezaryen sonrası ağrı, bireysel olarak hasta ve toplum üzerinde önemli sağlık ve ekonomik etkileri olan yaygın bir sorundur ve kadınların önemli bir kısmında orta ila şiddetli ağrı rapor edilmiştir (93). Sezaryen sonrası dönemdeki en önemli sorun postoperatif ağrı kontrolüdür ve bu ağrının temel nedeni cerrahi insizyon ve uterus kontraksiyonlarıdır (94).

Sezaryen sonrası oluşan ağrı; postpartum ve postoperatif ağrı özellikleri taşıması sebebi ile akut ağrı grubunda yer alır. Genellikle ilk 24-48 saat içinde hafiflemektedir. Sezaryende cerrahi insizyona bağlı olarak somatik ağrı, eşlik eden enflamasyona bağlı olarak da visseral ağrı yaşanmaktadır (66,95,96).

İnatçı postoperatif ağrının giderilmemesi çeşitli sağlık sorunlarına yol açar. Akciğerde sekresyon birikmesi ve atelektazi, barsak peristaltizminin azalmasından parolitik ileusa kadar uzanan gastrointestinal sorunlar, uzun süreli immobilizasyona bağlı bası yarası ve venöz tromboembolizm ciddi komplikasyonlardan sadece bazılarıdır (97). Postpartum erken dönemde anne ile bebek etkileşimi son derece önemlidir ve bunun temel bileşeni bebeğin emzirilmesidir. Ancak ağrıya bağlı laktasyon azalır ve son derece önemli olan emzirme ideal miktar ve koşullarda gerçekleşemeyebilir. Bu bağlamda ağrının anne üzerine olduğu kadar bebek üzerine de sağlık açısından etkisi olduğu söylenebilir (98). Daha önemlisi, uzun süreli kronik ağrı, doğum sonrası depresyona (PPD) yol açabilir. Yapılan bir çalışmaya göre, postoperatif ağrının sezaryen sonrası

erken PPD başlangıcı ile korele olduğu gösterilmiştir (99). Annenin iyileşme kalitesini önemli ölçüde etkiler ve anne-bebek ilişkisinin bozulması nedeniyle bebeğin büyüme ve gelişmesini geciktirebilir. Ciddi vakalarda, PPD anne intiharına yol açabilir. PPD'nin postoperatif anne ölümlerinin yaklaşık %20'si ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (100). Bunlara ek olarak doğum sonrası yaşanan ağrı, kadınların yaşam kalitesinde ve konforlarında bozulmalara, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememelerine, uykusuzluk, anksiyete, yenidoğanın bakımında aktif rol alamamalarına sebep olabilmektedir (66). Bu nedenle, sezaryen sonrası dönemde uygun ebelik bakımı verilmesi postoperatif ağrı yönetimi kalitesini artırarak annenin doğum sonu döneme daha aktif katılmasını sağlayacaktır.

2.2.7. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrıya Yönelik Ebelik Bakımı

Etkili ağrı yönetiminde ebe ve hemşirelerin ağrıyı doğru olarak tanılaması, izlemesi, değerlendirmesi, uygun teknikleri kullanabilmesi ve birey üzerindeki etkileri takip etmesi gerekmektedir (101). Ağrı subjektif bir semptom olduğundan tanılamada öncelikle hastanın ifadesi göz önüne alınmaktadır. Sezaryen sonrası ağrı hikâyesi alınırken; ağrının ne zaman başladığı, sıklığı, şiddeti, niteliği, lokalizasyonu, günlük yaşam aktivitelerine, annenin ve bebeğin bakımına etkisi, ağrıyı artıran/azaltan durumlar sorgulanmalıdır. Ayrıca ağrıyla baş etme durumu, eşlik eden semptomlar ve hastanın ağrıyı algılayışı, daha öncesinde cerrahi bir operasyon ya da sezaryen operasyonu geçirmiş olup olmadığı incelenmelidir (57,101).

Subjektif bir semptom olan ağrının objektif hale getirilmesi gerekmektedir. Kantitatif bir verinin sağlanmasında şiddet ve niteliği belirlemeye yönelik çeşitli ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır (101).

Sezaryen sonrası anne ele alınırken dikkat edilmesi gereken diğer bir husus hem postpartum hem de postoperatif dönemdeki bir birey oluşudur. Postpartum ihtiyaçları olduğu kadar postoperatif sürece ait de gereksinimleri olan annenin ağrı kontrolü bidireksiyonel bir gereksinimdir (101). Sezaryen sonrası dönemde ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerin uygulamasının yanı sıra bireyin ağrı ve anksiyetesinin belirlenerek bunlara uygun nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması da önemli yer tutmaktadır. Bu tamamlayıcı uygulamalar arasında akupunktur, masaj, bilişsel davranışsal teknikler, transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS), gevşeme teknikleri

gibi nonfarmakolojik yöntemlerin farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılmaları ağrı yönetiminin başarısını arttırmaktadır (102).

Ağrı yönetimi yapılırken farmakolojik yöntemlerin yanı sıra psikososyal ve davranışsal faktörlerde göz önüne alınarak sezaryen olan kadınların korku ve endişelerinin dile getirmeleri için cesaretlendirmek ve sorunlarına çözüm bularak rahat, güvende ve yeterli hissetmelerini sağlamada ebeler çok rol oynamaktadır (103).

2.3. Konfor Kavramı

Konfor bütünsel sağlık hizmet uygulamalarında ulaşılması hedeflenen bir sonuç ürünüdür. Konfor kavramının farklı tanımlamaları ve genel kabul görmüş sınıflandırması mevcuttur. Konfor kavramının kökeni Fransızca olup “confort” sözcüğünden köken almaktadır. Uluslararası platformlarda yaygın olarak kullanılan hemşirelik tanımlama terminolojisi olan NANDA’ya (The North American Nursing Diagnosis Association) göre konfor; mental, fiziksel olarak sosyal iyilik ya da rahatlık duygusudur (104,105).

Konfor kuramı; Katherine Kolcaba tarafından konfor kavramı üzerine yapılan uzun süreli çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir. Tarihsel temelleri Watson’ın Bakım Kuramı ve Nightingale’in çalışmalarına dayanmakta olan bu kuram 1980’li yıllara dayanmaktadır (106,107).

Kolcaba konfor kavramını, “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım etme, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip beklenen sonuç” olarak tanımlamaktadır (19,108).

Konfor bütünsel sağlık hizmet uygulamalarında ulaşılması hedeflenen bir sonuç ürünüdür. Bireylerin sağlık bakımına yönelik ihtiyaçları ne olursa olsun, konfor ihtiyaçları açısından sağlık bakımının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için her zaman bir kalite belirteci olarak konforun yeri önemini koruyacaktır (20,109).

Konfor teorisinin günlük pratikte uygulanması şemalar ile basitleştirilmiştir. 2 boyutlu kuramsal düzlemde şematik hale gelmiş olan bu teori günlük hayatta birçok klinik durumda kolaylıkla uygulanabilir. Doğum sonu takiplerde uygulanabilirliği buna bir örnektir. Literatürde bu alanda uygulanabilirliği birçok klinik çalışma ile ispatlanmıştır. Vaka temelli klinik çalışmalar sonrası konfor kavramı üç düzey ve dört boyuttan oluşan iki aşamalı taksonomik yapı ile şekillendirilmiştir. Bu taksonomi hastaların bulundukları

konuma göre gerekli modifikasyonlar ile kolaylıkla uygulanabilir. Basit ve kolay uygulanabilirlik günlük pratik hayatta yaygın kabul görmesinde etkili olmuştur (19,108,109).

Birinci aşamada konfor düzeyi belirlenirken bireylerin konfor gereksinimlerini karşılama durumu dikkate alınarak 3 düzeyde kategorize edilmiştir. Buna göre;

- ❖ Ferahlama
- ❖ Rahatlama
- ❖ Üstünlük

Şeklin de terminolojisi belirlenmiştir

- ❖ **Ferahlama:** Vücutta konforu bozan her şey stres oluşturur. Bunun ortadan kaldırılmasının hissettirdiği durum ferahlamadır. Örneğin postoperatif ağrının giderilmesi, anksiyetenin ve uyku bozukluğunun düzeltilmesi sonucu hastanın sıkıntıdan kurtulmasının hissettirdiği durum ferahlamadır (19, 20,108,110).
- ❖ **Rahatlama:** Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur (110,111).
- ❖ **Üstünlük:** Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir (20,110).

2.aşama ise bütüncül bakış açısıyla 4 boyuta ayrılmış olup bunlar;

- ❖ Fiziksel
- ❖ Psikospiritüel
- ❖ Çevresel
- ❖ Sosyokültürel.

Konfor teorisi alt boyutlarının tanımlamaları:

Fiziksel konfor: Bedensel duyular ve homeostatik mekanizmalarla ilgilidir (110–112). Örneğin sezaryen doğum sonrası kadınlar genellikle karın bölgesinde ağrı ve rahatsızlık hissederler (9). Çeşitli egzersiz yöntemleri, cerrahi yaranın düzenli bakımı, annenin doğru pozisyonda dinlenmesi gibi bir takım basit önlem ve uygulamalar fiziksel konforda artış sağlayabilir.

Psikospritu el konfor: Modern psikiyatrinin bileşenleri olan akısal, ruhsal ve manevi bileşenlerin üzerine etkili durumların bütünü psikospiritüel konforu oluşturur (20, 111,112). Çoğu sezaryen hastası, postoperatif döneme ait semptomlarına bağlı olarak hafif d zeyliden çok  iddetliye kadar giden duygusal değişkenlik gösterebilir. Bu dönemde artan uyaranlara karşı hastaların meditasyon yapabileceği, dua edebileceği, dinlenebilece i ya da önemli kişilerle sohbet edebileceği bir zaman yaratılması kaygıyı azaltarak, dinginlik sağlayacak ve konforu artıracaktır (112).

Çevresel konfor: Çevresel konforun multifaktöriyel dış etmenlerin bütüncül sonucunu tanımlamada kullanılan bir terim olduğu dikkate alındığında birçok örnekle açıklanabilir. Kapsamı dış etken ve durumlar ile bunların üzerinde oluşan etkileridir. Kişinin duyu organlarında sensoriyal uyarı oluşturabilecek aydınlatma, ses, renk, ısı ve koku gibi birçok uyaran birey üzerindeki çevresel konforu etkiler (20,109,112).

Sosyokültürel konfor: Sosyokültürel konfor, bireyin kişilerarası ilişkilerini, ailesi ve diğer sosyal kurumlarla olan etkileşimlerini ifade etmektedir. Sosyal ve kişilerarası ilişkileri düzenleyen gelenekler, kurallar, dini ve hukuki koşullar sosyokültürel rahatlı ın kapsamındadır (112).

Tablo 2.3. Uygulanan Konfor İhtiyaçlarının Taksonomik Yapısı (112).

Bağlam	Rahatlama	Ferahlama	Üstünlük
Fiziksel konfor	Ağrı, Bulantı	Rahat yatak, homeostazis	Hastanın "Uyandığımda ağrıya nasıl tahammül edebilirim?" diye düşünmesi.
Psikospritu�el konfor	Endi�e	Prognozla ilgili belirsizlik	Manevi desteğe ihtiyaç
Çevresel konfor	Gürültülü, parlak ı�ıklar; soğuk oda	Gizlilik eksikliği	Sakin, tanıdık çevresel unsurlara duyulan ihtiyaç
Sosyokültürel konfor	Geleneklerin yokluğu ve kültürel açıdan hassas bakım	Aile mevcut değil; dil engelleri	Aileden veya önemli bir kişiden destek ihtiya�ı; bilgi ihtiya�ı, danışma

Ebe ve hemşireler hastaların çevresel konforunu artıran basit önlemleri sağlayabilir. Hastaların bulunduğu ortamda psikososyal destek sağlamayan rahatlatıcı etkisi bulunmayan gereksiz diyaloglar konfor üzerinde olumsuz etki oluşturabilecek prediktör olabilir. Hasta izlem araçlarının oluşturduğu uyarı sesleri anksiyete de artış ve konforda azalma ile sonuçlanabilir. Hemşireler ve ebeler konfor ihtiyaçlarını de erlendirdikten sonra rahatsızlığın kaynaklarını ele alır. Konforu olumsuz etkileyen faktörleri en aza indirerek veya ortadan kaldırarak konfora katkı sağlayacak birtakım müdahaleleri uygulayabilirler. Hastalarla kusursuz bir etkileşim içinde e  zamanlı olarak çeşitli müdahaleler gerçekleştirilebilir ve hastanın genel konfor algısını etkileyebilir (19,20,111,112).

Kolcaba'nın Konfor Teorisi özetle altı a amadan oluşan dinamik bir süreç içermektedir. Bunlar:

1. Hemşireler tarafından belirlenen sağlık bakımı ihtiyaçları
2. Bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik hemşirelik müdahaleleri
3. Belirli bir durumun doğasında olan ve de i tirilemeyen müdahale değişkenleri

4. Geliştirildiğinde hastaları güçlendiren deneyimli konfor
5. Artan konforun bir sonucu olarak hastaların sağlık arama davranışı
6. Hastalar bakım ve tedaviden memnun kaldıklarında korunan kurumsal bütünlük.

İzlenen bu süreç sonucunda konfor artışının ortaya çıkacağı ve sağlığı güçlendirmeye yönelik davranışların güçleneceği beklenmektedir (109,112).

2.3.1. Doğum Sonu Konfor ve Ebelik Yaklaşımı

Doğum sonu dönem annelerde çeşitli psikososyal ve fiziksel değişikliklerin olduğu önemli bir dönemdir. Bu dönemde annede birtakım ruhsal, fizyolojik ve anatomik değişiklikler meydana gelir. Annelik rolü ve bebeğin bakımı gibi tüm aileyi etkileyen yeniliklerin olduğu bir süreç başlar. Yeni sorumlulukların eklendiği bu süreçte anne ve bebeğin bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi konforun sağlanmasında son derece önemlidir (113).

Konfor bakımı, hastaların toplam konforunu artırma hedefine ulaşmak için uygulanabilecek en az 3 tip konfor müdahalesini gerektirir. Bunlardan ilki, yaşamsal belirtilerin ve laboratuvar sonuçlarının izlenmesi ve homeostatik bozulmayı gösteren hasta değerlendirme bulgularındaki değişikliklere yanıt verilmesi gibi homeostazı korumak için tasarlanmış standart konfor müdahaleleridir. Standart konfor müdahaleleri aynı zamanda ağrıya dikkat etmeyi, hipotermiyi, uygun ilaçların uygulanmasını ve pozisyon değiştirmeyi de içerir. Bu konfor müdahaleleri, hastanın fiziksel fonksiyon ve konforunu korumasına veya yeniden kazanmasına ve komplikasyonları önlemesine yardımcı olmak için tasarlanmıştır (20,112).

İkinci tür konfor müdahalelerine genel olarak “koçluk” denir. Koçluk kaygıyı hafifletmeye, güvence ve bilgi sağlamaya ve umut aşılama yardımcı olur. Dinlemeyi ve kültürel açıdan duyarlı bir şekilde iyileşme için iyimser bir plan sunmayı içerir. Bu müdahalelerin etkinliği, hastanın yeni veya daha olumlu düşünceleri kabul etmeye hazır olduğu bir zamanda uygulanmasına bağlıdır (19,20,112).

Rahatlatıcı müdahalelerin son grubu “ruhun rahatlatıcı gıdası” olarak tanımlanmaktadır. Hastalar bu tür bir müdahaleyi beklemiyorlar ancak teklif edildiğinde genellikle çok memnun olurlar. Ruha rahatlık veren gıda sağlayan müdahalelere örnek

olarak masaj, ortamı sıcaklığı artıracak şekilde uyarlama, müzik terapisi, terapötik dokunma ve el tutma sayılabilir. Bu konfor müdahaleleri hastaların soyut, kişiselleştirilmiş yollarla güçlenmiş hissetmelerini sağlar. Ruh için rahatlatıcı destek, hemşire/ebe ile hasta veya aile arasındaki unutulmaz bağlantılar aracılığıyla aşkınlık ihtiyacını hedef alır. Bu bağlantılar, hastaların iyileşme, rehabilitasyon ve normal bir yaşam tarzı olarak gördükleri hayata kolayca dönmelerine yardımcı olur (19,20,108,112).

Bu dönemde verilen ebelik/hemşirelik hizmetleriyle katkı sağlanması hedeflenen temel ölçekler;

- ❖ Annenin postpartum dönemdeki gereksinimlerine yönelik verilerin toplanması
- ❖ Konforu artırması hedeflenen girişimlerin planlanması ve uygulanması
- ❖ Bireyin bakım kalitesinin, memnuniyet ve postpartum dönem yaşam kalitesinin artırılması
- ❖ Yüksek konfor düzeyinin hedeflenmesidir.

Bunun için de ebe/hemşirelerin annelerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine yönelik bakım vermesi son derece önemlidir (20).

Tablo 2.4. Postpartum Dönemde Hemşirelerin/Ebelerin Annenin Konforunu Arttırabilmesine Yönelik Girişimler (114).

Yatış süreci
Anne ve bebeği psikolojik, fiziksel ve aile bireyleri ile arasındaki iletişimde izleme
Postoperatif dönemde annede oluşabilecek fizyolojik değişiklikler ve sorunları izleme, müdahaleler de bulunma
Bebekte oluşabilecek durumları anne yanında izleme ve müdahale gerektiren durumların erken tespiti
Annenin bebek ile olan uyumunu inceleme ve yardımcı olma
Anneyi emzirme konusunda teşvik etme ve emzirmesini kolaylaştırma
Anne destek sistemlerini kullanma
Taburculuk öncesi
Doğru bilginin paylaşılması
Doğru emzirme yöntemleri hakkında annenin eğitimi
Taburculuk için hazırlık yapma
Emzirme harici diğer konular hakkında da eğitim ve danışmanlık yapma ile yönlendirmeler
Ev ziyaretleri planlama ve ziyaretler ile lohusa ve bebeği değerlendirme
Sağlık personeli ile iş birliği yapma

2.4. Terapötik Dokunuş (TD)

Terapötik dokunuş, prana veya chi olarak da adlandırılan fiziksel olmayan 'yaşam enerjisini' tespit etme ve dengelemek amacıyla ellerin vücut üzerinde veya yakınında kullanılarak çevre ve vücut arasında dengeli bir yaşam enerji akışı sağlayan alternatif bir hemşirelik müdahalesidir. İlk kez 1970'lerde sıradan bir şifacı olan Dora Kunz ve o zamanlar New York Üniversitesi'nde hemşirelik profesörü olan Dolores Krieger tarafından geliştirilmiştir (21,23,115).

TT'nin altında yatan özel teoriler arasında Dora Kunz'un insan enerji alanları modeli, elektromanyetizma ve kuantum fiziği, kişilerarası psikoloji, Martha Roger'ın insan birliği teorisi (kuantum ve bütün sistem teorisine ve Doğu bilimi ve felsefesine dayanan) yer alır. Rogers, “Hemşirelik: İnsan Birliği Bilgisi” konusunda insanı, çevrenin enerji alanıyla etkileşime giren sürekli, çok boyutlu enerji alanları olarak ele almaktadır (20,22,107). Rogers'ın bakış açısına göre TD, hastaların optimal sağlık durumuna ulaşabilmesi için profesyonellerin insanların ve onların çevresel alanlarının bütünlüğünü ve mükemmelliğini güçlendirmek için nasıl çalıştıklarının bir örneğidir (116). Dokunma terapistleri insanların enerji alanlarında olduğuna ve açık sistemlere sahip olduğuna inanırlar. Terapistin enerjisi alıcılarda durdurulmadığı için, enerji herhangi bir fiziksel temas olmadan veya çok hafif bir temasla değiş tokuş edilebilir. Çevre ve vücut arasında dengeli bir yaşam enerjisi akışının, sağlığın temelinde yattığı varsayılır. Enerji alanındaki dengesizlikler ve blokajlar hastalığa ve kötü sağlığa yol açar (21,23,117–119).

Terapötik Dokunuş olarak adlandırılmasına rağmen, uygulayıcı asla hastanın fiziksel bedenine dokunmaz. Fiziksel bedeni çevreleyen hastanın enerji alanının bir modülasyonudur (117,118). Terapötik bir Dokunma uygulayıcısının birincil odak noktası, vücuda fiziksel olarak dokunmak yerine hastanın enerji alanını dengelemektir (117,119,120). Bir yaşam enerjisini idame ettiren evrensel bir yaşam enerjisi olduğu varsayımına dayanır. Süptil hayati enerji fikri Batı tıbbında daha yeni kabul görmeye başlasa da, binlerce yıldır Doğu tedavi sistemlerinde yer almaktadır (121). Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'ne (NCCAM) göre, Terapötik Dokunuş Enerji Tıbbı alanına giriyor. Bu alan altında ayrıca biyolojik alan terapisi olarak sınıflandırılır (122). Biyolojik alanlar henüz bilimsel olarak kanıtlanmamış olsa da, varlıklarının kanıtı Kirlian fotoğrafçılığı, aura görüntüleme ve gaz deşarjı görselleştirmesi kullanılarak oluşturulmaktadır (23,117). Biyolojik Alanlar, Terapötik Dokunuşun bir sonucu olarak

bilimsel olarak ölçülemez çünkü varlıkları bilimsel olarak kanıtlanmamıştır; Bu nedenle, Terapötik Dokunuşun kullanımını haklı çıkarmak için, tedavinin fizyolojik etkileri üzerine araştırma yapılmalıdır (117,123).

Ellerin döşenmesiyle yapılan terapötik dokunuş saçma bir şekilde basit görünmektedir ancak son derece karmaşıktır. Eylem, o kişiye yardım etmek veya iyileştirmek isteyen biri tarafından hasta bir kişinin vücuduna veya yakınına ellerin yaklaşık 10 ila 15 dakika boyunca basit bir şekilde yerleştirilmesinden oluşur. En eski okuryazar kültürlerin hiyerogliflerinde, çivi yazısı yazılarında ve piktogramlarında kaydedilen eski bir uygulamadır ve bugüne kadar devam etmektedir (117,119,121).

Terapötik Dokunuş mutlaka fiziksel dokunuş içermez. Bazı uygulayıcılar fiziksel teması TD'ye dahil ederken, uygulama “terapötik amaçlar için, fiziksel bedeni harekete geçiren seçilmiş fiziksel olmayan insan enerjilerini yönlendirmek veya modüle etmek için ellerin bilinçli kullanımına” dayanmaktadır (115,120,124). Terapötik dokunuş, çeşitli şekillerde prana, chi veya qi olarak adlandırılan hayati evrensel yaşam enerjisi kavramlarına dayanan birçok alternatif şifa uygulamasından biridir. TD'nin altında yatan, insanların çevreleriyle sürekli etkileşime giren açık enerji alanları olduğu varsayımdır. Simetrik olarak dengelenmiş enerji alanlarının, fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığın optimizasyonuna izin vermek için gerekli ortamı yarattığı söylenir. Enerji dengesizlikleri hastalığın ve “rahatsızlığın” temelini oluşturur." TD, enerji alanlarının tespit edildiği ve dengesizliklerin düzeltildiği bir müdahaledir (21,119,125).

Terapötik Dokunuşun ana fikrinde şifa vermenin anlamı; hastaya açık, dengelenmiş bir enerji akışını tekrar oluşturması için yardım etmektir. Bunu yapmak için;

- Kişinin enerjilerinin niteliği muayene edilir, tıkanıklık, düzensiz ve açık bölgeler araştırılır,
- Tıkanıklık giderilir,
- Enerjisi tükenmiş bölgelere yaşam enerjisi nakledilir,
- Enerji akışı dengelenir (118,121).

2.4.1.Müdahale Süreci

Merkezlenme

TD için gerekli ilk şart, sakin ve dikkatin içe odaklandığı bir zihin halidir. Uygulayıcı kendisini 'merkezleme' ile TD'yi uygulamaya hazırlar ve müdahale boyunca merkezde kalır. Merkezlemede, farkındalığını doğrudan fiziksel çevresine odaklamaktan kendi içindeki yaşamın merkezi olarak algıladığı şeye, yani kendisini ve hastayı bir bütün olarak algıladığı bir sakinlik, sessizlik ve denge merkezine içsel bir odaklanmaya kaydırır. Uygulayıcı eğer üzgün, endişeli veya negatif bir haldeyse hastaya zıt yönde tesir eder. Bu durumda uygulayıcının enerji alanındaki karışıklık, hastanın alanındaki rahatsızlıkları artırma eğiliminde olur. Eğer uygulayıcı böyle hissediyorsa bilincini kalp bölgesine odaklayarak anda kalmalı huzur ve bütünlük duygusu içinde hissetmeli ve hastaya yardım etmek için şefkat üzerine kurulu zihinsel bir niyette bulunmalıdır (117–119,121).

Değerlendirme (Durum Tespiti)

Hastanın fiziksel bedeninin dışına yayılan ve içinden akan yaşam enerjisi, eller ten yüzeyinden 8-12 cm uzaklıkta tutulduğunda kolayca hissedilir. Bu aşamada uygulayıcı, avuç içleri hastaya doğru bakacak şekilde giyinik vücudu üzerinde baştan ayağa yumuşak bir hareketle hareket ettirir ve enerji alanında herhangi bir belirti ve ipucu arar. Sağlıklı bir enerji alanı, baştan ayağa yumuşak, simetrik, açık bir akış olarak algılanır. Hastalık durumunda, akış tıkanmış, asimetrik ve engellenmiş olarak algılanır. Muayene mümkün olan en kısa sürede tamamlanmalı, 15-20 dakikadan fazla sürmemelidir. Eğer çok yavaş hareket edilirse spontanlık kaybedilebilir ve tutuk hale gelinebilir. Çok hızlı hareket edilirse belirtiler yakalanmadan üzerinden geçilebilir. Muayene esnasında eller hafif, akıcı ve aşağıya doğru hareket halinde olması önemlidir (118,119,121).

Tedavi Fazı

Uygulayıcı odak noktası olarak ellerini kullanarak dengesizlik ve engellenmiş akış alanlarının yeniden modellenmesine odaklanır. Amacı, dengesizlik alanlarını elleriyle süpürerek dağıtmak ve nazik, simetrik, açık bir akışı kolaylaştırmaktır. Bu aşamada önemli olan ellerin hareketi değil; niyettir. Alanın sunduğu şeylere her zaman sevgiyle karşılık verebilmektir. Aynı zamanda bu aşamada hayal kurma, pozitif düşünme, görselleştirme gibi zihinde canlandırma teknikleri ile desteklenebilir (117,118,121).

Yeniden Değerlendirmek ve Uygulamayı Bitirmek

Yaşamsal enerji alanları ilk taramada olduğu gibi yeniden taranır. Eğer enerji alanlarında bir dengesizlik belirlenirse önceki aşamalara tekrar dönülür. Dengesizlik yok ise tedavi sonlandırılır ve tedavi hakkında geri bildirimler alınır (117,118).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Hatay Dörtüyl Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisinde yürütülmüştür.

İlgili hastanede 2023 yılında sezaryen doğum sayısı yılda 500'dür Belirtilen servisin yatak kapasitesi 49 olup bu serviste normal doğum ve sezaryen doğumların olduğu kısımda 25 yatak, medikal ve cerrahi işlemlerin yapıldığı kısımda 24 yatak bulunmaktadır. Bu serviste 5 hekim, 27 ebe ve 4 sağlık personeli hizmet vermektedir. Ebeler hafta içi 08:00-16:00 (8 saat) ve 16:00-08:00 (16 saat) veya 08:00- 08:00 (24 saat) şeklinde; hafta sonu 08:00-08:00 (24 saat) şeklinde çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı T. C. Sağlık Bakanlığı Hatay Dörtüyl Devlet Hastanesinde Eylül 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Evreni, adı geçen hastanenin kadın doğum servisinde spinal anestezi ile sezaryen olan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem sayısının hesaplamasında kullanılacak etki büyüklüğü için bir çalışmadan elde edilen veriler kullanılmıştır (125). Bu çalışmada yürütülen analizler için örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliğini test etmek amacıyla yürütülen güç analizi sonucunda %95 güven aralığı ve %5 yanılma payı için hesaplanan güç 1.00'dır. Bu sonuç örneklem büyüklüğünün toplam 90 olarak yeterli olduğunu göstermiştir ($n_1:45$, $n_2:45$). Araştırmayı terapötik dokunuş müdahale grubu ve girişimsiz kontrol grubu oluşturmuştur. Müdahale ve kontrol grubu yaş ve doğum sayısı açısından eşleştirilmiştir ($n=90$).

Araştırmaya alınma kriterleri

- 18- 45 yaş arasında okuma yazması olan: Türkiye’de kadınların doğurganlık oranları 18-45 yaşları arasında artış gösterdiği (126) için bu yaş sınırları arasındaki kadınlar alınmıştır.
- Spinal anestezi ile planlı ya da plansız sezaryen ameliyatı geçirmiş olan,
- Doğum sonu süreçte kendisi ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olan kadınlar
- Miadında ve sağlıklı yenidoğana sahip olan,
- Türkçe konuşabilen ve iletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden

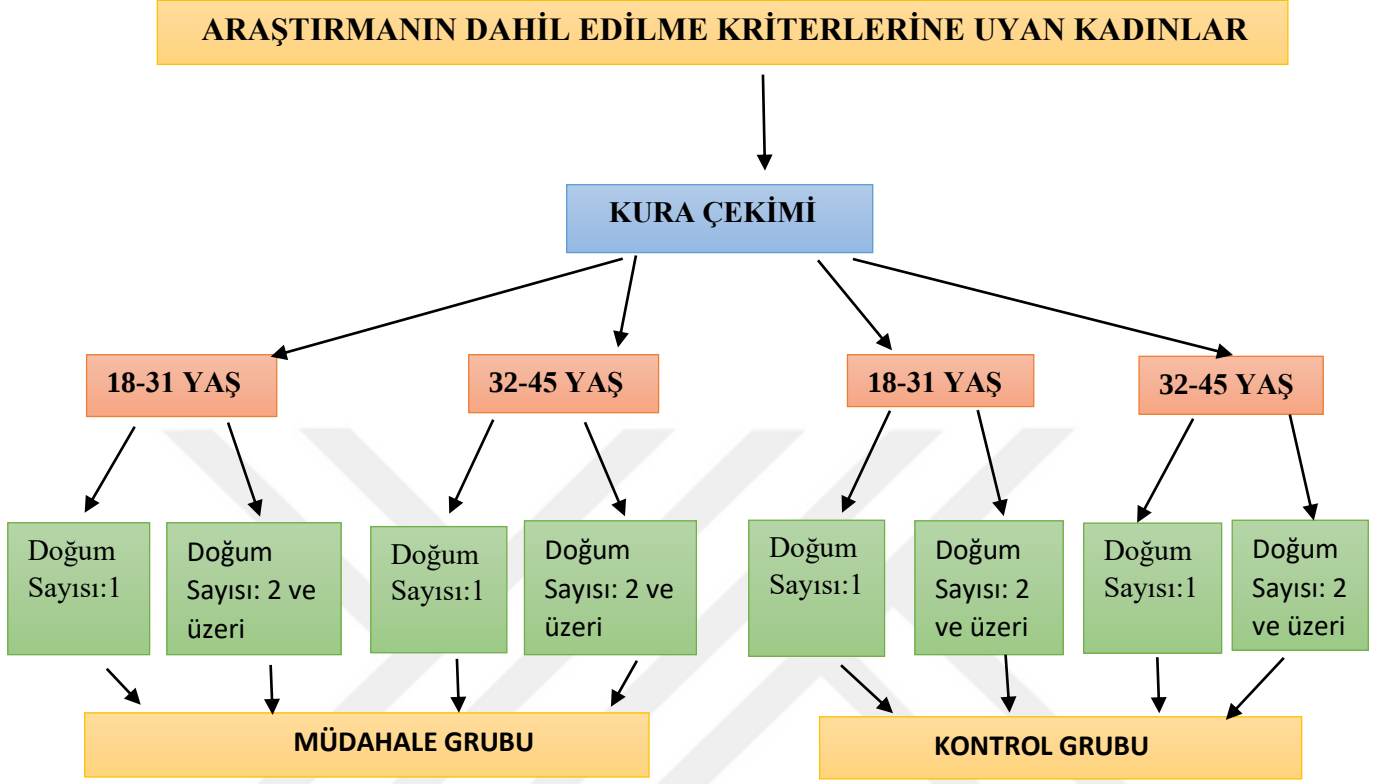
Dışlanma kriterleri

- Genel anestezi ile sezaryen doğum yapan
- Yüksek riskli gebelik sonrası sezaryen doğum deneyimleyen (oligohidroamnios, preeklampsi, kalp hastalığı, diabet, plasenta previa gibi)
- Post-partum dönemde anne ve bebek ile ilgili herhangi bir komplikasyon gelişenler (kanama, hipertansiyon, yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan bebekler vb.)
- Ameliyat sonrası rutin analjezik (post-op ilk 30 dk içerisinde 75 mg diklofenak sodyum) dışında farklı analjezik alanlar

3.4. Deneysel Randomizasyon Şeması

Bu çalışmada, katılımcılar yaş grubu (18-31, 32-45 yaş) ve doğum sayısına göre (1, 2 ve üzeri) eşleştirilmiştir. Eşleştirmenin amacı, yaşın ve doğum sayısının terapötik dokunuş uygulamasına ilişkin sonuçların etkisini kontrol altına almak dolayısıyla çalışmanın güvenilirliğini arttırmaktır. Çalışmaya başlandığında, müdahale grubuna dâhil edilen her bir katılımcıya karşılık kontrol grubuna da yaşı ve doğum sayısı aynı olan bir katılımcı alınmıştır. Dolayısıyla, yaşa ve doğum sayısına göre gruplar rastgele gruplama yöntemi ile basit randomizasyon tekniği kullanılarak seçilmiştir. Örneğin, araştırmaya dâhil edilen 18- 31 yaş grubunda olan doğum sayısı bir olan katılımcı için, bir torba içinde hazırlanan müdahale grubu, kontrol grubu yazılı etiketlerden biri kura ile seçilerek etikette yazılı bulunan gruba dâhil edilmiştir. Diğer katılımcı ise zorunlu olarak son kalan

gruba dâhil edilmiştir. Aynı işlemler tüm gruplar için yapılmış ve gruplar arası bir denge oluşturulmuştur.



Şekil 3.1. Araştırmanın Deneysel Tasarımı

3.5. Yanlılığın Azaltılması

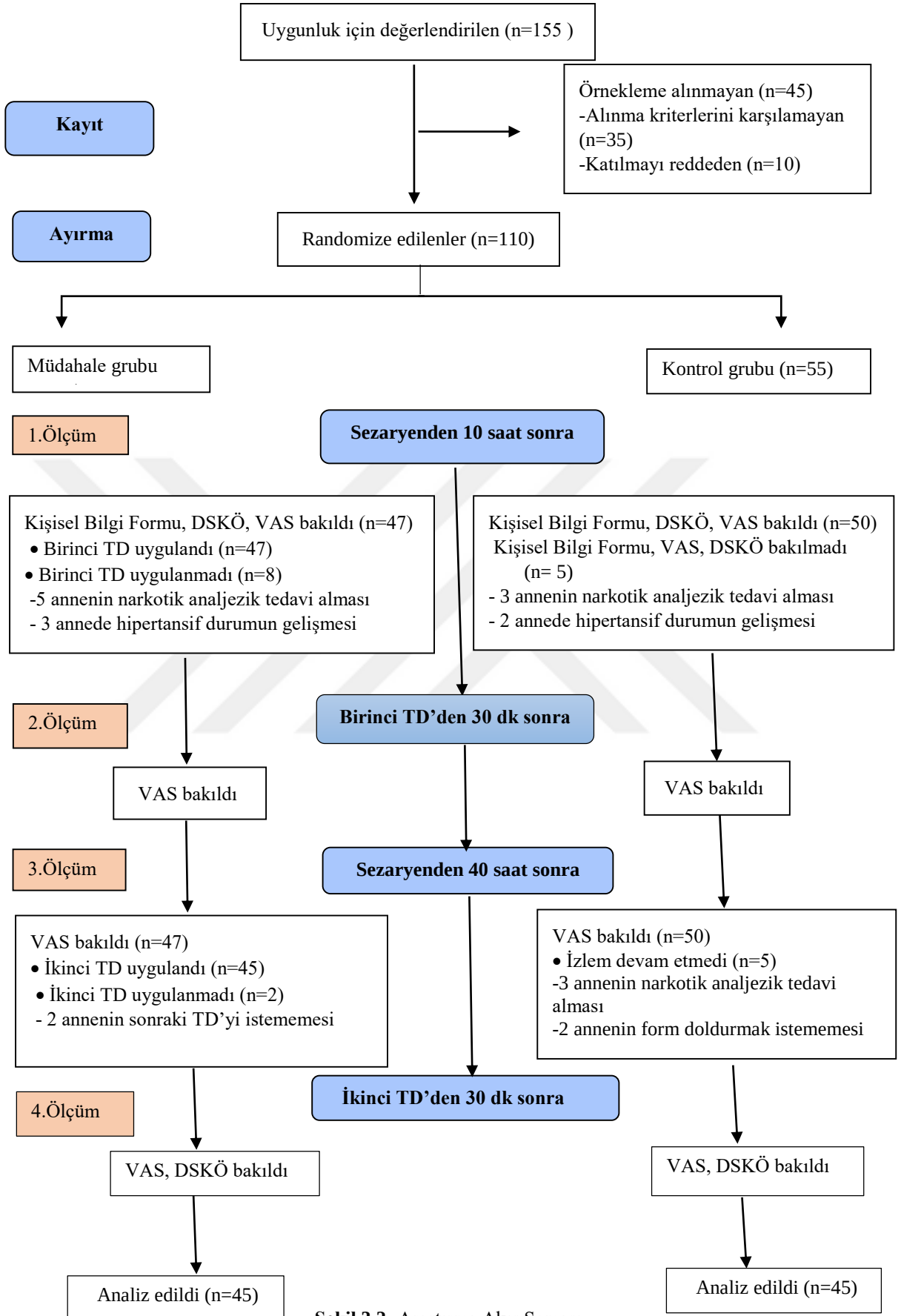
Müdahale öncesi ve müdahale sonrası tüm ölçeklerin doldurulması için araştırmacılar dışında bir kişiden yardım alınarak yanlılık azaltılmaya çalışılmıştır. Müdahaleler tek kişilik odalarda yapılarak katılımcıların birbirinden etkilenmesinin önüne geçilmiştir. Ayrıca veri toplama aşaması sonlandıktan sonra verilerin SPSS analizi araştırmacıların dışında bir kişi tarafından yapılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Hatay Dörtüyl Devlet Hastanesinde yer alan Kadın Doğum Servisinde, sezaryen ile doğum yapan kadınlardan ilk 48 saat içerisinde toplanmıştır. Veri toplama araçları Eylül 2023- Kasım 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle tek kişilik hasta odalarında uygulanmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlara, araştırmada izlenecek yöntem hakkında bilgi verilerek,

araştırmaya katılmak isteyenlere gönüllü bilgilendirme formu imzalatılmıştır. Ameliyat sonrası ilk 8. saatte ameliyattaki kanama ve anestezinin etkisine bağlı gelişen hipotansiyon ve buna bağlı halsizlik, dura ponksiyonuna bağlı baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı kusma, bel ağrısı şikayetlerinin sıklıkla görülmesi, mobilizasyonun geç olması (postoperatif 8. saat), ekstremitelerde hissizlik olması, kadınların bilişsel olarak anestezinin etkisinde kalması ve ölçüm araçlarının ve uygulamaların etkin bir şekilde uygulanması için araştırmaya postoperatif 10. saatten itibaren başlanmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara sezaryenden 10 saat sonra Kişisel Bilgi Formu, VAS, DSKÖ uygulanarak 1. ölçüm yapılmıştır İlk ölçüm sonrası bu kadınlara birinci TD uygulanmıştır. Birinci TD'den 30 dk sonra VAS aracılığı ile ağrı şiddeti tekrar değerlendirilerek 2. ölçüm yapılmıştır. Sezaryenden 40 saat sonra 3. ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi tekrar değerlendirilmiştir ve ardından müdahale grubuna ikinci defa TD uygulanmıştır. İkinci TD uygulandıktan 30 dk sonra 4. ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi ve DSKÖ ile konfor düzeyi değerlendirilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan kadınlara terapötik dokunuş uygulanmadı ancak sezaryenden 10 saat sonra Kişisel Bilgi Formu, VAS, DSKÖ uygulanarak 1. ölçüm yapıldı. Ardından müdahale grubuna uygulanan TD uygulanma çizelgesiyle eş zamanlı olarak birinci TD den 30 dk sonra VAS aracılığı ile ağrı şiddeti değerlendirilerek 2. ölçüm yapıldı. Sezaryenden 40 saat sonra 3. ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi alındı. TD uygulanma çizelgesine göre ikinci TD uygulandıktan 30 dk sonra 4. Ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi, DSKÖ ile konfor düzeyi değerlendirildi.



Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması

3.7. Veri Toplanma Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Vizüel Analog Skala (EK-2), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (EK-3) ile toplandı.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formunda kadınların bazı tanıtıcı özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, yaşayan çocuk sayısı, ameliyat olma durumu vb.) belirleyen sorular yer almaktadır (5,40).

3.7.2. Vizüel Analog Skala

VAS belirlenemeyen ağrı duygusunu sayısal olarak anlamlı hale getirmek için kullanılır. VAS 0-10 cm aralığında oluşturulan bir skaladır. Skalaya göre 0 cm: ağrı hiç şiddetli değil, 10 cm: dayanılmaz ağrıyı ifade eder. Ölçekte 0-44 mm arası hafif düzeyde ağrıyı, 45-74 mm arası orta düzeyde ağrıyı ve 75-100 mm arası ise şiddetli düzeyde ağrıyı göstermektedir (57).

3.7.3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

Doğum Sonu Konfor Ölçeği, Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından konfor düzeyini ölçmek amacıyla 5’li likert şeklinde geliştirilen bir ölçektir. Ölçek maddelerinin tamamı için “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen puanlama ve ifadelendirme yapılmıştır. “Tamamen katılıyorum” ifadesi olumlu cümlelerde en yüksek konforu (5 puan) ifade ederken, olumsuz cümlelerde ise en düşük konforu (1 puan) ifade etmektedir. Bu durumda ölçekten alınacak en yüksek puan 170, en düşük puan 34’ tür. Ölçekten elde edilen puan ortalamasının artması konfor düzeyinin de arttığını gösterir. Ölçeğin fiziksel, psikososyal ve sosyokültürel olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı toplam DSKÖ için .78 olarak bulunmuştur (127). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı .76 olarak bulundu.

3.8. Ebelik Girişimi

Hastane protokolüne göre spinal anestezi altında yapılan sezaryenden 6 saat sonra oral sıvı alımına (Rejim I) başlanmaktadır. Hasta rektal yoldan gazını çıkardıktan sonra

normal diyetle (Rejim III) geçilmekte, sezaryenden 8 saat sonra mobilize edilmekte ve sezaryen ile doğumdan 48 saat sonra anneler hastaneden taburcu edilmektedir. Sezaryene alınacak kadınlara ebeler tarafından sezaryen operasyonu öncesi rutin pre-operatif bakımları yapıp operasyon sonrası yatağa alındıktan sonra post-operatif bakımları yapılmaktadır. Postoperatif bakım içinde kanama kontrolü, IV mayi tedavisi (2000ml sıvı 24 saatte intravenöz yolla gidecek şekilde), aldığı-çıkarttığı takibi, yaşam bulgularının alınması, mobilizasyon takibi ile kadının istirahatının sağlanması yer almaktadır. Rutin tedavi protokolü, ameliyattan çıkan lohusaya ilk 30 dakika içinde non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) (her bir ampul 3 ml- 75 mg diklofenak sodyum) uygulanır. 2x1 şeklinde tedaviye devam edilir. Lüzum hali narkotik analjezik (Meperidin 2 ml-100mg) uygulanır. Serviste rutin bakım yürütülmekle birlikte, sezaryen sonrası ağrıyı azaltacak nonfarmakolojik yöntemler uygulanmamaktadır.

3.8.1. Müdahale grubu

Sorumlu araştırmacı, TD uygulamasını yapabilmek için, Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği'nin düzenlediği 1. seviye olan "Terapötik Dokunuşun Temelleri" ve 2. seviye "Terapötik Dokunuşun Ben Ötesi Doğası" kurslarına katılarak sertifika almıştır (EK-9; EK-10).

Müdahale grubuna rutin bakıma ek olarak yapılan terapötik dokunma uygulama basamakları;

1. Uygulamaya başlamadan önce kadına terapötik dokunuşun ağrıyı hafifletebilecek, kaygıyı azaltabilecek ve iyi olma duygusunu geliştirebilecek bir rahatlama müdahalesi olarak bilgi verildi ve onamı alındı.
2. Uygulayıcı bedenini, zihnini ve duygularını sessiz, odaklanmış bir bilinç durumuna getirerek merkezlendi ve uygulama boyunca sürdürüldü.
3. Bireye terapötik olarak yardımcı olmak için bilinçli niyetle bulunuldu.

4. Ellerin enerji alanı yüzeylerindeki duyuşal ipuçlarının yanı sıra alandaki diğerk sezgisel ve duyuşal ipularındaki farklılıkların farkına vararak enerji alanının durumu değerkendirildi. Eller genellikle sırt üstü yatan kadının vücutundan yaklaşık 8-12 in uzakta tutuldu ve baştan ayağı doğıru hareket ettirildi.
5. Enerji alanlarındaki dengesizliğı temizlemek için sakin ve ritmik el hareketlerini kullanarak süpürme işlemin yapıldı.
6. Uygulamaya hastanın enerji alanında yeniden denge sağılanana kadar devam edildi.
7. Gerektiğinde önceki aşamalar tekrarlandı.
8. Kadına dinlenme ve uygulamayı değerkendirme fırsatı verildi.
9. Sonuçlar kaydedildi.

3.8.2. Kontrol grubu

Bu grupta yer alan kadınlar, sezaryen sonrası klinikte uygulanan rutin bakım uygulamalarını almışlardır. Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir uygulama yapılmamış sadece müdahale grubu uygulamasına denk gelen saatlerde ölçüm araçları olan VAS ve DSKÖ uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değışkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değışkenleri:

- Sezaryen sonrası uygulanan terapötik dokunuş

Araştırmanın Bağımlı Değışkenleri:

- Kadınların sezaryen sonrası ağrı ve konfor düzeyi

Araştırmanın Kontrol Değışkenleri:

- Yaş ve gebelik sayısı araştırmanın kontrol değışkenleridir. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar kontrol değışkenleri açısından karşılaştırıldı. İki grup arasında yaş ve gebelik sayısı yönünden istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

3.10. Verilerin Analizi

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların 4 ayrı zamandaki VAS ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda üç ayrı analiz yürütülmüştür. İlk olarak gruplar arası farklılıkları incelemek için 4 ayrı bağımsız gruplar için t testi yürütülmüştür. İkinci adımda grup içi farklılıkları incelemek için tekrar ölçümlü ANOVA yürütülmüştür. Son olarak ise grup-zaman etkileşimini incelemek için karma ANOVA yürütülmüştür.

Katılımcıların Doğum Sonrası Konfor Ölçeği'ne ve alt boyutlarına ilişkin ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda üç ayrı analiz yürütülmüştür. İlk olarak gruplar arası farklılıkları incelemek için 8 ayrı bağımsız gruplar için t testi yürütülmüştür. İkinci adımda grup içi farklılıkları incelemek için 8 ayrı eşleştirilmiş gruplar için t testi yürütülmüştür. Son olarak ise grup-zaman etkileşimini incelemek için 4 ayrı karma ANOVA yürütülmüştür.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-5). Çalışmanın veri toplama aşaması, Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı T. C. Sağlık Bakanlığı Hatay Dörtyol Devlet Hastanesi'nden izin (EK-6) ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-7). Bu çalışma araştırmaya katılan kadınlara ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ek bir maliyet getirmemiştir. Araştırmanın Clinical Trials numarası "ClinicalTrials.gov.ID: NCT06062160" dır (EK-8).

3.12. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın Hatay Dörtyol Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisinde yatan ve belirli bir sayıda kadını kapsamı sınırlılık yaratmıştır.

4. BULGULAR

Terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisini değerlendiren bulgular bu bölümde verilmiştir.

Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

İkinci bölümde katılımcıların VAS ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde katılımcıların DSKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 4.1’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir. Araştırmanın örneklemini yaşları 18 ile 44 ($X = 30,39 \pm 6,14$) arasında değişen 90 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların 46’sı (%51,1) 18-31 yaş aralığında, 44’ü (%48,9) 32-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların 14’ü (%15,6) çalışmakta, 76’sı (%84,4) çalışmamaktadır. 72’si (%80) çekirdek aile, 18’i (%20) geleneksel aile içerisinde yaşamaktadır. 13’ünün (%14,4) ilk gebeliğidir, 77’sinin (%85,6) ise en az ikinci gebeliğidir. Katılımcılar içerisinde en yüksek oranı (%41,1, $n = 37$) tek çocuklu olanlar oluşturmaktadır. Son olarak katılımcıların 9’u (%10) daha önce bir ameliyat geçirmiştir. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için ki-kare analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($p > .05$).

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı (N:90).

Değişkenler		Müdahale n (%)	Kontrol n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Yaş Grubu	18-31	23(51,1)	23(51,1)	46(51,1)	0,000	1,000
	32-45	22(48,9)	22(48,9)	44(48,9)		
Çalışma Durumu	Çalışan	7(15,6)	7(15,6)	14(15,6)	0,000	1,000
	Çalışmayan	38(84,4)	38(84,4)	76(84,4)		
Aile Tipi	Çekirdek aile	33(73,3)	39(86,7)	72(80)	2,5	0,114
	Geleneksel aile	12(26,7)	6(13,3)	18(20)		
Gebelik Sayısı	1 Gebelik	6(13,3)	7(15,6)	13(14,4)	0,09	0,764
	2 ve üzeri	39(86,7)	38(84,4)	77(85,6)		
Çocuk Sayısı	0	7(15,6)	8(17,8)	15(16,7)	0,427	0,935
	1	20(44,4)	17(37,8)	37(41,1)		
	2	12(26,7)	13(28,9)	25(27,8)		
	3	6(13,3)	7(15,6)	13(14,4)		
Ameliyat	Evet	4(8,9)	5(11,1)	9(10)	0,124	0,725
	Hayır	41(91,1)	40(88,9)	81(90)		

χ^2 =Ki kare test istatistiği, p*= Kesin test p değeri, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

4.2. Katılımcıların VAS Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2’de katılımcıların VAS ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir.

Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunda VAS1 ön test ve VAS 1 son test puan ortalamaları ve VAS 2 ön test ve VAS 2 son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<.001). Grup içi farklılıklar incelendiğinde hem müdahale grubunda hem de kontrol grubunda VAS puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<.001), (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların VAS Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı (N:90)

Değişkenler		Müdahale Grubu					Kontrol Grubu					Gruplar Arası Karşılaştırma		Grup*Zaman Etkileşimi		
		n	Min-Max	$\bar{X} \pm S$	<i>F</i>		<i>P</i>	η^2	Min-Max	$\bar{X} \pm S$		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	t	p
VAS 1 ön test	45	4-10	7,64±1,94	164,458	<0.001	,789	4-10	6,87±1,53	70,828	<0.001	,617	2,108	,038	84,475	<0.001	,490
VAS 1 son test	45	0-6	3,56±1,83				4-10	6,71±1,53				-8,874	<0.001			
VAS 2 ön test	45	2-8	5,64±1,71				3-7	4,71±1,24				2,970	,004			
VAS 2 son test	45	0-5	2,2±1,36				3-7	4,73±1,23				-9,266	<0.001			

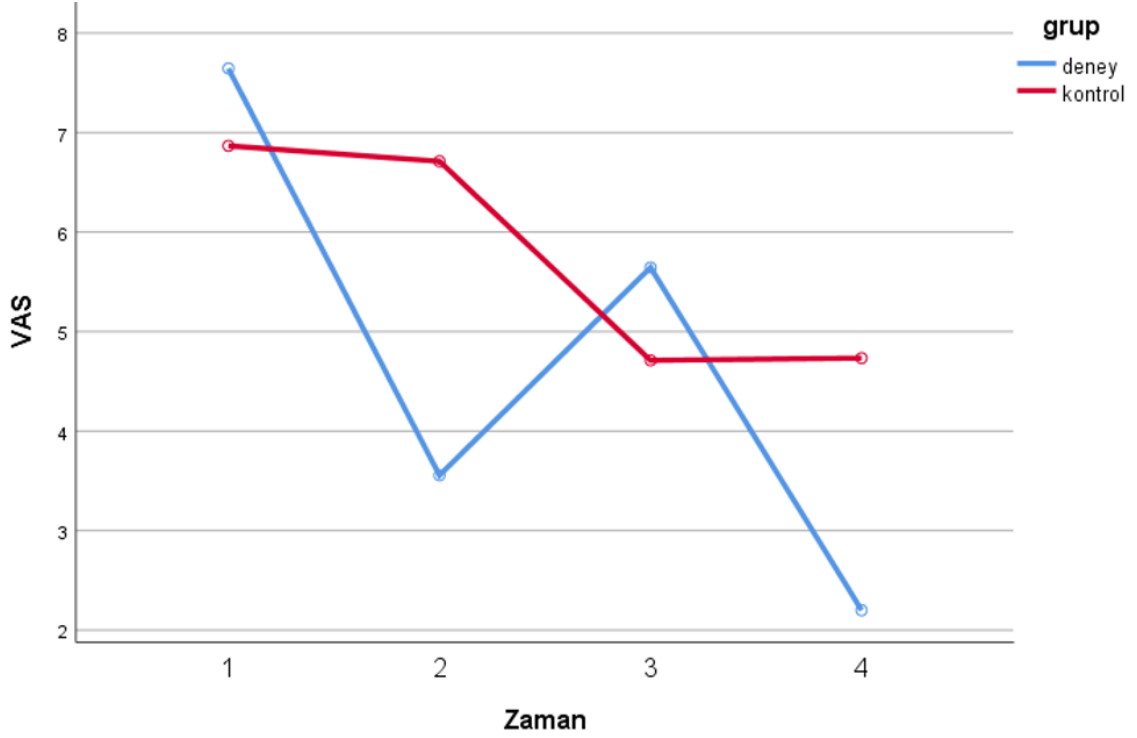
η^2 :Tekerar ölçümlü ANOVA , t:Bağımsız gruplarda t testi, η^{2*} :Karma ANOVA

Tablo 4.3’de Grup içi farklılıklar incelendiğinde hem müdahale grubunda hem de kontrol grubunda VAS ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<.001$). Farkın kaynağını incelemek için Tukey çoklu karşılaştırma analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar müdahale grubunda VAS 1 ön testten alınan puanların VAS 1 son test, VAS 2 ön test ve VAS 2 son testten alınan puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, VAS 1 son test puan ortalamalarının VAS 2 son testten anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ve VAS 2 ön test puan ortalamalarının ise VAS 1 son ve VAS 2 son test puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise VAS 1 ön testte alınan puan ortalamalarının VAS 2 ön test ve VAS 2 son test puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek olduğu, VAS 1 son test puan ortalamalarının VAS 2 ön test ve VAS 2 son testten anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.3. VAS Ortalamalarına Göre Çoklu Karşılaştırma Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Gruplar	F1	F2	F1-F2	P	%95 Güven Aralığı	
					Alt Değer	Üst Değer
Müdahale Grubu	VAS 1 ön test	VAS 1 son test	4,089*	<0.001	3,415	4,762
		VAS 2 ön test	2,000*	<0.001	1,287	2,713
		VAS 2 son test	5,444*	<0.001	4,702	6,187
	VAS 1 son test	VAS 2 ön test	-2,089*	<0.001	-2,916	-1,261
		VAS 2 son test	1,356*	<0.001	,550	2,161
	VAS 2 ön test	VAS 2 son test	3,444*	<0.001	2,872	4,017
Kontrol Grubu	VAS 1 ön test	VAS 1 son test	,156	,199	-,040	,351
		VAS 2 ön test	2,156*	<0.001	1,470	2,841
		VAS 2 son test	2,133*	<0.001	1,485	2,782
	VAS 1 son test	VAS 2 ön test	2,000*	<0.001	1,314	2,686
		VAS 2 son test	1,978*	<0.001	1,336	2,620
	VAS 2 ön test	VAS 2 son test	-,022	1,000	-,208	,164

VAS ölçümlerinde grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.001$), (Tablo 4.2). Müdahale ve kontrol grubunda zamana bağlı anlamlı fark olmakla birlikte müdahale grubundaki VAS puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha hızla düşmektedir (Şekil 1).



Şekil 4.1. Katılımcıların VAS Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.3. Katılımcıların DSKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4’de katılımcıların DSKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde müdahale grubunda Doğum Sonrası Konfor Ölçeği’ne ve alt boyutlarına ilişkin ölçümlerin tamamında son test sonuçları, ön test sonuçlarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$). Kontrol grubunda ise sosyokültürel konfor alt boyutunda grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>.05$). Ancak benzer şekilde Doğum Sonrası Konfor Ölçeği’ne, fiziksel konfor alt boyutuna ve psikospiritüel konfor alt boyutuna ilişkin ölçümlerin tamamında son test ölçüm sonuçları, ön test ölçüm sonuçlarından anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla; $p<.001$, $p<.001$, $p<.05$), (Tablo 4.4).

Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, sosyokültürel konfor ve psikospiritüel konfor alt boyutlarının son test ölçümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmediği görülmüştür. Ancak Doğum Sonrası Konfor Ölçeği ve fiziksel konfor alt boyutunun ön test ve son test ölçümlerinde, sosyokültürel konfor ve psikospiritüel konfor alt boyutlarının ön test ölçümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Doğum Sonrası Konfor Ölçeği'ne ve alt boyutlarına ilişkin ölçümlerin tamamında grup*zaman etkileşiminin anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.001$), (Tablo 4.4 ve Şekil 2-5).

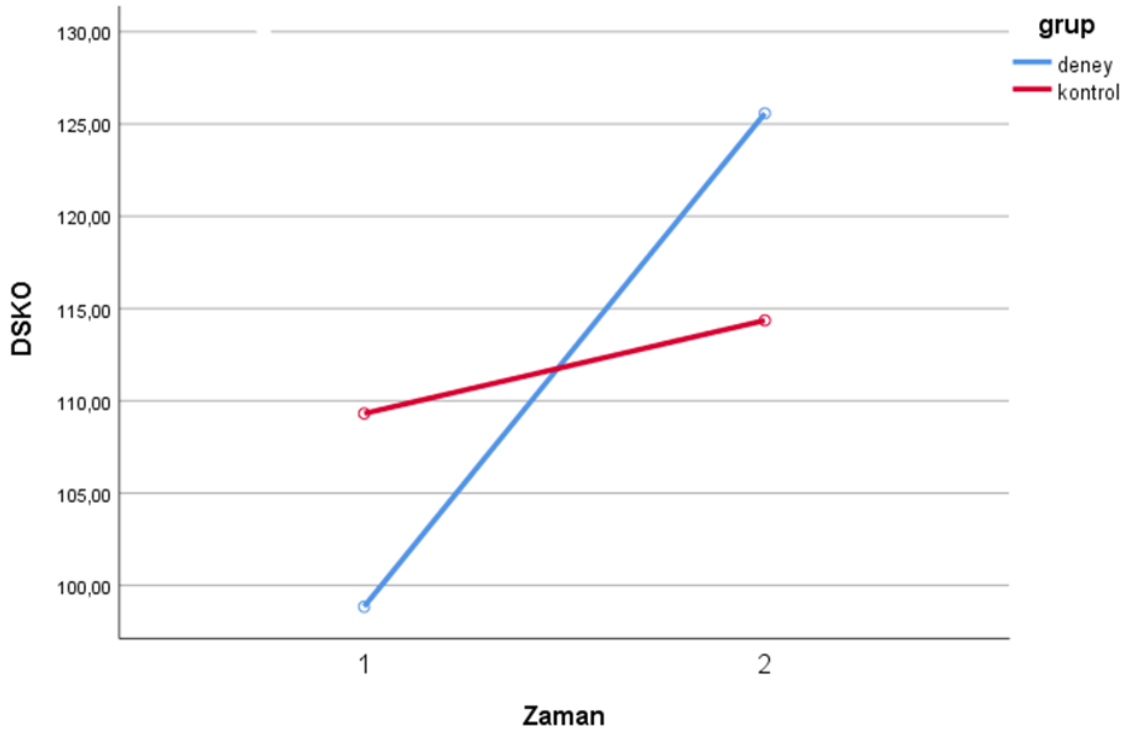


Tablo 4.4. Katılımcıların DSKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Değişkenler	N	Müdahale Grubu				Kontrol Grubu				Gruplar Arası Karşılaştırma		Grup*Zaman Etkileşimi		
		Min-Max	$\bar{X} \pm S$	T	P	Min-Max	$\bar{X} \pm S$	t	P	t*	P	F	p	η^2
DSKÖ Ön Test	45	185-111	98,84±5,56	-26,974	<0.001	90-126	109,31±7,24	-4,113	<0.001	-7,690	<0.001	189,206	<0.001	,683
DSKÖ Son Test	45	115-133	125,58±4,32			99-133	114,36±5,91			10,281	<0.001			
Fiziksel Konfor Ön Test	45	24-40	32,24±3,59	-29,820	<0.001	26-48	38,64±4,65	-4,119	<0.001	-7,303	<0.001	244,499	<0.001	,735
Fiziksel Konfor Son Test	45	43-57	52,42±3,16			32-55	42,07±4,59			12,459	<0.001			
Psikospritiüel Konfor Ön Test	45	33-44	37,84±2,82	-9,758	<0.001	33-50	40,49±3,39	-2,604	,013	-4,024	<0.001	14,472	<0.001	,141
Psikospritiüel Konfor Son Test	45	37-48	41,93±2,74			37-47	41,93±2,98			<0.001	1,000			
Sosyokültürel Konfor Ön Test	45	25-35	28,76±2,58	-7,413	<0.001	24-37	30,18±2,89	-,362	,719	-2,465	,016	14,866	<0.001	,145
Sosyokültürel Konfor Son Test	45	27-37	31,22±2,4			27-36	30,36±2,12			1,814	,073			

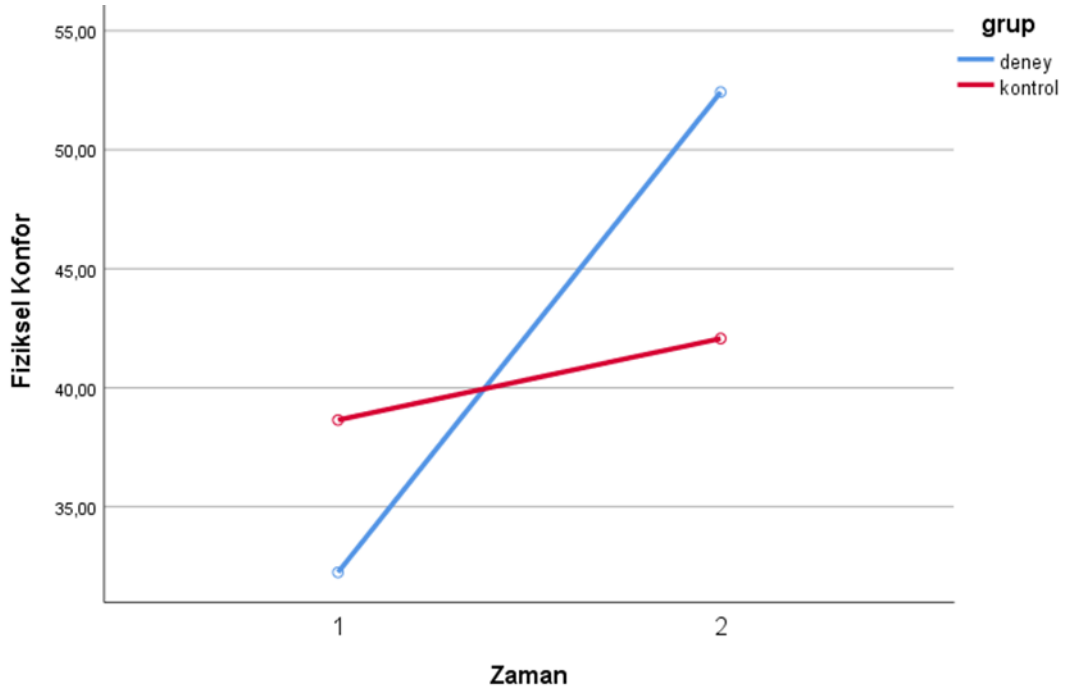
t: Bağımlı gruplar arasında t testi, t*:Bağımsız gruplar arasında t testi, η^2 :Karma ANOVA

Şekil 4.2’de, Doğum Sonrası Konfor Ölçeği’ne ilişkin sonuçlar verilmiştir. Müdahale grubunun DSKÖ ön test ölçümlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu, ancak son test ölçümlerinde ise müdahale grubunun ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda da ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı fark olmasına rağmen müdahale grubunda bu farkın çok daha büyük olduğu görülmektedir.



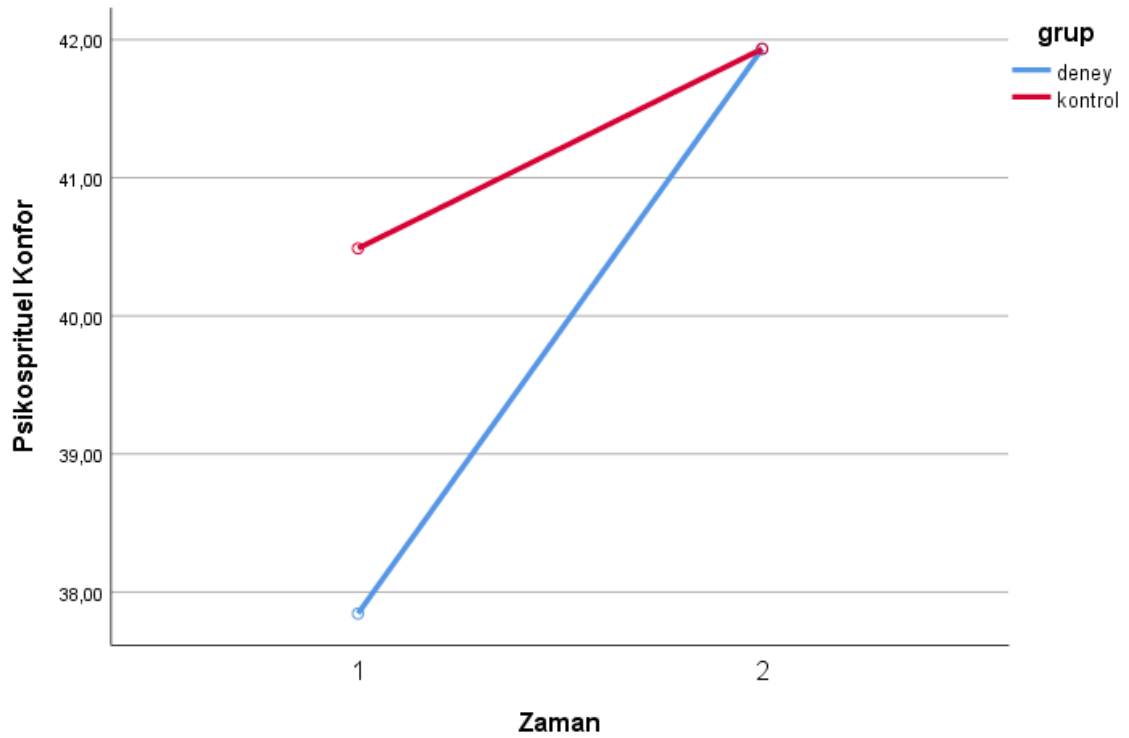
Şekil 4.2. Katılımcıların Doğum Sonrası Konfor Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 4.3'te, Doğum Sonrası Konfor Ölçeğinin fiziksel konfor alt boyutuna ilişkin sonuçlar verilmiştir. Müdahale grubunun fiziksel konfor alt boyutu ön test ölçümlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu, ancak son test ölçümlerinde ise müdahale grubunun ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda da ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen müdahale grubunda bu farkın çok daha büyük olduğu görülmektedir.



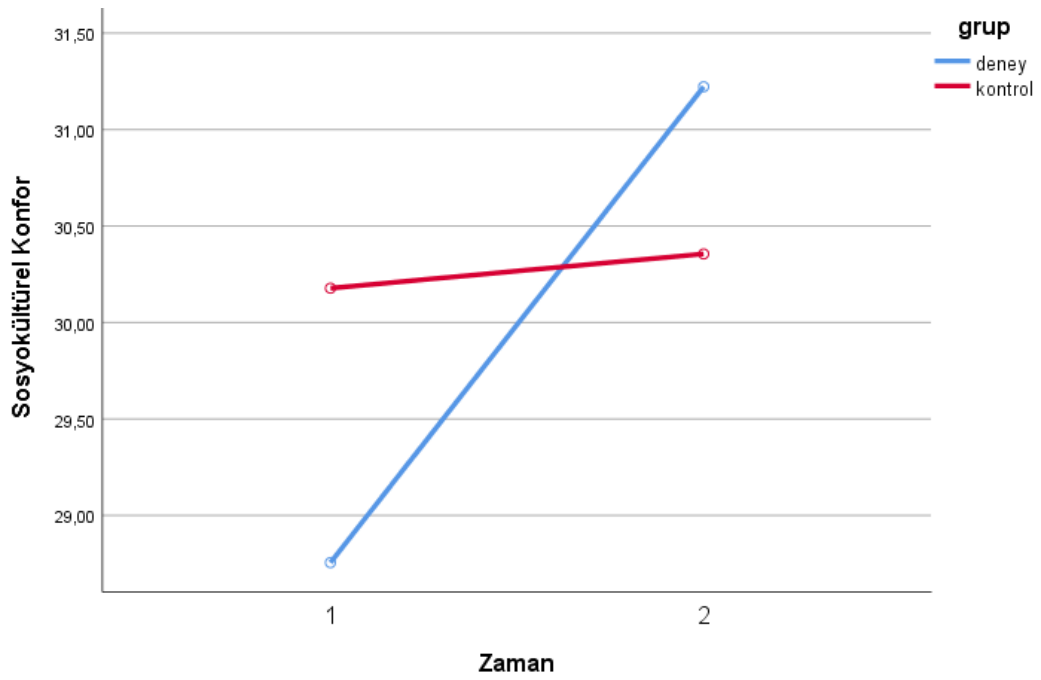
Şekil 4.3. Katılımcıların Fiziksel Konfor Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 4.4'te Doğum Sonrası Konfor Ölçeğinin psikospiritüel konfor alt boyutuna ilişkin sonuçlar verilmiştir. Müdahale grubunun psikospiritüel konfor alt boyutu ön test ölçümlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu, ancak son test ölçümlerinde ise müdahale grubunun ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda da ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen müdahale grubunda bu farkın çok daha büyük olduğu görülmektedir. Son olarak ön test ölçümlerinde gruplar arasında var olan farklılığın son test ölçümlerinde ortadan kalktığı görülmektedir.



Şekil 4.4. Katılımcıların Psikospiritüel Konfor Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 4.5’te, Doğum Sonrası Konfor Ölçeğinin sosyokültürel konfor alt boyutuna ilişkin sonuçlar verilmiştir. Müdahale grubunun sosyokültürel konfor alt boyutu ön test ölçümlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu, ancak son test ölçümlerinde ise müdahale grubunun ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda da ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Son olarak ön test ölçümlerinde gruplar arasında var olan farklılığın son test ölçümlerinde tersine dönmüş olduğu görülmektedir.



Şekil 4.5. Katılımcıların Sosyokültürel Konfor Ortalamalarının Karşılaştırılması

5.TARTIŞMA

Bu bölümde **Terapötik Dokunuşun Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisini** değerlendiren bulgular güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına,

İkinci bölümde katılımcıların VAS ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına,

Üçüncü bölümde katılımcıların DSKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Müdahale ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların yaş, çalışma durumu, aile tipi, gebelik sayısı, çocuk sayısı, eğitim durumu, daha önce ameliyat olma durumuna göre benzer olduğu görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların tanıtıcı özellikler bakımından benzer olması çalışma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir.

5.2. Katılımcıların VAS Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Terapötik Dokunuşun Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfor Üzerine Etkinliği VAS toplam puan ortalamalar doğrultusunda ele alınmıştır.

Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı üzerine etkisini incelediğimiz çalışmamızda, Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunda VAS1 ön test ve VAS 1 son test puan ortalamaları ve VAS 2 ön test ve VAS 2 son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ancak bu farkın kontrol grubuna ($F=70,8$) göre müdahale grubunda ($F=164,4$) istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo.4.2). Aynı zamanda VAS ölçümlerinde grup*zaman etkileşiminin anlamlı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki istatistiksel farkın

grup*zaman etkileşime bağlı olduğu söylenebilir. Literatürde terapötik dokunmanın ağrı düzeyini azaltıp konfor düzeylerini arttığı, rahatlama sağladığı ve iyilik halini arttırdığını bildiren çalışmalar mevcut olmakla birlikte sezaryen sonrası terapötik dokunmanın ağrı üzerine etkisinin incelendiği sadece bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma Ravanipour tarafından 2004 yılında yarı deneysel bir çalışma olarak 30 deney, 30 plasebo gruplarına ayrılarak yapılmıştır. 6. saatte ağrıyı değerlendirmek için girişim öncesi ve sonrasında VAS uygulanmış ve ortalama ağrı skoru yalnızca terapötik dokunma grubunda önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Sonuç olarak, sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde nonfarmakolojik bir teknik olan terapötik dokunuşun kullanılabileceği önerilmektedir (128). Pınar ve ark. 2021 yılında yayınladığı terapötik dokunuşun doğum ağrısı, kaygı ve doğum tutumuna etkisi çalışmasında müdahale grubundaki kadınlar, terapötik dokunuştan sonra ağrı ve kaygı düzeylerinde azalma ve doğuma karşı daha olumlu tutumlar bildirmişlerdir. Kontrol grubunda ağrı puanlarında artış görülürken, kaygı ve tutum puanlarında değişiklik görülmediğini bildirmiştir (129). Mc Cormack, yaşlılarda ameliyat sonrası ağrıyı yönetmek için terapötik dokunuşun etkisini incelediği çalışmada TD'nin ağrı yoğunluğu puanlarını azalttığı görülmüştür (130). Marta ve ark. kronik ağrısı olan hastalarda terapötik dokunuşun ağrı, depresyon ve uyku üzerindeki etkinliğini incelediği çalışmada 8 gün boyunca TD uygulamış, depresyon ve ağrıda azalma, uykuda iyileşme olduğunu belirtmiştir (131). Mueller ve ark. nörolojik rahatsızlığı olan yetişkinlerde terapötik dokunuşun sırt ağrısına etkisini incelediği çalışmada TD'nin ağrıyı azalttığı görülmüştür (132). Başka bir çalışmada TD'den hemen sonra ameliyat sonrası birinci ve ikinci günlerde ağrı, bulantı ve anksiyetede, ameliyat sonrası üçüncü günde ise ağrı ve anksiyetede müdahale öncesine göre anlamlı azalmalar gözlenmiştir. Bu bulgular, TD müdahalesinin bariatrik cerrahi geçiren hastalar için uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğunu ve bu hastalarda ağrı, bulantı ve anksiyeteyi önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir (133). Coakley ve Duffy, 2010 yılında CABG işlemi sonrası iyileşen hastalarda TD'nin ağrı ve biyodavranışsal belirteçler üzerindeki etkinliğini test etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada TD alan hastaların ağrı düzeyi, kortizol düzeyi daha düşük ve NKC (savunma hücreleri düzeyi) daha yüksek olduğu bulunmuştur (134).

Terapötik dokunuşun ağrıyı önemli ölçüde azalttığını belirten tüm bu çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Bu bulgulara dayanarak çalışmamızda “**H1₁: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda VAS ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark vardır.**” hipotezi kabul edilmiştir.

5.3. Katılımcıların DSKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkinliği DSKÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları doğrultusunda ele alınmıştır.

Yapılan literatür taramasında, sezaryen sonrasında kadınlara uygulanan TD’nin sezaryen sonrası konfor düzeyine etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı hasta gruplarına uygulanan TD’nin hasta gruplarında, uygulama sonrası konfor düzeyleri ölçülmüş ve TD’nin hastalardaki konfor düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (135).

Araştırmamızda Doğum Sonrası Konfor Ölçeğinin **fiziksel konfor alt boyutuna** ilişkin sonuçlar değerlendirildiğinde hem müdahale grubunun hem de konfor grubunun ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı fark olmasına rağmen müdahale grubunda bu farkın çok daha büyük olduğu görülmektedir. Yapılan literatür taramasında Alp ve arkadaşlarının 2020 yılında huzurevinde yaşayan yaşlılarda terapötik dokunmanın konfor ve anksiyeteye etkisi adlı çalışmasında 5 gün boyunca TD uygulanmış birinci ölçümdeki fiziksel konfor, psikospiritüel konfor alt boyutları hariç, diğer ölçümlerde tüm alt boyut ve düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir (135).

Kolcaba, konfor kuramında, fiziksel konforun bireyin hastalığa yanıtları ile ilişkili olduğunu, en yaygın belirleyicisinin ağrı olduğunu vurgulamıştır. Fiziksel konfor alt boyutunun belirleyicisi ağrı ile ilgili literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Evanoff, terapötik dokunuşun diz osteoartriti olan hastalarda ağrı derecesi üzerindeki etkisini araştırarak, terapötik dokunuşun hastalarda ağrıyı azaltabileceği ve işlevi iyileştirebileceği sonucuna varmıştır (136). Ayrıca Meehan ve ark. yaptıkları çalışmada terapötik dokunuşun ameliyat sonrası hastalarda ağrının hafifletilmesinde destek olarak kullanılabileceğini belirtmişlerdir (22). 2016 da yapılan bir çalışmada da TD müdahalesinin bariatrik cerrahi geçiren hastalar için uygulanabilir ve kabul edilebilir

olduğunu ve bu hastalarda ağrı, bulantı ve anksiyeteyi önemli ölçüde iyileştirdiğini gösterdi (137). Bu araştırmada fiziksel konfor alt boyutunun bulguları incelendiğinde, literatürle benzerlik göstermektedir.

Doğum Sonrası Konfor Ölçeği'nin **psikospiritüel konfor** alt boyutuna ilişkin sonuçlar değerlendirildiğinde hem müdahale grubunun hem de konfor grubunun ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı fark olmasına rağmen müdahale grubunda bu farkın çok daha büyük olduğu görülmektedir. Alp ve arkadaşlarının 2020 yılında huzurevinde yaşayan yaşlılarda terapötik dokunmanın konfor ve anksiyeteye etkisi adlı çalışmasında 5 gün boyunca TD uygulanmış ve TD ile kontrol gruplarının psikospiritüel rahatlık alt boyutuna ilişkin bulgular incelendiğinde, her iki grupta da ilk günden itibaren artış görülmektedir. Çalışma sonucu bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (135).

Kolcaba, konfor kuramında psikospiritüel konforun zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluştuğunu ve bireyin yaşamına anlam kazandıran benlik saygısı, kendine güven, anksiyete ve öz farkındalık gibi unsurları içerdiğini belirtmektedir. Kim ve Kwo kanser hastalarında konfor ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada, çevresel konfordan sonra hastaların en düşük konfor durumunun psikospiritüel konfor olduğunu bulmuş ve psikospiritüel destek sağlanarak hastaların konforunun arttırılmasını önermiştir (138). Cox ve Hayes, 1998 de yaptığı çalışma da TD'nin yoğun bakımda yatan hastaların konforunu arttırdığını ve kaygıyı azalttığını bildirmiştir (115). TD'nin hastaların rahatlamasına yardımcı olduğunu, rahatlık ve huzur duygusu getirdiğini ve TD, yoğun bakımdaki hastaların rahatlamasını ve huzur duygusunu artırması nedeniyle psikolojik sağlıklarına katkıda bulunabilecek bir uygulama olarak önerilmektedir (139). Coakley ve Duffy, TD'nin postoperatif hastalar üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada TD öncesi ve sonrasında kortizol düzeyleri ölçülmüştür. Kanıtlar kortizol seviyelerinin düştüğünü göstermiştir (134). 2004 yılında yapılan elektif cerrahi geçiren kadınlarda terapötik dokunuşun preoperatif anksiyeteye etkisini belirlemek için yapılan çalışmada TD'nin anksiyete ve endişeyi önemli derecede azalttığı bulunmuştur (140). Karın ameliyatı öncesi kadınlara uygulanan TD'nin anksiyete üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmada toplam 30 kadın müdahale ve placebo gruplarına ayrılmış ve terapötik dokunuş grubundaki tedavi öncesi ve sonrası anksiyete puanlarının ortalama farkının, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Anlamlı olmayan istatistiksel farkın muhtemelen denek sayısının az

olmasından ya da plasebo grubundaki bazı deneklerin terapötik dokunuşla daha önceden tanışmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği belirtilmiştir (141). Zolfaghari ve ark. kalp kateterizasyonu uygulanan İranlı kadınlardan oluşan bir örnekleme terapötik dokunuşun kaygı, yaşamsal belirtiler ve kardiyak aritmi üzerindeki etkileri üzerine yapılan çalışmada TD'nin anksiyeteyi azalttığı, kardiyovasküler yaşamsal belirtilerin stabilitesinde iyileştirdiği ve aritmileri azalttığı görülmüştür (142). Bu araştırmada psikospiritüel konfor alt boyutunun bulguları incelendiğinde, literatürle benzerlik göstermektedir.

Doğum Sonrası Konfor Ölçeği'nin **sosyokültürel konfor** alt boyutuna ilişkin sonuçlar değerlendirildiğinde kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı fark olmamasına rağmen müdahale grubunda anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

Kolcaba, konfor kuramında sosyokültürel konforun bireyin kendisi, ailesi ve diğer sosyal kurumlarla olan etkileşimlerini ifade ettiğini, sosyal ve kişilerarası ilişkileri düzenleyen gelenekler, kurallar, dini ve hukuki koşullar sosyokültürel rahatlığın kapsamında olduğunu belirtmiştir (110). Tabatabaee'nin 2016 yılında kanserli hastalarda terapötik dokunuşun genel aktivite, ruh hali, yürüme yeteneği, diğer insanlarla ilişkiler ve uyku gibi parametrelere baktığı çalışmada TD yönteminin kanser hastalarında ağrıyla ilişkili bu parametreler üzerindeki olumlu sonuçlarını ortaya koymuştur (137). Smith ve ark. Terapötik Dokunuşu Bilişsel Davranışsal Ağrı Tedavi Programına Entegre Etmenin Etkilerine incelemek için Program öncesi ve program sonrası, ağrı yoğunluğu, öz yeterlilik, üniter güç, yetersizlik algısı ve algılanan stres durumuna bakmışlar ve TD'nin Bilişsel Davranışçı Terapiye ek olarak sunmanın klinik sonuçları iyileştirdiği bildirilmiştir (143).

Türkiye'de huzurevinde yaşayan yaşlılarda el masajı ve terapötik dokunuşun konfor ve kaygı üzerine etkilerini araştırmak amacıyla yapılmış bir çalışmada Huzurevinde yaşayan yaşlılarda TD ve el masajının kaygıyı azalttığı ve konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Hemşirelerin tıbbi olmayan, farmakolojik olmayan, yan etkisi olmayan müdahaleler olan TD'yi bakım faaliyetlerine kolaylıkla entegre edebileceğini belirtmişlerdir (144).

TD'nin konforu önemli ölçüde arttırdığını belirten tüm bu çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Bu bulgulara dayanarak alışmamızda “**H12: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda DSKÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark vardır.**” hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar sezaryen doğum sonrası kadınlara yapılan terapötik dokunmanın kadınlardaki ağrı düzeyini azaltmada ve konfor düzeyini arttırmada etkin olduğunu ve bundan dolayı postoperatif dönemde farmakolojik yöntemlerle birlikte nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan terapötik dokunmanın da kullanılabileceğini göstermektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılan araştırmada araştırma hipotezleri sınandı.

H1₁: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda VAS ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark vardır. Ve H1₂: Terapötik dokunuşun, sezaryen sonrası kadınlarda DSKÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark vardır.

Hipotezleri kabul edildi.

Elde edilen bulgulara göre;

- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların tanıtıcı özellikler açısından benzer olduğu,
- Birinci TD sonrası müdahale grubundaki kadınların uygulama sonrası ağrı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).
- İkinci TD sonrası müdahale grubundaki kadınların uygulama sonrası ağrı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).
- İkinci TD sonrası müdahale grubundaki kadınların DSKÖ ve alt boyutlarına ilişkin ölçümlerin tamamında son test sonuçları, ön test sonuçlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.001$) ve kontrol grubunda ise sadece sosyokültürel konfor alt boyutunda grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sonuç olarak; Terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrıyı azalttığı ve konfor düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sezaryen doğum oranlarının hızlı bir şekilde arttığı günümüzde postoperatif ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerin kullanımının yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanımının yaygınlaştırılması,
- Postoperatif hasta bakımında birincil düzeyde sağlık personeli olan ebelerin, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımıyla ilgili hizmet içi eğitim sağlanarak bu alandaki gelişmelerinin sürekliliğinin sağlanması ve TD'nin ebelik girişimi olarak uygulamalara dahil edilmesi önerilmektedir.
- Terapötik dokunuşun etkinliğini ortaya koyan bu çalışma sonuçları referans alınarak sezaryen sonrası postoperatif dönemde TD'nin uygulanması ve bu şekilde ağrı düzeylerinin azaltılarak konfor düzeylerinin de artırılmasının sağlanması,
- Literatürde TD'nin postoperatif dönemde ağrı ve konfor düzeyi hakkında yeterli sayıda çalışma bulunmaması nedeniyle daha detaylı sonuçlara ulaşılabilmesi için uzun süreli, ileri analiz tetkikleri gerektiren nicel ve nitel araştırmaların da yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. **Lavand'homme P.** Postoperative cesarean pain: real but is it preventable? *Current Opinion in Anesthesiology* **2018**;31(3):262.
2. **Başara DBB.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni. **2022**.
3. **Hung HW, Yang PY, Yan YH, Jou HJ, Lu MC, Wu SC.** Increased postpartum maternal complications after cesarean section compared with vaginal delivery in 225 304 Taiwanese women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* **2016**;29(10):1665–1672.
4. **Weibel S, Neubert K, Jelting Y, Meissner W, Wöckel A, Roewer N.** Incidence and severity of chronic pain after caesarean section. **2016**. doi:10.1097/EJA.0000000000000535.
5. **Buvanendran A, Fiala J, Patel KA, Golden AD, Moric M, Kroin JS.** The Incidence and Severity of Postoperative Pain following Inpatient Surgery. *Pain Medicine* **2015**;16(12):2277–2283.
6. **IASP Announces Revised Definition of Pain.** *International Association for the Study of Pain (IASP)*. [<https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>]. Erişim Tarihi: 19.01.2024
7. **Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W.** Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology* **2013**;118(4):934–944.
8. **Marcus H, Gerbershagen HJ., Peelen LM., Aduckathil S, Kappen TH., Kalkman CJ.** Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study. *European Journal of Pain* **2015**;19(7):929–939.
9. **Sun KW, Pan PH.** Persistent pain after cesarean delivery. *International Journal of Obstetric Anesthesia* **2019**;40:78–90.
10. **Pinar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F.** Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *diclemedj* **2009**;36(3):184–190.
11. **Abd-ElGawad M, Said Ali A, Abdelmonem M, Elshamy NH, Abdeltawab AK, Abd el-Shafea M.** The effectiveness of the abdominal binder in relieving pain after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **2021**;154(1):7–16.
12. **Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska Lorek D, DrosdzolCop A.** Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **2018**;15(12):2792.
13. **Carvalho B, Butwick AJ.** Postcesarean delivery analgesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* **2017**;31(1):69–79.
14. **Benhamou D, Kfoury T.** - Enhanced recovery after caesarean delivery: Potent analgesia and adequate practice patterns are at the heart of successful management. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* **2016**;35(6):373–375.
15. **Armstrong S, Fernando R.** Side effects and efficacy of neuraxial opioids in pregnant patients at delivery: a comprehensive review. *Drug Saf* **2016**;39(5):381–399.
16. **Piotrowski MM, Paterson C, Mitchinson A, Kim HM, Kirsh M, Hinshaw DB.** Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: a preliminary study in men. *Journal of the American College of Surgeons* **2003**;197(6):1037–1046.
17. **Chow CK, Gideon K.** Sedating drugs and breastfeeding. *Canadian Family Physician* **2015**;61(3):241.

18. **Richards J, Hubbert AO.** Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain management nursing* **2007**;8(1):17–24.
19. **Kolcaba K.** A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* **1994**;19(6):1178–1184.
20. **Kolcaba K.** Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company; **2003**.
21. **Krieger D.** Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *The American Journal of Nursing* **1975**:784–787.
22. **Meehan TC.** Therapeutic Touch and Postoperative Pain: A Rogerian Research Study. *Nurs Sci Q* **1993**;6(2):69–78.
23. **Krieger D, Peper E, Ancoli S.** Searching for evidence of physiological change. *AJN The American Journal of Nursing* **1979**;79(4):660–661.
24. **Bağcı H, Çınar Yücel Ş.** Effect of therapeutic touch on sleep quality in elders living at nursing homes. *J Relig Health* **2020**;59(3):1304–1318.
25. **Ilse Delbaere, Cammu H, Martens E, Tency I, Martens G, Temmerman M.** Limiting the caesarean section rate in low risk pregnancies is key to lowering the trend of increased abdominal deliveries: an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2012**;12(1):3.
26. **Mkontwana N, Novikova N.** Oral analgesia for relieving post-caesarean pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2015**;3).
27. **Vila Candel R, Martín A, Escuriet R, Castro Sánchez E, Soriano Vidal FJ.** Analysis of caesarean section rates using the robson classification system at a university hospital in Spain. *IJERPH* **2020**;17(5):1575.
28. **Visser GH, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, de Bernis L, Di Renzo GC, Vidarte MFE.** FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet* **2018**;392(10155):1286–1287.
29. **Ganeriwal SA, Ryan GA, Purandare NC, Purandare CN.** Examining the role and relevance of the critical analysis and comparison of cesarean section rates in a changing world. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* **2021**;60(1):20–23.
30. **Betran AP, Ye J, Moller A-B, Souza JP, Zhang J.** Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* **2021**;6(6):e005671..
31. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018.**
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim tarihi:11.10.23
32. **2024-2028 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2024.**
Erişim: https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=99B1F42AA005F1CCB346723CD918CE9A7953A6D4.
Erişim tarihi:20.2.2024
33. **Ayres-de-Campos D, Simon A, Modi N, Tudose M, Saliba E, Wielgos M.** European association of perinatal medicine European midwives association joint position statement: caesarean delivery rates at a country level should be in the 15-20% range. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* **2024**.
[<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211524000058>]. Erişim Tarihi:27.1.2024.
34. **Demirbaş M, Karabel MP, İnci MB.** Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Medical Journal* **2018**;7(4):158–163.

35. **Chugh A, Lal S, Nijhawan T, Biradar P.** Evaluation of primary caesarean section and neonatal outcomes in a tertiary care hospital and impact on current obstetric practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X* **2023**;19:100213.
36. **Robson MS.** Use of indications to identify appropriate caesarean section rates. *The Lancet Global Health* **2018**;6(8):e820–e821.
37. **Lurie S, Raz N, Boaz M, Sadan O, Golan A.** Comparison of maternal outcomes from primary cesarean section during the second compared with first stage of labor by indication for the operation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* **2014**;182:43–47.
38. **Wallis K, Roberts N.** Caesarean section: techniques and complications. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* **2023**.
[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721423000325?casa_token=bx6r4z_6zEkAAAAA:sGMosQ0_7HJ6_082MUfrDr3NMDuoidrCDJ6C9J1mzPpkcT3WSrGsuHqCwkRoLaEEYO62NFulnhU]. Erişim tarihi: 17.12.2023
39. **Gee ME, Dempsey A, Myers JE.** Caesarean section: techniques and complications. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* **2020**;30(4):97–103.
40. **Di Buono G, Ricupati F, Maienza E, Gulotta L, Buscemi S, Agrusa A.** Small bowel obstruction after caesarean section: Laparoscopic management. Two case reports. *International Journal of Surgery Case Reports* **2020**;77:S96–S100.
41. **Vervoort A, Van Der Voet L, Hehenkamp W, Thurkow A, Van Kesteren P, Quartero H.** Hysteroscopic resection of a uterine caesarean scar defect (niche) in women with postmenstrual spotting: a randomised controlled trial. *BJOG* **2018**;125(3):326–334.
42. **Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM.** Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane database of systematic reviews* **2012**; (3).
[<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004660.pub3/abstract>]. Erişim tarihi: 17.12.2023
43. **Antoine C, Young BK.** Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *Journal of Perinatal Medicine* **2021**;49(1):5–16.
44. **Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M.** Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *American journal of obstetrics and gynecology* **2019**;221(3):247–e1.
45. **Adshead D, Wrench I, Woolnough M.** Enhanced recovery for elective Caesarean section. *BJA Education* **2020**;20(10):354–357.
46. Overview | Caesarean birth | Guidance | NICE. 2021. [<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>]. Erişim tarihi:17.12.2023.
47. **Beji NK.** Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 4.Baskı, İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, **2022**.
48. **Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M.** Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: enhanced recovery after surgery society recommendations (part 2). *American journal of obstetrics and gynecology* **2018**;219(6):533–544.
49. **Bollag L, Lim G, Sultan P, Habib AS, Landau R, Zakowski M.** Society for obstetric anesthesia and perinatology: consensus statement and recommendations for enhanced recovery after cesarean. *Anesthesia & Analgesia* **2021**;132(5):1362–1377.
50. **Lawn T, Sendel M, Baron R, Vollert J.** Beyond biopsychosocial: The keystone mechanism theory of pain. *Brain, Behavior, and Immunity* **2023**;114:187–192.
51. **Melzack R.** Gate control theory: On the evolution of pain concepts. *Pain Forum* **1996**;5(2):128–138.
52. **Uyar M, Köken İ.** Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBID* **2017**;16(2).

53. **Reisli, R., Akkaya, Ö. T., Arican, Ş., Can, Ö. S., Çetingök, H., Güleç, M. S. ve Talu, G. K..** Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği Klinik Uygulama Kılavuzu. **2021**; 33(1). 1-51.
54. **Gonenli Toker S, Goksan Yavuz B, Karamustafalioglu OK.** ASsessment of pain symptoms in terms of culture **2016**. [<https://earsiv.uskudar.edu.tr/handle/20.500.12526/579>]. Erişim tarihi: 19.1.2024.
55. **Yağcı Ü, Saygın M.** Ağrı fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **2019**;26(2):209–220.
56. **Akın B, Saydam BK.** Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. **2017**. [<https://gcris.ege.edu.tr/handle/11454/65885>]. Erişim tarihi:18.12.2023.
57. **Eti Aslan F, Yıldız T.** Ağrı ve Ağrı Yönetimi. Editör: Eti Aslan F, Olgun N, Fizyopatoloji, *Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara. **2017**:108–136.
58. **Delayeun JF, Norès JM, Bergal S.** Physiology of β -endorphins. A close-up view and a review of the literature. *Biomedicine & Pharmacotherapy* **1993**;47(8):311–320.
59. **Eroğlu A, Arslan S.** Yenidoğanda ağrının algılanması, değerlendirilmesi ve yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2018**;8(1): 52-60.
60. **Hancı V, Yurtlu BS, Domi R, Shibata Y, Eyigör C.** Acute postoperative pain control. *Pain Research and Management* **2017**. [<https://www.hindawi.com/journals/prm/2017/7831014/abs/>] Erişim tarihi:18.12.2023.
61. **Kayman-Kose S, Arioz DT, Toktas H, Koken G, Kanat-Pektas M, Kose M.** Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and cesarean section. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* **2014**;27(15):1572–1575.
62. **McKay W, Lee D, Masu A, Thakore S, Tuyishime E, Niyitegeka J.** Surveys of post-operative pain management in a teaching hospital in Rwanda — 2013 and 2017. *Canadian Journal of Pain* **2019**;3(1):190–199.
63. **Gan TJ.** Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *JPR* **2017**; 10:2287–2298.
64. **Argoff CE.** Recent management advances in acute postoperative pain. *Pain Practice* **2014**;14(5):477–487.
65. **Marchand DK, Ford C.** Codeine for acute pain for urological or general surgery patients: a review of clinical effectiveness **2020**. [<https://europepmc.org/article/nbk/nbk554660>]. Erişim tarihi:18.12.2023
66. **Yang M, Wang L, Chen H, Tang Y, Chen X.** Postoperative analgesic effects of different doses of epidural hydromorphone coadministered with ropivacaine after cesarean section: a randomized controlled trial. *Pain Research and Management* **2019**. [<https://www.hindawi.com/journals/prm/2019/9054538/abs/>]. Erişim tarihi:18.12.2023.
67. **Al-Waili NSD.** Efficacy and safety of repeated postoperative administration of intramuscular diclofenac sodium in the treatment of post-cesarean section pain: A Double-Blind Study. *Archives of Medical Research* **2001**.
68. **Ramos-Rangel GE, Ferrer-Zaccaro LE, Mojica-Manrique VL, González La Rotta M.** Management of post-cesarean delivery analgesia: Pharmacologic strategies. *Colombian Journal of Anesthesiology* **2017**;45(4):327–334.
69. **Badreldin N, Grobman WA, Chang KT, Yee LM.** Opioid prescribing patterns among postpartum women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **2018**;219(1):103.e1-103.e8.
70. **Chow CK.** Sedating drugs and breastfeeding. *Canadian Family Physician*. **2015**;61(3):241

71. **Villadiego L, Baker BW.** Improving pain management after cesarean birth using transversus abdominis plane block with liposomal bupivacaine as part of a multimodal regimen. *Nursing for Women's Health* **2021**;25(5):357–365.
72. **Marznaki ZH, Hosseinnataj A, Oleson T, Griffiths MD, Alimoradi Z.** The effect of auricular acupressure on short-term postoperative pain intensity after cesarean section: A three-arm randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine* **2023**;57:102206.
73. **Chen S, Wang X, Li H, Wu F.** Development on pain management after cesarean section: A bibliometric analysis. *Asian journal of surgery* **2023**:S1015-9584.
74. **Özveren H, Faydalı S, Özdemir S.** Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* **2016**;7(4):99–105.
75. **Çilingira D, Aydın A.** Koroner arter baypas greft ameliyatı olan hastalarda nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı yönetimi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* **2016**;8(2):146–152.
76. **Gür EY, Apay SE.** The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. *Midwifery* **2020**;91:102856.
77. **Çapık A, Özlü ZK, Soydan S, Apay SE, Avşar G, Nadiye Ö.** Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **2016**;19(1).
78. **Vambheim SM, Kyllö TM, Hegland S, Bystad M.** Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of randomized controlled trials. *Heliyon* **2021**;7(8):e07837.
79. **Khorshid L, Yapucu Ü.** Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **2005**;8(2):124–130.
80. **Bahorski JS, Hauber RP, Hanks C, Johnson M, Mundy K, Ranner D.** Mitigating procedural pain during venipuncture in a pediatric population: A randomized factorial study. *International Journal of Nursing Studies* **2015**;52(10):1553–1564.
81. **Meints SM, Edwards RR.** Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* **2018**;87:168–182.
82. **Özveren H.** Non-pharmacological methods at pain management. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* **2011**;18(1):83–92.
83. **Erden S, Çelik SŞ.** Bir elektro analjezi yöntemi: transkütan elektriksel sınır stimülasyonu ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* **2015**;2(1):50–60.
84. **Olsen SW, Rosenkilde C, Lauridsen J, Hasfeldt D.** Effects of nonpharmacologic distraction methods on children's postoperative pain—a nonmatched case-control study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* **2020**;35(2):147–154.
85. **Sundstrup E, Jakobsen MD, Brandt M, Jay K, Colado JC, Wang Y.** Acute effect of topical menthol on chronic pain in slaughterhouse workers with carpal tunnel syndrome: triple-blind, randomized placebo-controlled trial. *Rehabilitation research and practice* **2014**;2(3):40
86. **Bozal ŞK.** Postpartum perineal ağrı yönetiminde perineal masaj ve sıcak-soğuk uygulamanın etkisi. *WORLD Women Studies Journal* **2022**;7(1):45–50.
87. **Tektaş E, Nalan A, Mak A, Ay F.** Vajinal doğumda ağrının azaltılmasına yönelik uygulanan nonfarmakolojik yöntemler ve masajın etkisi: 2000-2015 yılları tez sonuçları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* **2017**;4(1):64–70.
88. **Miladinia M, Pishgooie AH, Aliyari S, Nouri EM.** The comparison of the effect of two complementary medicine methods (music therapy and massage therapy) on postoperative acute pain after abdominal surgery: a randomized clinical trial study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* **2017**;19(6).

89. **Kanakalakshmi S.** The effectiveness of effleurage back massage therapy on pain, pulse, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and respiration among post-operative clients in selected hospitals, Andhra Pradesh. *Indian Journal of Nursing Sciences* **2022**;7(2).
90. **Macedo A, Farré M, Baños J-E.** Placebo effect and placebos: what are we talking about? Some conceptual and historical considerations. *Eur J Clin Pharmacol* **2003**;59(4):337–342.
91. **Walach H.** Chapter 19 - Placebo effects in complementary and alternative medicine: the self-healing response. *Placebo and Pain*. **2013**:189–202.
92. **Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F.** Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet* **2010**;375(9715):686–695.
93. **Veef E, Van de Velde M.** Post-cesarean section analgesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* **2022**;36(1):83–88.
94. **Sharma LR, Schaldemose EL, Alaverdyan H, Nikolajsen L, Chen D, Bhanvadia S.** Perioperative factors associated with persistent postsurgical pain after hysterectomy, cesarean section, prostatectomy, and donor nephrectomy: a systematic review and meta-analysis. *Pain* **2022**;163(3):425–435.
95. **Burgess A, Harris A, Wheeling J, Dermo R.** A quality improvement initiative to reduce opioid consumption after cesarean birth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* **2019**;44(5):250–259.
96. **Lee J, Nagarajan S, Tan CW, Sng BL.** Persistent post-Caesarean pain. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* **2018**;20:26–31.
97. **Cao X, Zhang X.** Comparison of different sufentanil–tramadol combinations for pain relief within the first 24 hours after cesarean section: a retrospective study. *JPR* **2018**;11:2445–2451.
98. **Mäkelä K, Palomäki O, Pokkinen S, Yli-Hankala A, Helminen M, Uotila J.** Oral versus patient-controlled intravenous administration of oxycodone for pain relief after cesarean section. *Arch Gynecol Obstet* **2019**;300(4):903–909.
99. **Shen D, Hasegawa-Moriyama M, Ishida K, Fuseya S, Tanaka S, Kawamata M.** Acute postoperative pain is correlated with the early onset of postpartum depression after cesarean section: a retrospective cohort study. *Journal of anesthesia* **2020**;34:607–612.
100. **Wu Z, Zhao P, Peng J, Fang L, Ding J, Yan G.** A patient-controlled intravenous analgesia with tramadol ameliorates postpartum depression in high-risk woman after cesarean section: a randomized controlled trial. *Frontiers in Medicine* **2021**;8:679159.
101. **Şimşek HE, Ecevit ŞA.** Sezaryen sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2020**;(11):267–278.
102. **Samah Mohsen RN, Mokayad S, Ouda M, Al-Sheikh M.** Post-operative pain after caesarean delivery: initial assessment for quality improvement. *International Journal of Caring Sciences* **2018**;11(1):136–144.
103. **Kandemir E, Aşkın T, Kandemir T, Tuncel GO, Ünver S.** The effect of anxiety on postoperative pain expectation and opioid consumption in modified radical mastectomy operations. *Ortadoğu Tıp Dergisi* **2019**;11(2):136–142.
104. **Pereira CSCN, Mercês CAMF, Lopes ROP, Souza JF de, Souto J da SS, Brandão MAG.** Analysis of the concept of comfort: Contributions to the diagnosis of Readiness for enhanced comfort. *Escola Anna Nery* **2020**;24. [<https://www.scielo.br/j/ean/a/PqPptqgWdFgP9WykvDJ3zVB/?lang=en&format=html>]. Erişim tarihi: 07.01.2024
105. **Siefert ML.** Concept analysis of comfort. In: *Nursing Forum*. **2002**;(37)16.

106. **Yöntem Ölmez R.** Palyatif bakımda meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. **2022**. [<https://gcris.pau.edu.tr/handle/11499/45616>]. Erişim tarihi:07.01.2024.
107. **Zengin N.** Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* **2010**;14(2):61–66.
108. **Kolcaba KY.** A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship* **1991**;23(4):237–240.
109. **Andrea E-R, Trink A, Höfler J, Dieplinger AM.** Epilepsy monitoring – The patients’ views: A qualitative study based on Kolcaba’s Comfort Theory. *Epilepsy & Behavior* **2017**;68:208–215.
110. **Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A.** Efficacy of Hand Massage for Enhancing the Comfort of Hospice Patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* **2004**;6(2):91.
111. **Kolcaba KY, Kolcaba RJ.** An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing* **1991**;16(11):1301–1310.
112. **Wilson, L., & Kolcaba, K.** Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* **2004**;19(3):164–173.
113. **Birgili F.** Doğum yapan kadınların doğum sonu konforu ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **2020**;23(3):351–360.
114. **Taşkın L.** Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 17.Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2019**.
115. **Hayes J, Cox C.** The experience of therapeutic touch from a nursing perspective. *Br J Nurs* **1999**;8(18):1249–1254.
116. **Rogers ME.** An introduction to the theoretical basis of nursing. *AJN The American Journal of Nursing* **1971**;71(10):2026–2027.
117. **Krieger D.** Accepting your power to heal: The personal practice of therapeutic touch. Inner Traditions/Bear&Co**1993**. [<https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=AeOSpadcnvUC&oi=fnd&pg=PR11&dq=therapeutic+touch+krieger&ots=V1lkpjw8Gt&sig=csQYPa7869G1JUFI9Ui8NP4hcPc>]. Erişim tarihi: 27.12.2023.
118. **Krieger D.** Therapeutic touch inner workbook. Inner Traditions/Bear & Co; **1996**. [https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=rW5EJ_Ae9c0C&oi=fnd&pg=PR11&dq=therapeutic+touch+krieger&ots=AuL_aQC5Qk&sig=k8cMTdSemK6YsgQ9dm4Q5zTgqLM]. Erişim tarihi: 27.12.2023.
119. **Snyder JR.** Therapeutic touch and the terminally ill: Healing power through the hands: Krieger/Kunz Method. *Am J Hosp Palliat Care* **1997**;14(2):83–87.
120. **Sarner L.** Therapeutic touch. *The skeptical encyclopedia of pseudoscience* **2002**:243–252.
121. **Macrae J.** Therapeutic touch: A practical guide. *Knopf*; **1988**:17.
122. **Monroe CM.** The effects of therapeutic touch on pain. *J Holist Nurs* **2009**;27(2):85–92.
123. **Fan K.** National Center for Complementary and Alternative Medicine Website. *J Med Libr Assoc* **2005**;93(3):410–412.
124. **Meehan TC.** Therapeutic touch as a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* **1998**;28(1):117–125.
125. **O’Mathúna DP, Prymachuk S, Spencer W, Stanwick M, Matthiesen S.** A critical evaluation of the theory and practice of therapeutic touch. *Nursing Philosophy* **2002**;3(2):163–176.
126. **Sağkal T.** Sezaryen ameliyatı sonrası uygulanan reiki dokunma terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. **2012**. [<https://gcris.ege.edu.tr/handle/11454/6669>]. Erişim Tarihi: 05.01.2024.

127. **Karakaplan S, Yildiz H.** Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2010**;3(1)
128. **Ravanipour M.** A study on the efficacy of touch therapy in pain relieve after cesarean section. *ISMJ* **2004**;7(1):34–39.
129. **Pinar SE, Demirel G.** The effect of therapeutic touch on labour pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine* **2021**;41:101255.
130. **McCormack GL.** Using non-contact therapeutic touch to manage post-surgical pain in the elderly. *Occupational Therapy International* **2009**;16(1):44–56.
131. **Marta IER, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, Silva MJP.** The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Rev. esc. enferm. USP* **2010**;44:1100–1106.
132. **Mueller G, Palli C, Schumacher P.** The effect of therapeutic touch on back pain in adults on a neurological unit: an experimental pilot study. *Pain Management Nursing* **2019**;20(1):75–81.
133. **Anderson JG, Suchicital L, Lang M, Kukic A, Mangione L, Swengros D.** The effects of healing touch on pain, nausea, and anxiety following bariatric surgery: A pilot study. *EXPLORE* **2015**;11(3):208–216.
134. **Coakley AB, Duffy ME.** The effect of therapeutic touch on postoperative patients. *J Holist Nurs* **2010**;28(3):193–200.
135. **Alp FY, Yucel SC.** The effect of therapeutic touch on the comfort and anxiety of nursing home residents. *Journal of religion and health* **2021**;60:2037–2050.
136. **Evanoff A, Newton WP.** Therapeutic touch and osteoarthritis of the knee. *Journal of Family Practice* **1999**;48(1):11–12.
137. **Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK.** Effect of therapeutic touch in patients with cancer: a literature review. *Med Arch* **2016**;70(2):142–147.
138. **Kim K-S, Kwon S-H.** Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research* **2007**;1(2):125–135.
139. **Cox C, Hayes J.** Experiences of administering and receiving therapeutic touch in intensive care. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* **1998**;4(5):128–132.
140. **Zafar Neya N, Kohan S, Miri S, Solimane L, Abbas Zadeh A, Abbaszadeh A.** The Effect of the therapeutic touch on preoperative anxiety in women with elective surgeries. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* **2011**;010(1):42–51.
141. **Ravanipour MR.** Effects of therapeutic touch before abdominal surgery on anxiety of female patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* **2010**;10(1).
142. **Zolfaghari M, Eybpoosh S, Hazrati M.** Effects of Therapeutic touch on anxiety, vital signs, and cardiac dysrhythmia in a sample of iranian women undergoing cardiac catheterization: a quasi-experimental study. *J Holist Nurs* **2012**;30(4):225–234.
143. **Smith DW, Arnstein P, Rosa KC, Wells-Federman C.** Effects of Integrating Therapeutic Touch into a Cognitive Behavioral Pain Treatment Program: Report of a Pilot Clinical Trial. *J Holist Nurs* **2002**;20(4):367–387.
144. **Yücel ŞÇ, Arslan GG, Bağcı H.** Effects of hand massage and therapeutic touch on comfort and anxiety living in a nursing home in Turkey: a randomized controlled trial. *Journal of religion and health* **2020**;59:351–364.

EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmada veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “**Kişisel Bilgi Formu**”, ikinci bölümde “**Vizüel Ağrı Skalası**” ve üçüncü bölümde “**Doğum Sonu Konfor Ölçeği**” bulunmaktadır. Elde edilen bilgiler çalışmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Katılarınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş, Yüksek Lisans Öğr.Büşra Karaaslan

Katılımcı imzası/ paraf:

Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

- ☐ Okuryazar değil
☐ Okuryazar
☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite/yüksekokul mezunu

3. Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

4. Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz:

- ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Serbest meslek ☐ Çiftçi ☐ Diğer,
açıklayınız.....

5. Aile tipiniz nedir?

- ☐ Çekirdek aile ☐ Geleneksel aile ☐ Parçalanmış aile

6.Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....

7. Yaşayan çocuğunuz var mı?

- ☐ Evettane ☐ Hayır

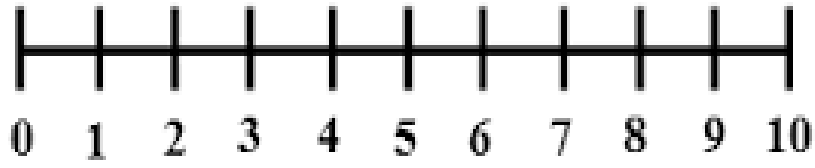
8.Ameliyat geçmişiniz var mı?

- ☐ Evet..... ☐ Hayır

EK-2. Vizüel Analog Skala (VAS)

Sıra No:

Visüel Analog Skala (VAS)



Ağrı yok

Ağrı şiddetli



EK-3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ

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 KATILIYORUM	KATILIYORUM	BİRAZ KATILIYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1. Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2. Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3. Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4. Şu anki 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 ped değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9. Doğumdan sonra sosyal hayatım ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10. Çok kederli ve alınganım sürekli ağlamak istiyorum					
11. Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor.					
12. Baş dönmelerim beni rahatsız ediyor					
13. Kendimi sürekli yorgun hissediyor ve uyumak istiyorum					
14. Kendimi rahat edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15. Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16. Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor.					
17. Dikiş/ ameliyat bölgesiyle ilgili rahatsızlık hissediyorum.					
18. Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor.					

19. Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20. Bebeğin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor.					
21. Bebeğimi emzirmedi sorun yaşıyorum.					
22. Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/ kitaba 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 endişesi yaşıyorum.					
28. Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum.					
29. Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısı yaşıyorum.					
30. Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor.					
31. Eşimin ilgi ve desteğini hissediyorum.					
32. Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim .					
33. Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor.					
34. Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum.					

EK-4. Ölçek Kullanım İzni



heryilmaz

Alıcı: ben

15 Eyl 2023 13:52 ☆ 😊 ↩

Sayın Karaaslan,
Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz "Doğum Sonu Konfor Ölçeğini" Yüksek Lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir. Ölçeğe ilişkin bir sorunuz olduğunda yazabilirsiniz.
Başarılar dilerim,

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar

EK-5. Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
114	10 Eylül 2021

KARAR NO 48- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hbelik Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Meltem Akbaş yönetiminde, Büşra Karaaslan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Terapötik Dokunuşun Sezeryan Sonrası Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
ÜYELER	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı
	Doç Dr Zehra Hatipoğlu Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
	Doktor Öğretim Üyesi Yasemin Sayguleger Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
	Av Simay Sönmezates Hukukçu Üye
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-6. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-61909346-604.01.01
Konu : Büşra KARAASLAN'ın Anket
Çalışması Talebi

DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 29/09/2021 tarihli ve 15913737-771-E-15913737-771-3808 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden, tesisinizde Ebe olarak çalışmakta olan Büşra KARAASLAN'ın araştırma başvurusuna ait Komisyon Kararı ekte sunulmuştur. Kişiyi bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr.Mehmet BARDAKÇI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Büşra KARAASLAN Komisyon Kararı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	"Terapötik Dokunuşun Sezaryan Sonrası Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi" ve "Güçmen Gebe Kadın Genital Davranışlarının Değerlendirilmesi"
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Dörtüyl Devlet Hastanesi
Araştırmacının Statüsü	Bireysel Araştırma
Eğitim Kurumu/Üniversitesi/Kurumu	Çukurova Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Büşra KARAASLAN

KARAR: "02.03.2016 tarih ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 22/11/2021 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Dörtüyl Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan Ebe-Büşra KARAASLAN'ın "**Terapötik Dokunuşun Sezaryan Sonrası Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi**" konulu çalışmalarını Dörtüyl Devlet Hastanesi'nde yürütmek istediğine dair talebi uygun görülmemiştir.

EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu

Aydınlatma ve Onam Formu Örneği

Bu çalışma, terapötik dokunuşun sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Size verilen soru formları içinde **Kişisel Bigi Formu, Visüel Ağrı Skalası ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği** yer almaktadır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maddi getirisi yoktur. Sizden aldığımız veriler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve özel verileriniz gizli tutulacaktır.

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ

Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Büşra KARAASLAN

Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgilerle bilgilendirildim ve anladım, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı, Tarih, İmza

EK-8. Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası

Kimden: "ClinicalTrials.gov Registration" <
Tarih: 29 Eylül 2023 15:01:25 GMT+3
Kime:
Bilgi:
Konu: ClinicalTrials.gov Protocol Record 10.09.2021/114

Message generated by ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06062160

Cukurova University Protocol Record 10.09.2021/114,
The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Comfort After Cesarean Section,
is registered and will be posted on the ClinicalTrials.gov public website.

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için

EK-9. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (1.Seviye)

Certificate of Completion 1486 r 11.1.19
Certificate of Completion Awarded to: Büşra Karaaslan Foundations of Therapeutic Touch® -July 23, 30, 31, 2021 Istanbul, Turkey Presented by: Therapeutic Touch Training PO Box 138 Waverly, NY 12187 Serbülent Biçer, QTTT, TMA #80843 <u>Jeanne Abate-Marco, MSN, RN, CNS, QTTT TMA #80282</u> Lead Nurse Planner <i>This continuing nursing education activity was approved by the American Holistic Nurses Association (AHNA), an accredited approver by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation. Contact Hours Awarded: 12 AHNA Approval Code: 1486 Approval for contact hours through the AHNA is based on an assessment of the educational merit of the program and does not constitute endorsement of the use of any specific modality in the care of clients.</i>

EK-10. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikası (2.Seviye)

Certificate of Completion
Awarded to:

Büşra Karaaslan

The Transpersonal Nature of Therapeutic Touch®

November 27th, 28th, December 4th & 5th, 2021
ViaZoom



Serbulent Bicer, QTTT TTIA #80843

Sue Conlin BA, QTTT TTIA #80148

Winc
Windc

ÖZ GEÇMİŞ

Büşra Karaaslan, ilkokulu 2007 yılında Evren Paşa İlkokulunda, ortaokulu 2011 yılında Mehmet Zeki Ortaokulunda, Liseyi 2014 yılında Elâzığ Atatürk Anadolu lisesinde tamamladı. 2018 yılında Fırat Üniversitesinden mezun olduktan bir yıl sonra Hatay Dörtyol Devlet Hastanesinde çalışmaya başladı. 2019 yılında Çukurova Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans programını kazandı. 2019-2020 yılları arasında doğum salonunda, 2020-2021 yılları arasında acil servisinde çalıştı. Şu an yoğun bakım ünitesinde görevine devam etmektedir.

2014 yılından itibaren ebelik üzerine çeşitli seminer, sempozyum, konferans ve kurslara katılan Büşra Karaaslan ilgi alanı enerji üzerine terapötik dokunuş eğitimi olarak çalışmalarına devam etmektedir.