



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SICAK UYGULAMANIN SEZARYEN SONRASI AKUT  
AĞRIYA VE DOĞUM SONU KONFORA ETKİSİ**

BURCU RÜMEYSA KARACA

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi PINAR IRMAK VURAL

İSTANBUL 2021

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Burcu Rümeysa KARACA  
Tez Başlığı : Sıcak Uygulamanın Sezaryen Sonrası Akut Ağrıya ve  
Doğum Sonu Konfora Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 27.10.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr. Öğr. Üyesi Pınar Irmak VURAL	İstanbul Medipol Üniversitesi	

### Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Yeliz VARIŞOĞLU	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Demet İNANGİL	Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.**

## **ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Burcu Rümeyza KARACA

İmza

## TEŞEKKÜR

Ben büyürken desteğini bende esirgemeyen bana merhameti vicdanı ve insanlığı öğreten, yeni kaybettiğim ve acısı hala taze olan ailemizin çınarı sevgili dedem Hilmi KÖKPINAR'a,

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresince, mesleki bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan, araştırmamın planlanması ve yürütülmesinde beni destekleyen, rehberlik eden ve yol gösteren sevgili tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Pınar IRMAK VURAL'a,

Hayatıma girdiği günden itibaren desteğiyle yanımda olan, birlikte büyüdüğüm değerli hayat arkadaşım Abdülsamet BİLGİN'e

Bu zorlu süreçte desteklerini esirgemeyen, beni ben yapan, attığım her adımda bana güvenen ve yanımda olan başta değerli annem Yasemin KARACA, değerli teyzem Hilal AŞ, sevgili anneannem Keziban KÖKPINAR ve sevgili babam Yıldırım KARACA olmak üzere bütün aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAY FORMU</b> .....	i
<b>ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	vi
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	viii
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. ABSTRACT</b> .....	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
4.1 Sezaryen .....	6
4.1.1 Sezaryenin tanımı ve tarihçesi .....	6
4.1.2 Sezaryenin insidansı .....	6
4.1.3 Sezaryenin endikasyonları .....	7
4.1.4 Sezaryenin kontrendikasyonları.....	8
4.1.5 Sezaryenin komplikasyonları.....	8
4.1.6 Sezaryen sonrası ağrı .....	9
4.2 Sıcak Uygulama .....	13
4.2.1 Sıcak uygulama tanımı.....	13
4.2.2 Sıcak uygulamanın fizyolojik etkileri.....	13
4.2.3 Sıcak uygulama ve ağrı.....	14
4.2.4 Sıcak uygulama yöntemleri ve hemşirelik bakımı.....	16
4.3 Doğum Sonrası Konfor .....	20
4.3.1 Konfor kuramı.....	20
4.3.2 Doğum sonu dönemde annenin konforunu etkileyen faktörler .....	23
4.3.3 Doğum sonu konforun önemi ve hemşirelik bakımı .....	25
<b>5. MATERYAL-METOT</b> .....	28
5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü.....	28
5.2 Araştırmanın Hipotezleri .....	28
5.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	28
5.4 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	28

5.5 Veri Toplama Araçları.....	29
5.5.1 Tanıtıcı bilgi formu (Ek-1): .....	30
5.5.2 Visual analog skala (Ek-2):.....	30
5.5.3 Doğum sonu konfor ölçeği (Ek-3):.....	30
5.6 Araştırmanın Uygulanması.....	31
5.6.1 Deney grubu:.....	31
5.6.2 Kontrol grubu:.....	33
5.7 Araştırmanın Değişkenleri .....	33
5.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
5.9 Araştırmanın Etik Yönü .....	34
5.10 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	34
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
6.1. Kontrol ve Deney Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	35
6.2 Kontrol ve Deney Gruplarının VAS Skorlarının Karşılaştırılması .....	41
6.3 Kontrol ve Deney Gruplarının DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
7.1.Kontrol ve Deney Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	44
7.2.Kontrol ve Deney Gruplarının VAS Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	46
7.3.Kontrol ve Deney Gruplarının DSKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	48
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>51</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>53</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>63</b>
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu .....	63
EK-2: Visual Analog Skala .....	65
EK-3: Doğum Sonu Konfor Ölçeği.....	66
EK-4: Mediflex Instant Hot Pack .....	68
EK-5: Doğum Sonu Konfor Ölçeği İzin Formu .....	69
EK-6: Kurum İzni.....	71
EK-7: Araştırmaya Katılım Onam Formu .....	72
<b>11.ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>73</b>
<b>12.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>76</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ADH</b>	:Antidiüretik Hormon
<b>CPD</b>	:Baş Pelvis Uyuşmazlığı
<b>DSKÖ</b>	:Doğum Sonu Konfor Ölçeği
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKİÖ</b>	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>KKT</b>	:Kapı Kontrol Teorisi
<b>TENS</b>	:Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
<b>TNSA</b>	:Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
<b>UAÇB</b>	:Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği
<b>VAS</b>	:Visual Analog Skala

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 6.1.1:</b> Gruplara göre yaş ve eğitim özelliklerine göre dağılımlar.....	35
<b>Tablo 6.1.2:</b> Gruplara göre sosyal güvence, çalışma ve gelir durumu özelliklerine göre dağılımlar.....	36
<b>Tablo 6.1.3:</b> Gruplara göre aile özelliklerine yönelik dağılımlar.....	36
<b>Tablo 6.1.4:</b> Gruplara göre daha önce geçirilmiş ameliyat özelliğine göre dağılımlar.....	37
<b>Tablo 6.1.5:</b> Gruplara göre gebelik sürecine ilişkin özelliklerine göre dağılımlar.....	37
<b>Tablo 6.1.6:</b> Gruplara göre düşük ve küretaj özelliklerine göre dağılımlar.....	38
<b>Tablo 6.1.7:</b> Gruplara göre sezaryende kullanılan anestezi şekline göre dağılımlar.....	39
<b>Tablo 6.1.8:</b> Gruplara göre ilaçsız ağrı kesici kullanma özelliklerine göre dağılımlar.....	39
<b>Tablo 6.2.1:</b> Gruplara göre VAS skorlarının karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 6.3.1:</b> Gruplara göre doğum sonu konfor ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 6.3.2:</b> Gruplara göre fiziksel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 6.3.3:</b> Gruplara göre psikospiritüel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 6.3.4:</b> Gruplara göre sosyokültürel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.4.1: Örneklem Hacmi Hesaplama Grafiği.....29



## 1. ÖZET

### SICAK UYGULAMANIN SEZARYEN SONRASI AKUT AĞRIYA VE DOĞUM SONU KONFORA ETKİSİ

Sezaryen sonrasında uterusun kasılmasına ve insizyon bölgesine bağlı ağrı, baş ağrısı, bel ağrısı, mobilize olamama, yorgunluk, şişkinlik, uyku kalitesinde bozulma, konforda azalma gibi sorunlar görülebilir. Postoperatif ağrının azaltılması kronik ağrının, depresyonun giderilmesi ve doğum sonu konforun artması için önemlidir. Postoperatif ağrının azaltılmasında, kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkisinin olması nonfarmakolojik yöntemlere yönelimi arttırmıştır. Bu çalışma, sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrıya ve doğum sonu konfora olan etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Araştırma, İstanbul'da özel bir hastanede 01 Haziran 2020 - 01 Aralık 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem grubunu dahil edilme kriterlerine uyan 35 deney, 35 kontrol grubu olmak üzere 70 kadın oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Visual Analog Skala (VAS)" ve "Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)" ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerde Ki kare testi, Mann-Whitney U testi ve T testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan deney grubundaki kadınların yaş ortalaması  $30,91 \pm 4,93$  olup çoğunluğu lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip, gelir durumu gider durumuna denk, çalışmayan kadınlardır. Kadınların ilaçsız ağrı kesici yöntemlerini genelde kullanmadıkları, kullananlarında daha çok sıcak uygulamayı tercih ettikleri bulgulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu, uygulama sonrası deney grubunun VAS skorunda azalma olduğu ve doğum sonu konfor puanları arasında anlamlı fark saptanmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, sezaryen sonrası akut ağrıyı azaltmada sakral bölgeye sıcak uygulamanın etkili olduğu, ancak yapılan sıcak uygulamanın doğum sonu konforu arttırmaya etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler;** Ağrı, Konfor, Postpartum dönem, Sezaryen, Sıcak uygulama

## **2. ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF HOT APPLICATION ON ACUTE PAIN AND POSTPARTITION COMFORT AFTER CAESAREAN SECTION**

After cesarean section, due to uterine contraction and incision site problems such as pain, headache, back pain, inability to actively mobilize, fatigue, gas and bloating, deterioration in sleep quality, and decreased comfort may occur. Reducing postoperative pain is important for relieving chronic pain, depression and increasing postpartum comfort. In reducing postoperative pain, the side effects of the pharmacological methods increased the tendency to non-pharmacological methods. This study was conducted in a randomized controlled manner to determine the effect of hot application on post-cesarean section acute pain and postpartum comfort. The research was carried out in a private hospital in Istanbul between 01 June 2020 - 01 December 2020. The sample group consists of 70 women, 35 of which are in the experimental group and 35 are in the control group, who meet the inclusion criteria. The data of the study were collected with “Descriptive Information Form”, “Visual Analog Scale (VAS)” and “Postpartum Comfort Scale (PCS)”. SPSS 22.0 program was used in the analysis of the data obtained from the research. Chi-square test, Mann-Whitney U test and T test were used in the data. The average age of the women in the experimental group participating in the study was  $30.91 \pm 4.93$ , and the majority of them were income and expenditure equivalent unemployed women with high school or higher education. It has been found that women generally do not use non-drug pain relief methods, and those who do prefer hot application. It was determined that the descriptive characteristics of the women in the experimental and control groups were similar, there was a decrease in the VAS score of the experimental group after the application, and there was no significant difference between the postpartum comfort scores. As a result, it was determined that the application of heat to the sacral region was effective in reducing acute pain after cesarean section, but the application of heat did not have an effect on increasing postpartum comfort.

**Keywords;** Cesarean, Comfort, Heat application, Pain, Postpartum Period

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sezaryen doğum, abdominal ve uterus duvarındaki insizyon ile fetusun doğması olarak tanımlanır (1). Sezaryen doğum genellikle anne ve/veya bebek için artan mortalite ve morbite riski olduğu durumlarda uygulanmaktadır (2). Eğer vajinal doğum güvenle tamamlanamayacak ise sezaryen doğum tercih edilmektedir (2). Ancak yıllar içinde doktor veya annenin talebi üzerine vajinal doğuma ek bir seçenek olarak kullanılmaya başlamıştır (2). Türkiyede sezaryen ile gerçekleşen doğumlar giderek artmaktadır. Son yıllardaki verilere bakıldığında bu artışı net bir şekilde görmek mümkündür. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 2008 verilerine bakıldığında bu oran %37 iken 2013'te bu oran %48,0, 2018 yılında ise bu oran %52'ye yükselmiştir (3). Sezaryen oranlarındaki bu artış, kadının yaşam kalitesini bozmamak amacıyla sezaryen sonrası bakım konularının göz ardı edilmemesi gerektiğini gösterir niteliktedir. Sezaryen sonrası kadınlarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, emzireme problemleri, yenidoğan bakımını aktif üstlenememe, doğum sonu konforda azalma, anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve ağrı gibi birçok sorun görülebilmektedir (4,5). Sezaryen ile doğum sonrası en sık yaşanan sorunlardan bir tanesi abdominal ağrıdır (6). Postpartum dönemde oksitosin salınımı ve uterusun tekrar eski haline dönmesi uterus kontraksiyonlarını oluşturmaktadır ve bu durum abdominal ağrıya sebep olmaktadır (7). Bir diğer ağrıya neden olan sebep ise sezaryen ile doğumlarda abdomende var olan cerrahi insizyon yeridir (8,9). Birçok kadın doğumdan sonraki ilk günler ve haftalarda ağrı yaşamaktadır. Yapılan bir çalışmada, kadınların %48'inin vajinal doğum ile perineal ağrı bildirdiği, %79'unun sezaryen doğum ile insizyonel ağrı bildirdiği belirlenmiştir (5). Bebeğin emmesi, annenin arka hipofiz bezinden oksitosinin hızlı bir şekilde salınmasına neden olur ve bu durum uterusu daha güçlü kontraksiyonların oluşmasına zemin hazırlar (14). Doğum sonrası kanama tedavisi için kullanılan çeşitli uterotonik ilaçlarda uterusun kasılmasına yol açar ve bu durumda ağrı duygusunu arttırmaktadır (14). Kisa ve Zeyneloğlu'nun (2016) yaptığı bir çalışmada postpartum dönemde kadınların karşılaştıkları sorunları araştırmışlar ve kadınların en önemli sorunun doğum sonu ağrı olduğunu belirtmişleridir (16). Amanak ve Karaçam'ın yaptıkları bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan postpartum dönemdeki kadınların postop bir ile üçüncü günler arasında kadınların %54,9'unun

ameliyat yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (6). Doğum sonrası yaşanan ağrı kadınların yaşam kalitesinde ve konforlarında bozulmalara yol açmaktadır (16). Negron ve ark. (2013) yaptıkları bir çalışmada annelerin sezaryen sonrası en çok ağrı, emzirme ve mobilizasyon konusunda sorun yaşadıkları ve bu sorunlarla ilgili yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (17). Postoperatif ağrının azaltılması oluşabilecek fiziksel komplikasyonların, kronik ağrının, depresyonun giderilmesi için ve bireyin yaşam kalitesinin, doğum sonu konforunun, etkin emzirmesinin artırılması için önemli bir yere sahiptir (4,9). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılmasında, konforun artırılmasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkisinin olması ve bu yöntemlerin yetersiz kalması nonfarmakolojik yöntemlere yönelimi arttırmıştır (18). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılmasında; müzik, masaj, reiki, TENS, gevşeme egzersizleri ve refleksoloji gibi farklı nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir (18). Literatürde sıcak uygulamanın sezaryen sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Vücudun bir bölümüne veya tamamına sıcaklık veren bir takım fiziksel ajanların uygulanmasına sıcak uygulama denir. Sıcak uygulama düz kasların gevşemesini sağlayarak kasların gerilimini azaltır ve ağrıyı ortadan kaldırır. Sıcak uygulama ödem, enflamasyon, enfekte yara, lokal apse, perineal ve vajinal enflamasyon, dismenore ya da uterus ile yakın komşuluğu olan böbrek, safra, bağırsak ve ağrılarında kullanılabilir (19). Sıcak uygulamada 40-46°C aralığı tedavi edici değerdir. Bu sıcaklığın 46°C üstü olması doku harabiyetine neden olabilir. Ayrıca sıcak uygulamanın rahatlatıcı etkisinin gözlenebilmesi için 20-30 dakika arasında uygulanması gerekmektedir. Sırt bölgesi, alt karın, kasık ya da perine bölgesi sıcak uygulama bölgeleri arasındadır (20). Sıcak uygulama esnasında kullanılacak fiziksel ajanlar; diyaterm, elektrikli yastık, elektrikli battaniyeler, otomatik yastıklar, ısıveren lambalar, ısı petleri, termofor (sıcak su torbası), disposable kimyasal paketler, sıcak suya batırılmış pet, gazlı bez veya havlu gibi materyallerdir (19). Postpartum dönemde uterusun kontrakte olmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağrının yönetiminde uterus ile komşuluğu olan organların meridyenleri kullanılabilir. Bu meridyen bölgelerine yapılan sıcak soğuk uygulama, masaj, TENS, akupunktur, akupresür gibi temasa dayanan uygulamalar uterusun kontrakte olmasına bağlı ağrıyı azaltabilmektedir (20). Yılmaz ve Bilgili (2017)' nin yaptığı bir

çalışmada hemşirelerin postop ağrı yönetiminde uyguladıkları yöntemlere bakılmış ve %74,6 ile çoğunlukta sıcak uygulama yaptıkları bulunmuştur (28). Uraz'ın (2019) yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin postoperatif ağrı yönetiminde daha çok (%64) sıcak uygulamaya başvurdukları belirtilmiştir (22). Karadeniz'in çalışmasında ağrısı olan bireye hemşirelerin %62,1'inin psikolojik destek verdiği, %14,3 ünün sıcak veya soğuk uygulama, masaj yaptığı saptanmıştır (23). Mert ve Göktaş (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ağrıyı azaltmada yarıya yakınının (%43,5) sıcak uygulama kullandığını ifade ettiği bulgulanmıştır (26). Midilli ve ark. (2019)' nın çalışmasında hemşirelerin hastaların ağrısını gidermek için %61,3'ünün bazen sıcak uygulama yaptığı belirlenmiştir (27). Çapar'ın (2019) çalışmasında doğumun 1.evresi olan aktif ve geçiş fazında ağrıyı gidermek için uterusu komşu olan mesane meridyenlerine (BL31-BL32) sıcak bilyelerle akupresür yapmış ve bu uygulamanın ağrıyı hafiflettiğini bulgulanmıştır. Uygulama yapılan mesane meridyenleri alt sırt bölgesindeki ağrının hafiflemesinde ve doğum ağrısının giderilmesinde etkilidir (20). Gist ve ark.'nın (2018) yaptığı bir çalışmada sezaryen ile doğum sonrası postoperatif ağrının azaltılması amacıyla insizyon bölgesinin üst hattına soğuk uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda da soğuk uygulamanın postoperatif ağrıyı hafiflettiği bulgulanmıştır (21). Elmas'ın (2019) yaptığı bir çalışmada doğum sonrası epizyotomi bölgesine sıcak uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda da kadınların ağrısının azaldığını ifade edilmiştir (24). Türkmen'in (2017) yaptığı çalışmada masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısı ve konfor üzerine olan etkisine bakılmış, sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı konforu ise arttırdığını belirtmiştir (25). Doğum sonrası ağrının giderilmesine yönelik doğum sonrası bakım uygulamalarında kanıt eksikliği mevcuttur (13). Bu araştırma, sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrı ve doğum sonu konfora etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 4. GENEL B İLGİLER

### 4.1 Sezaryen

#### 4.1.1 Sezaryenin tanımı ve tarihçesi

Sezaryen; fetüs, plasenta ve eklerinin abdomen (laparotomi) ve uterus duvarına (histeretomi) uygulanan insizyon hattı ile çıkartılması anlamına gelmektedir (1,32). Sezaryen teriminin anlamıyla ilgili birçok açıklama ileri sürülmüştür. Tıpta en eski cerrahi girişimlerden biri olup yüzyıllar boyunca yapılmaya devam edilmiştir. Sezaryene ilişkin veriler Eski Hindu, Mısır, Roma ve Yunan folklarına kadar uzanmaktadır. Dini tıbbın yaratıcısı kabul edilen Asclepius, ölmek üzere olan annesinin karnından babası Apollon tarafından çıkarılmıştır. Bir diğer açıklamada “Sezaryen” adının Julius Caesar’ın bu yöntemle doğmasından dolayı kullanılmaya başlandığına yöneliktir. Romalılar sezaryeni milattan önceki son yüzyıla kadar “ölen annenin karnını kesmek” olarak tanımlamışlardır (34,35). Bir diğer açıklama ise Casearean kelimesinin Orta Çağda kesmek anlamına gelen Caedere’den türetildiği yönündedir (1,32).

#### 4.1.2 Sezaryenin insidansı

Son yıllardaki verilere bakıldığında bu artışı net bir şekilde görmek mümkündür. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) ’nın 1998 verilerine bakıldığında sezaryen oranı %13,9 olarak bulgulanmıştır. Daha sonra yayınlanan TNSA verilerine bakıldığında 2003’te oran %21,2, 2008 verilerine bakıldığında bu oran %37 iken 2013’te bu oran %48,0 olarak saptanmıştır. En son yayınlanan TNSA 2018 verilerine bakıldığında ise bu oran %52’ye yükselmiştir (3,36-39). DSÖ 2015 yılında ideal sezaryen oranının %10-15 aralığında olması gerektiğini vurgulamıştır (40). Ancak elde edilen verilerden sezaryen oranlarının yıllar içinde (hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin çoğunda) artmakta olduğu gözlenmiştir. DSÖ’ne göre sezaryen doğum sadece tıbben gerekli olduğunda, anne ve yenidoğanın hayatını kurtarmada uygulanmalıdır (40). DSÖ’nün (2015) sezaryen oranlarının sıralamasında Türkiye dördüncü sırada yer almaktadır (Dominion Cumhuriyeti %56,4, Brezilya %55,6, Mısır %51,8, Türkiye %50,4). DSÖ sezaryen oranlarının bir toplumda %10’a

kadar olmasının anne ve yenidoğan ölümlerini azaltabileceğini ancak %10'un üzerindeki sezaryen oranlarının anne ve yenidoğan mortalite hızlarındaki azalmalarla ilişkisinin olmadığını vurgulamıştır. Aynı zamanda sezaryen doğumlarının değerlendirilebilmesi, izlenmesi ve kurumlar arası sezaryen oranlarının takip edilebilmesi için Robson sınıflamasının kullanımını önermiştir (40). DSÖ'ne göre Türkiye %50 oran ile dünyada dördüncü sırada yer almaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (EKİÖ) 2015 verilerine göre Türkiye sezaryen oranları arasında birinci sırada gelmektedir. EKİÖ verilerine göre ülkemizdeki sezaryen oranı bin canlı doğumda 531 olarak belirlenmiştir (41). İzlanda, Finlandiya, Norveç, İsveç, İsrail ve Hollanda'da sezaryen oranlarının %15-%17 arasında olup en düşük orana sahip olduğu vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra Türkiye, Meksika ve Şili'de iki doğumdan bir tanesinin sezaryenle gerçekleştiği belirtilmiştir (41).

#### **4.1.3 Sezaryenin endikasyonları**

Sezaryen doğum; vajinal doğumun tamamlanamayacağı durumlarda ya da maternal, fetal mortalite ve morbitede artış riskinin varlığı durumunda uygulanmaktadır. Sezaryen ile doğumun anne ve bebeğin sağlığına olumsuz etkileri düşünüldüğünde elektif sezaryenden kaçınılması sezaryene sadece endikasyon varlığında başvurulması zorunlu hale gelmektedir (42,43). Sezaryen için birçok endikasyon bulunmaktadır. Bunlar fetüse, umbilikal kord ve plasentaya, anneye, travay veya doğuma bağlı olabilir (42).

**Fetal Endikasyonlar:** Fetal sıkıntı, fetal prezentasyon anomalileri (makat prezentasyon, transvers, alın, yüz, omuz geliş vb.), çoğul gebelikler, fetal anomaliler (hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.),

**Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar:** Kordon sarkması (umbilikal kord prolapsusu), Plasental anomaliler (Plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa),

**Materanal 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),



Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar: Baş-pelvis uyumsuzluğu (CPD), Uzun 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 (32,41,42).

Diğer endikasyonlar ise; kadınların gebe kalma yaşlarının artması, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımına bağlı olarak çoğul gebeliklerin yaygınlaşması, sosyo-ekonomik faktörler, elektronik fetal monitör kullanımında artışın meydana gelmesi, normal doğum korkusuyla annenin sezaryeni tercih etmesi ve hekimlerin üzerindeki etik ve yasal sorumlulukların oluşturduğu baskı olarak sıralanabilmektedir (44,45).

#### **4.1.4 Sezaryenin kontrendikasyonları**

En önemli kontrendikasyon uygun bir endikasyonun olmayışıdır. Diğer kontrendikasyonlar ise karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetüstür (46).

#### **4.1.5 Sezaryenin komplikasyonları**

Sezaryen sonrası anne ve bebekte bazı komplikasyonlar görülebilir. Bebekte görülebilecek komplikasyonlar arasında; geçici takipne, fetal hemoraji, hipoksik solunum yetmezliği, respiratuar distres sendromu, ventilatör tedavisine ihtiyaç duyması sayılabilir. Ayrıca annenin aldığı anesteziye bağlı bebeğin kas tonüsünde ve reflekslerinde azalma, sezaryen esnasında bebeğin yüzü, yanağı, başı, kalçası ya da kulağında yaralanma riski de ortaya çıkabilir (6,47,50).

Annede sezaryen sonrası görülebilecek komplikasyonlar; komşu organ olan mesane, üreter ve gastrointestinal sistemde yaralanmaların meydana gelmesi, hemoraji, puerperal ateş, ilaç ve anesteziye bağlı reaksiyon oluşması, uterus rüptürü, uterus atonisi, plasenta akreata, histerektomi, anne ölümleri, endomyometrit, yara yeri enfeksiyonu, tromboembolik hastalık, septik pelvik tromboflebit, atelektazi, idrar yolu enfeksiyonu, pulmoner embolizm, amnion embolisi, kronik pelvik ağrı olarak sıralanabilir (48-52).

Bunların yanı sıra sezaryen ameliyatı sonrasında; annelerin insizyon bölgesinde ağrı, baş ağrısı, bel / sırt ağrısı, aktif mobilize olamama, yorgunluk, gaz ve şişkinlik, uyku kalitesinde bozulma, konforda azalma, anksiyete, depresyon gibi sorunlar meydana gelebilir (4-6,53,16,54,55). Sezaryen ile doğum sonrası en sık yaşanan sorunlardan bir tanesi abdominal ağrıdır (uterusun periyodik kasılmasına bağlı). Yaşanılan bu komplikasyonların sonucunda anne kendi öz bakımını karşılamada, bebeğini aktif bir şekilde emzirmede, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede ve yenidoğanın bakımını gerçekleştirmede güçlük çekebilir (6,53).

#### 4.1.6 Sezaryen sonrası ağrı

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği (UAÇB) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinde başlayan, bir nedene bağlı olan veya olmayan, doku harabiyeti bağlı olan ya da olmayan, geçmiş deneyimler ile ilgili, emosyonel, nahoş, sensoryal ve öznel bir deneyim olarak tanımlamıştır (58,18).

Ağrının birçok sınıflandırması vardır. Bunlardan biri ağrı tanımında sık kullanılan; başlama süresi, mekanizması ve kaynaklandığı bölgeye göre yapılan sınıflandırmadır (58,59).

1. Başlama süresine göre: Akut Ağrı, Kronik Ağrı
2. Mekanizmasına göre: Nositif Ağrı, Nöropatik Ağrı, Deafferantasyon Ağrı, Reaktif Ağrı, Psikosomatik Ağrı,
3. Kaynaklandığı bölgeye göre: Somatik Ağrı, Viseral Ağrı, Sempatik Ağrı, Periferal Ağrı.

Bu sınıflandırmalar arasında en çok kullanılan başlama süresine göre olan sınıflandırmadır (60). Akut ağrı, aniden doku hasarı ile başlayan, yara iyileşme süresi içerisinde yavaş yavaş azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir. Kırık, travma, yanık, cerrahi ameliyatlar ve doğum sonrası yaşanan ağrı akut ağrıya örnek olarak verilebilir. Akut ağrı tedavi edilmediği sürece kronik ağrıya dönüşebilmektedir (18).

Kronik ağrı, iyileşmesi için beklenen sürede iyileşmeyen ve iyileşmesi daha uzun süren ağrılardır. Bu süre üç ile altı ay arası olarak kabul edilmektedir. Kronik ağrıda psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler ön plandadır. Kronik ağrının var

olduğu tabloya depresyon ve anksiyete gibi emosyonel problemlerde eklenmekte ve hastanın değerlendirilmesi güçleşmektedir (59).

Sezaryen ile doğumun, kadınların yaşamlarının üzerinde birçok etkisi vardır. Bunlardan en nemliside postoperatif ağrıdır. Postoperatif ağrı sebeplerinin arasında hemoroidler, meme angojmanı, meme ucundan kaynaklanan sorunlar, bebeğe bakım verirken yaşanılan stres, anksiyete, uykusuzluk, yorgunluk, abdomendeki insizyon ve uterus involüsyonu yer almaktadır (61). Amanak ve Karaçam'ın yaptıkları bir çalışmada postoperatif dönemde hastaların insizyon bölgesindeki ağrı haricinde gaz çıkışı problemleri, dışkılama problemleri, idrar yapmaya yönelik sıkıntılar, uykusuzluk ve endişe gibi sorunlarda yaşadıkları belirlenmiştir (6).

Yılmaz'ın (2002) yaptığı bir çalışmada doğal doğum yapan annelerin kendi bakımlarına daha erken saatte dahil oldukları, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise kendi bakımlarına dahil olmalarının bir günü bile geçtiği belirtilmiştir. Buna ek olarak kendisinin ve bebeğinin bakımını sağlamada sezaryen ile doğum yapan kadınların daha çok sorun yaşadığı, bu sorunun en büyük sebebinde yaşanılan postoperatif ağrı olduğu bildirilmiştir (81). En sık yaşanılan ağrı sebeplerinden bir tanesi abdomendeki hissedilen ağrıdır (6). Postpartum dönemde oksitosin salınımı ve uterusun tekrar eski haline dönmesi uterus kontraksiyonlarını oluşturmaktadır ve bu durum abdominal ağrıya sebep olmaktadır (7). Bir diğer ağrıya neden olan sebep ise sezaryen ile doğumlarda abdomende var olan cerrahi insizyon yeridir. Bu insizyon yerine bağlı olarak postoperatif ilk 24-48 saat içinde ortaya çıkan akut ağrı görülebilmektedir (8,9). Birçok kadın doğumdan sonraki ilk günler ve haftalarda ağrı yaşamaktadır. Yapılan bir çalışmada, kadınların %48'inin vajinal doğum ile perineal ağrı bildirdiği, %79'unun sezaryen doğum ile insizyonel ağrı bildirdiği belirlenmiştir (5). ABD'de sezaryen doğum yapan kadınların %79 unda doğum sonrası ilk 2 ayda insizyonel ağrı görülmektedir ve bu ağrıyı %33' "büyük sorun" olarak tanımlamaktadır (13). Uterus kontraksiyonları doğum sonrası ilk birkaç gün, çoğu kadında ağrılı olarak görülür. Bebeğin annenin memesini emmesi, arka hipofiz bezinden oksitosinin hızlı bir şekilde salınmasına neden olur ve bu durum uterusu daha güçlü kontraksiyonların oluşmasına zemin hazırlar. Doğum sonrası kanama tedavisi için kullanılan çeşitli uterotonik ilaçlarda uterusun kasılmasına yol açar ve bu durumda ağrı duygusunu arttırmaktadır (14).

Bu kontraksiyonlar genellikle doğumdan 2 ila 3 gün sonra da devam eder ve daha önce doğum deneyimi olan kadınlarda daha şiddetli görülmektedir (15). Kısa ve Zeyneloğlu'nun (2016) yaptığı bir çalışmada postpartum dönemde kadınların karşılaştıkları sorunlara bakılmış kadınların en önemli sorunun doğum sonu ağrı olduğunu belirttiği bulunmuştur. Sezaryen sayısı arttıkça, kadınların daha fazla doğum sonu ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (16). Sezaryen sayısı artan kadınlarda ağrının daha fazla hissedilmesinin sebebi, uterus tonusunun kaybindan kaynaklanmaktadır (62). Anestezi şekillerine göre incelendiğinde genel anestezi altında sezaryen doğum yapan kadınların spinal anesteziye oranla daha fazla doğum sonu ağrı yaşadığı bulunmuştur (16). Amanak ve Karaçam'ın (2018) yaptıkları bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan postpartum dönemdeki kadınların postop bir ile üçüncü günler arasında kadınların %54,9'unun ameliyat yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (6). Negron ve ark. (2013) yaptıkları bir çalışmada annelerin sezaryen sonrası en çok ağrı, emzirme ve mobilizasyon konusunda sorun yaşadıkları ve bu sorunlarla ilgili yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (17). Jin ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada sezaryen sonrası postoperatif akut ağrının kronik ağrıya dönüşebildiği ve ağrının yaklaşık bir yıl kadar sürebileceği saptanmıştır (9). Ağrının fiziksel ve psikolojik olmak üzere yaşam üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır (57). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının geçmemesine bağlı olarak (18,59,63);

Solunum sisteminde: Vital kapasitede azalma, alveoler kollaps, atelettazi ve akciğer enfeksiyonları gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.

Dolaşım sisteminde: Ameliyat sonrası hareket kısıtlılığı ve az mobilize olmaya bağlı olarak trombüs, emboli, dekübit ülserleri görülebilmektedir.

Endokrin sisteminde: İnsülin seviyesinde azalma ve plazma adrenalin, noradrenalin, kortizol ve antidiüretik hormon (ADH), glukagon, aldosteron seviyelerinde artış görülebilmektedir.

Kardiyovasküler sisteminde: Ağrının uzun süreli devam etmesi sempatik sinir sistemini etkin hale getirip, katekolamin salınımını arttırmaktadır. Katekolaminlerin artması ile birlikte sistemik vasküler direnç ve kalbin iş yükünde artmalar meydana gelmektedir. Ağrının yetersiz tedavisi sonucunda aritmi, hipertansiyon ve miyokard enfarktüsü oluşabilmektedir.

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 (16). Amanak ve Karaçam'ın (2018) yaptıkları çalışma sonucunda kadınların sezaryen ile doğum sonrası ağrıya bağlı olarak bebeklerinin ve kendilerinin bakımlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir (6). Postoperatif ağrının azaltılması oluşabilecek fiziksel komplikasyonların, kronik ağrının, depresyonun giderilmesi için ve bireyin yaşam kalitesinin, doğum sonu konforunun, etkin emzirmesinin artırılması için önemli bir yere sahiptir (4,9). Literatürde doğum sonrası ağrının giderilmesine yönelik doğum sonrası bakım uygulamalarında kanıt eksikliği mevcuttur (13). Sezaryen sonrası ağrı yönetiminde genellikle farmakolojik yöntemlerden nonopioid (narkotik olmayan) ve opioid (narkotik) analjezik ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak kullanılan bu farmakolojik yöntemlerin ağrının giderilmesinde tamamen etkili olmadığı belirlenmiştir (18).

Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında kullanılan nonopioid ilaçların doğum sonu süt miktarının azalmasına ve yenidoğanın yetersiz kilo almasına, opioid analjezik ilaçların ise kadınlarda bulantı, kusma, kaşıntı, sedasyon, bradipne, baş dönmesi gibi şikayetlere sebep olduğu belirlenmiştir (10-12). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılmasında, konforun artırılmasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkisinin olması ve bu yöntemlerin yetersiz kalması nonfarmakolojik yöntemlere yönelimi arttırmıştır (18). Nonfarmakolojik yöntemler ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol altına alınabilmesidir. Bu yöntemlerin kullanılmasının amacı, farmakolojik yöntemlerin kullanılmasının azaltılması, yan etkilerinin olmaması, kullanımının kolay ve ulaşılabilir olması, maliyetinin az olması, bireyin yaşam kalitesi ve konforunu arttırmasıdır (64,65). Nonfarmakolojik yöntemler, periferal teknikler ve bilişsel/davranışsal teknikler olarak iki grupta ele alınmaktadır.

Bilişsel / Davranışsal Teknikler; Ağrının sadece algısal değil bireyin ağrıya verdiği anlam ile ilgilide olduğunu savunan girişimlerdir. Ağrıyı gidermede duyuşsal faktörlerle değişiklik oluşturulur. Gevşeme, dikkati başka yöne çekme müzik, hayal kurma, hipnoz, meditasyon ve bilişsel stratejilerdir (64-66).

Periferel Teknikler; Bu teknik deriye fiziksel olarak yapılan uyarıcı girişimlerdir. Deriye yapılan bu uyarı ağrı olan bölgenin üzerine, çevresine, karşı tarafına ya da proksimaline uygulanabilir (64). Transkütan sinir stimülayonu, sıcak ve soğuk uygulama, egzersiz, pozisyon verme, masaj, hareket kısıtlaması / dinlendirme, terapatik dokunma, akupunktur gibi uygulamaları kapsamaktadır (64,65). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılmasında; müzik, masaj, reiki, TENS, gevşeme egzersizleri ve refleksoloji gibi farklı nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir (18). Literatürde sıcak uygulamanın sezaryen sonrası abdominal ağrı ve konfor üzerine etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## **4.2 Sıcak Uygulama**

### **4.2.1 Sıcak uygulama tanımı**

Termoterapi olarak da tanımlanabilen sıcak uygulama ağrı kontrolünde eski çağlardan beri kullanılan bir tedavi yöntemidir. Sıcak uygulama için Mısırlılar, Yunanlılar ve Romalılar güneş ışınlarını kullanmışlardır. Sıcak uygulamalara dair ilk bilimsel kaynakların 18.yüzyılın sonlarında ortaya çıktığı belirlenmiştir (67). Vücudun bir parçasına veya tamamına sıcaklık veren birtakım nesnelere uygulanmasına sıcak uygulama denir. Sıcak uygulama düz kasların gevşemesini sağlayarak kasların gerilimini azaltır ve ağrıyı ortadan kaldırır. Sıcak uygulamanın yapılma amacı tedaviyi gerçekleştirmek ya da tedaviye destek olmaktır. Sıcak uygulama ödem, enflamasyon, enfekte yara, lokal apse, perineal ve vajinal enflamasyon, dismenore ya da uterus ile yakın komşuluğu olan böbrek, safra, bağırsak ve ağrılarında kullanılabilir (19).

### **4.2.2 Sıcak uygulamanın fizyolojik etkileri**

Sıcak uygulamanın vücutta birçok etkisi bulunmaktadır. Bu etkiler aşağıdaki gibidir:

- Vazodilatasyon sağlar. Bununla birlikte ısı uygulandığı bölgede kan akımını hızlandırır, zarar görmüş etkilenmiş alandaki konjesyonu azaltır, bölgeye giden kan akımını artırarak bölgenin beslenmesini sağlar,

metabolik atık ürünlerin atımını hızlandırır ve venöz kan birikimini azaltır (19).

- Kanın viskozitesini azaltır. Yaralı bölgeye lökositlerin ve antibiyotiklerin hemen ulaşmasını sağlar (19).
- Kapiller permeabilite artar. Besin ve metabolik artıkların geçişi artar. Apsenin lokalize olarak yayılmasını önler (19).
- Doku metabolizmasını hızlandırır. Kan akımının artması sağlanır ve uygulama yapılan bölgede sıcaklık artar. Uygulama esnasında her 10 C 'lik ısı artışına bağlı hücrelerin metabolik hızlarında 2-3 kat artarak enzimatik reaksiyonların aktive olması sağlanır (19). Buna bağlı olarak dokularda oksijenlenme artar, besin alımı gerçekleşir ve hasarlı dokularda yenilenme meydana gelir (24).
- Kas gerilimini azaltır. Düz kasların gevşemesini sağlayarak spazmı ortadan kaldırır ve ağrıyı azaltır (19).

#### **4.2.3 Sıcak uygulama ve ağrı**

Nonfarmakolojik yöntem olan sıcak uygulama, hastanın ağrısını gidermede ve pozitif yönde rahatlamasını sağlamada kullanılan yöntemlerden biridir (64,79,60). Nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı kontrolü üzerindeki etkisi daha çok kapı kontrol teorisi ile anlatılmaktadır. Kapı kontrol teorisine göre medulla spinalisin arka boynuzunda ağrı duyusunun şiddetini algılayabilen kapı bulunmaktadır ve bu kapı ince liflerin aktivitesi ile açılmaktadır. Bunun sonucunda ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşır, kalın çaplı liflerin aktivitesi ile kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenmektedir ve böylece ağrı hissedilmemektedir (79,60). Bu durumda, ağrı, deride çok sayıda kalın çaplı lif olması nedeniyle dokunma, masaj, sıcak / soğuk uygulama, TENS ve akupunktur gibi özel deri uyarılarına olumlu cevap verir. Kişinin yoğun duyuşsal uyarı alması durumunda, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Bu özellik dikkat dağıtma, telkin, hayal kurma vb. yöntemlerin ağrıyı azaltmada etkili olmasını sağlar. Kişinin düşüncelerinin, deneyimlerinin ve duygularının korteksteki tetik ağrı uyarılarını aktive ederek bilinç düzeyine geçişi sağlanır. Bu durum anneye ağrının nedeni ve giderilmesi

hakkında doğru bilgi verilerek, annenin güven duygusunun artırılması, korkularının ve anksiyetesinin azaltılması ile ağrının giderilmesini sağlamaktadır (79,60).

Sıcak ağrı kontrolü üzerinde etkileri şöyle sıralanabilir;

- Isı veren uyarılar, Melzack ve Wall'in KKT'ne göre ağrı duyusunu kontrol edebilirler.
- Isı uyarıları endorfin düzeylerini arttırarak ağrı duyusunun oluşumunu azaltabilirler.
- Sıcak uygulama vazodilatasyon oluşturarak dolaşımın artmasına ve ağrıya sebep olan metabolik artıkların bölgeden uzaklaştırılmasına yardımcı olabilir.
- Uygulama yapılan bölgede ağrı eşiği yükselebilir.
- Sıcak uygulama sayesinde dokuların viskoelastik özelliklerinde değişimler meydana gelir. Bu değişim sayesinde sinir uçlarındaki baskı ve gerilim gibi faktörlerde azalmalar oluşabilir.
- Hastada genel sedasyon yaparak rahatlamının gerçekleşmesini sağlar. Buna bağlı olarak ağrıda azalma meydana gelir.
- İskemi nedeniyle oluşan gerilim tipi ağrıda bölgenin kanlanmasını sağlar ve analjezik etki gerçekleştirebilir (64,69,72,73,74,79,60).

Uterusun kontrakte olmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağrının yönetiminde uterus ile komşuluğu olan organların akupunktur enerji meridyenleri kullanılabilir. Bu meridyen bölgelerine yapılan sıcak soğuk uygulama, masaj, TENS, akupunktur, akupresür gibi temasa dayanan uygulamalar uterusun kontrakte olmasına bağlı ağrıyı azaltabilmektedir (20).

Çapar (2019) yaptığı çalışmada doğumun 1.evresi olan aktif ve geçiş fazında ağrıyı gidermek için uterusa komşu olan mesane meridyenlerine (BL31-BL32) sıcak bilyelerle akupresür yapmış ve bu uygulamanın ağrıyı hafiflettiğini bulgulamıştır. Bu mesane meridyenleri alt sırt bölgesindeki ağrının hafiflemesinde ve doğum ağrısının giderilmesinde kullanılmaktadır (20). Gist ve ark.'nın (2018) yaptığı bir çalışmada sezaryen ile doğum sonrası postoperatif ağrının azaltılması amacıyla insizyon bölgesinin üst hattına soğuk uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda soğuk uygulamanın postoperatif ağrıyı hafiflettiği bulgulanmıştır (21). Uraz'ın (2019) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin postoperatif ağrı yönetiminde daha çok (%64)



sıcak uygulamaya başvurdukları belirtilmiştir (22). Karadeniz'in çalışmasında ağrısı olan bireye hemşirelerin %62,1'inin psikolojik destek verdiği, %14,3'ünün sıcak ve soğuk uygulama, masaj yaptığı saptanmıştır (23). Elmas (2019) yaptığı bir çalışmada epizyotomi bölgesine sıcak uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda kadınların ağrısının azaldığını ifade ettiği belirlenmiştir (24). Türkmen (2017) yaptığı çalışmada masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısı ve konfor üzerine olan etkisine bakılmış, sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı konforu ise arttırdığını belirtmiştir (25). Mert ve Göktaş (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ağrıyı azaltmada yarıya yakınının (%43,5) sıcak uygulama kullandığını ifade ettiği bulgulanmıştır (26). Midilli ve ark.'nın (2019) çalışmasında hemşirelerin hastaların ağrısını gidermek için %61,3'ünün bazen sıcak uygulama yaptığı belirlenmiştir (27). Yılmaz ve Bilgili (2017)'nin yaptığı bir çalışmada hemşirelerin postoperatif ağrı yönetiminde uyguladıkları yöntemlere bakılmış ve %74,6 ile çoğunlukta sıcak uygulama yaptıkları bulunmuştur (28).

#### **4.2.4 Sıcak uygulama yöntemleri ve hemşirelik bakımı**

Sıcak uygulama için kullanılan birçok yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemler etkili, ucuz, pratik ve hekim istemi gerektirmediği için kolayca uygulanabilir. Doğru kullanıldığı zaman hastaya herhangi bir yan etkisi bulunmayan, hastanın analjezi ihtiyacını önemli ölçüde azaltan ve hastanın rahatlamasına yardımcı olan nonfarmakolojik bir yöntemdir (19,68-71). Sıcak uygulama; sırt bölgesi, alt karın, kasık ya da perine bölgesine uygulanabilir (20,68,70-72). Sıcak uygulamanın süresi ve ısı derecesi önemli bir yere sahiptir (75). Sıcak uygulamada 40-46°C aralığı tedavi edici değerdir. Bu sıcaklık aralığında kan dolaşımı artışının belirtisi olan hiperemi meydana gelir. Ancak bu sıcaklığın 46°C üstünde olması doku harabiyetine neden olabilmektedir (20,73,74). 46°C üstündeki uygulamalar soğuk uygulama gibi etki göstermekte ve istenilen sonuca ulaşılmasını engellemektedir (75). Sıcak uygulamanın rahatlatıcı etkisinin gözlenebilmesi için 20-30 dakika arasında uygulanması tavsiye edilmektedir. Herhangi bir olumsuz etkinin görülmemesi için bu süre 45 dakikayı geçmemelidir (20,73,74). Uygulamanın 30-45 dakikaya uzaması durumunda dokularda konjesyon meydana gelmektedir. Bir saati aşan uygulamalarda

ise vazodilatasyon yerini vazokonstriksiyona bırakarak amaçlanan etkinin tersi elde edilmektedir (76,77). Sıcak uygulamalar kendi arasında, kuru sıcak uygulamalar ve yaş (nemli) sıcak uygulamalar olarak ayrılmaktadır (19,64,78,79).

- **Kuru sıcak uygulamalar:** Kuru ısı veren araçlar kullanılarak yapılan uygulamalara denir. Bu uygulamalarda diyaterm, elektrikli yastık, elektrikli battaniyeler, aquamatik yastıklar, ısı veren lambalar, ısı petleri, termofor (sıcak su torbası), disposable kimyasal paketler kullanılabilir. Kuru sıcak uygulamalar, ağrıyı azaltmak ve süpürasyonu azaltmak için kullanılır. Vücuda direkt olarak uygulanan kuru ısı yöntemleri; elektrikli ısıtma yastıkları, aquatermik yastıklar, termoforlar ve disposable kimyasal paketlerdir. İndirekt olarak uygulanan yöntemler ise; ısı lambaları ve ısı kafesleridir. İndirekt yöntemler çok geniş alana sirkülasyonu sağlamak, yaraları drene etmek ve kuru tutmak için uygulanabilmektedir (19,64,78,79).
  - **Aquatermik yastıklar;** kauçuk ve plastikten yapılmış içinde derin su kanalları ile sıcak ve soğuk suyun sirkülasyonunu sağlayan su geçirmeyen aletlerdir. Güvenli olduklarından oldukça sık kullanılır. Isı ayarını sağlayan bir termostat sistemi vardır. Aquatermik yastıklarda ısı derecesi 40-43 °C'dir. Uygulamaya başlamadan önce yastık içindeki su seviyesi kontrol edilmeli gerekirse distile su ilave edilmeli, kanallara pompalanmalı ve daha sonra ısı ayarı yapılmalıdır. Aquatermik yastıklar uygulamadan önce üzerine yalıtımı ve vücut terinin emilimi için pamuklu keten kılıf ya da havlu geçirilir (19,64,78,79).
  - **Elektrikli ısı yastıkları;** elektrik bobinlerinden oluşmuş üzeri pamuklu kumaş ya da keten kumaşla kaplı su geçirmez aletlerdir. Aquatermik yastıklar gibi uygulanmaktadır (19,64,78,79).
  - **Isı kafesi;** çok sayıda akkor elektrik lambalarından oluşan metal kemerlerdir. Birden fazla 45 Watt'lık ampul kullanımı istenilen ısıya ulaşmak için gerekebilir. Ampuller hastaya 40-45 cm uzaklıkta tutularak hastanın geniş alanını ısıtmak için kullanılır. Uygulama süresi 15 dakikadır. Lambaların mesafesi ve ampul sayısı doktor

istemine göre ayarlanır. Isı verilmeden önce hastanın uygulama yapılacak bölgesi bir çarşafıla örtülür (19,64,78,79).

- Isı lambaları; hastanın yanına taşınabilen oynar başlıklı seyyar lambalardır. Lambaların ampulleri uygulanacak bölgenin durumuna ve tedavinin amacına göre 25-45-60 Watt'lık olabilir. Lamba ile hastanın uygulanacak bölgesi arasında 45-60 cm'lik bir mesafe olmalıdır. İşlem süresi hastanın toleransına uygun olarak 15-30 dakikadır. Her beş dakikada bir yaranın rengi, durum değişikliği ve sıcaklığı kontrol edilmelidir. İşleme başlamadan önce hastanın vital bulguları alınır, işlem yapılacak bölge kontrol edilir. Hastanın genel durumu gözlenir (19,64,78,79).
- Tek kullanımlık (disposable) kimyasal paketler; farklı kimyasal bileşenler içeren iki bölümden oluşan plastik keselerdir. Kese sıkıştırıldığında içinde bulunan kimyasal bileşenler aktif hâle gelir ve kese içindeki ısı yükselir, bu keseler bir kere kullanılır bu nedenle maliyetleri yüksektir ancak çapraz enfeksiyonların önlenmesi açısından kullanılmaları tercih edilmektedir. Keseler kullanılmadan önce ısıları ön kol iç yüzüne tutularak kontrol edilir ve hastaya ondan sonra uygulama yapılır. Kimyasal paketlerin yırtık olup olmadığı ve daha önce kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir (19,64,78,79).
- Termofor (sıcak su torbası); değişik ebatlarda, suyun kaynama noktasına dayanıklı, sıvı sızıntısını önleyen vidalı kapağı olan asma işlemi için uzantılı plastikten yapılmış torbalardır. Termoforun deriye direkt temasını önleyen kılıfı vardır (19,64,78,79).
- **Yaş (nemli) sıcak uygulamalar**: Yaş sıcak uygulamalar, ısıyı çabuk ileten bir yöntemdir. Bu nedenden dolayı sıcak uygulamalar arasında en çok tercih edilen yöntemlerdir. Yaş sıcak uygulamaların kullanım amaçları sirkülasyonu düzenlemek, ödemi ve enflamasyonu azaltmak, kas gevşemesini arttırmak, yara iyileşmesini hızlandırmaktır. Derin kaslara sıcaklık geçişinin olabilmesi için ıslak sıcak uygulama yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir. Bu uygulamalar; sıcak yaş kompresler, oturma banyosu (sitzbath), lokal ve genel banyolar olarak sınıflandırılabilir (19,64,78,79).

- Sıcak yaş kompresler; pet, gazlı bez, havlu gibi malzemelerin sıcak suya batırılarak gerekli bölgeye uygulanmasına sıcak yaş kompres denir. Kompresler büyük alana uygulanacaksa büyük kompres ya da çarşaflar kullanılır. Küçük alanlarda ise küçük kompresler uygulanır. Uygulama açık yara üzerine yapılacaksa cerrahi aseptik tekniğe uyulmalıdır (19,64,78,79).
- Sitz banyosu (oturma banyosu); özel küvet ya da özel hazırlanmış banyoda, istenilen özellikleri taşıyan sıcak solüsyona hastanın oturtulması suretiyle yapılan işlemlere oturma banyosu denir. Rektal ameliyat geçiren, epizyotomi yapılan, ağrılı hemoroidi olan, vajinal enflamasyonu olan hastalara uygulanmaktadır (19,64,78,79).
- Genel banyolar; sıcak su içerisine gerekli görülen solüsyonlar katılarak hastanın tüm vücuduna uygulanan banyo yöntemidir. Genel banyo; bazı cilt hastalıklarında, bütün vücuda ilaç uygulaması gerektiği hâllerde, vücudun büyük bölümünde özellikle gövdede oluşan yanıklarda, yara kabuklarının yumuşatılıp uzaklaştırılmasında, vücut ısısının genel olarak yükselmesini sağlamak amacıyla uygulanır. Genel banyoda hasta küvet içerisine alınır. İşlemden önce hastanın vital bulguları alınır ve hastanın genel durumu kontrol edilir. Hasta üşütülmeden uygulama yapılır, suyun sıcaklığı 37-40 derece olmalıdır. Uygulama esnasında hastanın genel durumunda bozulma olursa işlem sonlandırılır. İşlem 15-20 dakika sürmelidir. İşlem esnasında hastayı hırpalayacak uygulamalar yapılmamalıdır. İşlem bitince işlemin başlama ve bitiş saati ve hasta hakkındaki gözlemler kaydedilir (19,64,78,79).

Sıcak uygulamalar, doku hasarını engellemek için hemşire tarafından sıcak materyal ile deri arasına iki kat bez yerleştirilerek uygulanmalıdır. Uygulama yapılacak kadınların duyularının tamamen açık olduğu hemşire tarafından kontrol edilmelidir. Sıcak uygulama yapılmadan önce hemşire uygulayacağı materyalin sıcaklığını kendisi denemelidir. Ön kola birkaç saniye uygulama yaptıktan sonra tolere edebiliyorsa kadınlara uygulanmalıdır (71).

Aşırı ısıya duyuşsal adaptasyon beden içinde hızla gerçekleşebilir. Birey başlangıçta yüksek ısıya hissetmesine rağmen, duyu reseptörleri adapte olduğunda ısı değişimlerinin farkına varamayabilir. Çok yüksek sıcaklık sonuçta yanma hissine neden olur. Bu fizyolojik olgu yüzünden, sıcak uygulamalarda oluşabilecek doku hasarı riski yüksektir. Özellikle dolaşım problemi olan bireylerde doku hasarı riski fazladır (80). Uygulama süresi ısı hasarı oluşma riski nedeniyle önerilen sınırlarda tutulmalıdır. Hemşire uygulamaya başlamadan önce zaman tutmalıdır. Hastaya yapılacak uygulamanın süresi 30 dakikayı geçmemelidir. Geçmesi halinde doku hasarı oluşmaya başlar. Isı uygulamalarının süresi kıaldıkça vücudun ısıyı tolere etme yeteneği artar. Uygulama süresi önerilen süreden fazla olursa vücudun tepkisi istenilen etkinin tam tersi şeklinde olur (19). Uygulama hemşire tarafından yapılmalıdır ve hastanın cildi 5 dakikada bir gözlenmelidir. Kadın uygulama süresince yalnız bırakılmamalı ve güvende olduğuy hissettirilmelidir. İşlem esnasında ve sonrasında kadının genel durumu yakından gözlenmelidir. Gözlenen değişimler mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Uygulamaya başlanmadan önce kadının hayati bulguları alınmalı ve kaydedilmelidir. Uygulama yapılan materyaller sızıntı yönünden kontrol edilmelidir. Hemşire tarafından yapılan işlem hakkında bilgi verilmelidir. Isı veren materyale uygun pozisyon verildikten sonra materyallerin pozisyonunu değiştirmemesi gerektiği söylenmelidir. Pozisyonunda bir bozulma olduğuy zaman hemşireye haber vermesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (19). Sıcak uygulama elektrik içeren materyallerle uygulanacaksa, hemşire elektrikli aletler ve bağlantılarının çalışıp çalışmadığını ve elektrik kaçağı olup olmadığı kontrol etmelidir. Kullanılacak materyallerin voltajı, tedavi alanına uzaklığı ve verilen pozisyonun uygunluğu kontrol edilmelidir. Elektrikli materyaller kullanılırken hastaların üzerinde iletken bir madde olmamasına dikkat edilmelidir (19).

### **4.3 Doğum Sonrası Konfor**

#### **4.3.1 Konfor kuramı**

Konfor kelimesi kökenini Fransızcadan almaktadır. Latince ‘Confortare’ kelimesinden türetilen konforun kelime anlamı, günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık

olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğünde konfor kelimesi “üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği olmama durumu, yorgunluk veya sıkıntı vermeme” olarak tanımlanmıştır. İngilizce karşılığında ise rahatlama, teselli, avuntu gibi anlamlar yer almaktadır (82). 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 (83,87,29).

Katharine Kolcaba, 1965 yılında Cleveland’da St. Luke’s Hospital School of Nursing’den hemşire olarak mezun olmuş ve farklı klinik alanlarında çalışmıştır. Kolcaba, uzun yıllar boyunca “konfor” kavramı ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalar sürdürmüştür. Bu çalışmalara bağlı olarak 1988 yılında ilk olarak “konfor” kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (83,84,87,29).

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek için 1972 yılında 48 maddeden oluşan 4’lü likert tipte Genel Konfor Ölçeği’ni (General Comfort Questionary-GCQ) denemiş ve sonuçlarını yayınlamıştır. Kolcaba 1994 yılında, bu çalışmalarının sonucuna bağlı olarak konfor kuramını geliştirmiş ve 2003 yılında "Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research (Konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş)" kitabını yayınlamıştır (84,87). Kolcaba konfor kuramının oluşumu aşamasında dört temel felsefi görüşün etkisinin olduğunu belirtmektedir. Yapının en üstünde kuramın çatısını oluşturan bakış açısı olan holizmden (bütüncüllük), bir sonraki aşamada insan gereksinimlerinden (bireylerin karşılamaya çalıştığı ya da karşılayamadığı temel insan gereksinimleri), diğer aşamada Murray’in İnsanda Baskı Kuramından (1938) ve en son aşamada ise Orlando, Henderson, Paterson gibi farklı kuramcılarının geliştirdiği üç orta düzey kuramdan yararlanmıştır. Kolcaba bu felsefi bakış açılarını temel olarak konfor kuramını ve alt taksonomik yapılarını geliştirmiştir (83,87,88).

Kolcaba konfor kavramının taksonomik yapısını iki aşamada incelemiştir. Birinci aşamada karşılanan ya da karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama, üstünlük olmak üzere 3 düzeyde ele almıştır (83,87,29).

- **Ferahlama**

Konfor kuramının ilk basamağını oluşturmaktadır. Kolcaba, gereksinimleri karşılanmış bireyin sonunda sıkıntıdan kurtulacağını ve buna bağlı olarak rahatlama hissedeceğini belirtmiştir. Örneğin postop dönemde ağrı yaşayan bir hastanın analjezik kullanılarak ağrısının geçmesi sonucu hastanın yaşadığı duygu ferahlamadır (83,87,98).

- **Rahatlama**

Kolcaba bu düzeyi bireyin huzur içinde, rahat ya da sakin olması şeklinde tanımlamıştır. Bireyin memnun olduğunu ifade etmesi, rahatlama ve memnuniyetten söz etmesi durumunu içermektedir (83,87,88).

- **Üstünlük**

Bireyin sıradan güçlerinin artırılması durumunda, sorunlarının üstesinden gelebileceği vurgulanmıştır. Buna bağlı olarak bireyin konfora yönelik ihtiyaçlarının karşılanması durumunda, konforun üstünlük düzeyine bireylerin ulaşabileceği belirtilmiştir (83,87,88).

İkinci aşamada ise holistik bakış açısına göre temellendirdiği konfor kavramını fiziksel, psikopritüel, sosyo-kültürel ve çevresel olmak üzere dört boyutta ele almıştır (83,87,88).

- **Fiziksel Konfor**

Bireyin bedensel algıları ile ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve uyku, hastalığa karşı tepkiler, beslenme ve homeostazis, hidrasyon düzeyi, bağırsak fonksiyonlarının devamlılığı ve atıkların elimine edilmesi gibi fizyolojik faktörleri kapsamaktadır. Kolcaba'ya göre hastalık insan vücudunda uyarıcı oluşturur ya da oluşturmaz, fiziksel konfor kişinin hastalığa karşı gösterdiği tepkiden etkilenmektedir (83,84,87,89,90).

- **Psikospiritüel Konfor**

Ruhsal, akılsal ve manevi bileşenlerden meydana gelmektedir. Bireyin yaşamına anlam veren; benlik kavramı, öz saygı, cinsellik, kendinin farkına varma gibi duygulardan oluşmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanması için zamana ihtiyaç

vardır ve giderilmesi hemen mümkün olmayan gereksinimlerdir (83,84,87,89,90).

- **Cevresel Konfor**

Çevresel konforun içeriği dış etkenler, durumlar ve bu durumların birey üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Kolcaba'ya göre çevresel konfor; hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını desteklemektedir. Bu yüzden öncelikli boyut olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çevresel konforun içerisinde, çevrenin güvenilir olması, aydınlık ortam, gürültü, renk, sıcaklık, pencereden görülen manzara gibi etkenler bulunmaktadır. Çevresel konforu azaltan faktörler arasında soğuk ortam, gürültülü sesler, kargaşa ve kaosun olduğu ortam, çok parlak ışık, ter kokusu gibi kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan yataklar yer almaktadır (83,84,87,89,90).

- **Sosyokültürel Konfor**

Sosyokültürel konforu oluşturan etkenler; danışmanlık ve bilgi verme, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi ile evde bakımın sürdürülmesi, verilen bakım esnasında bireyin alışkanlıklarına, kültürel geleneklerine ve dini görüşüne yönelik bakım verilmesi, kişilerarası iletişimi sağlama ve finansal destek sistemlerinden yararlanmayı sağlama yer almaktadır. Aileden ayrılma, kültürel geleneklerin göz ardı edilerek bakım verilmesi, sosyal güvencesinin olmaması, bakımın özensiz olması, bakımın sürekliliğinin olmaması, taburculuk eğitiminin etkin verilmemesi sosyokültürel konforu olumsuz yönde etkilemektedir (83,84,87,89,90).

#### **4.3.2 Doğum sonu dönemde annenin konforunu etkileyen faktörler**

Sezaryen sonrası dönem hem doğum sonu hem de cerrahi ameliyat sonrası dönemi kapsamaktadır. Buna bağlı olarak yaşanan konfor sorunları vajinal doğuma göre daha fazla gözlenebilmektedir. Doğum sonrası dönemde kadının konforunu etkileyen faktörler konforun dört başlığı altında incelenebilir (18).



### A-) Fiziksel Konfor

Postop dönemde fiziksel konforu etkileyen faktörler aşağıda yer almaktadır (18,100).

#### 1-Ağrı

- Sezaryen insizyonu bağlı ağrı
- Uterus involüsyonuna bağlı ağrı
- Hemoroidlere bağlı ağrı
- Meme sorunlarına bağlı ağrı (meme ucu çatlakları ve göğüslerdeki engojmana bağlı)

#### 2-Anestezinin etkileri

- Baş ağrısı
- Bulantı ve kusma

#### 3-Eliminasyon

- Üriner eliminasyon (İdrar retansiyonu, mesane distansiyonu, üriner yol enfeksiyonu)
- Barsak eliminasyonu (Konstipasyon)

#### 4-Emzirme ve meme bakımı (Engojman)

#### 5-Vücut bakımı

6-Aktivite ve dinlenme (Hasta odalarının kalabalık olması, personelin özellikle gündüz saatlerinde hasta odasına daha çok giriş çıkış yapması, yapılan tedavi saatleri ve muayeneler)

#### 7-Erken mobilizasyon

### B-) Psikospiritüel Konfor

Doğum sonrası annede yaşanan bir diğer önemli değişiklik psikolojik ve duygusal olarak yaşanmaktadır. Yaşanılan hormonal değişiklikler, annelik rolüne alışma, uykusuzluk, bebek bakımına adapte olma, emosyonel değişiklikler gibi konular annede korku ve kaygıya neden olabilmektedir. Bu durum annenin psikospiritüel konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Konforun sağlanabilmesi için annenin stres unsurlarıyla başa çıkabilmesi konusunda anneye destek olunmalıdır. Anneye bakım verirken bireyin emosyonel değişiklikleri, anne bebek arasındaki iletişim durumları, annenin stresi ve kaygıları dikkate alınmalıdır. Bu

konularda aileye bilgi verilmeli ve hem anneye hem de aileye destek olunmalıdır (18,100).

#### C-) Çevresel Konfor

Hastanenin konumu ve ulaşılabilirliği, bulunduğu yerdeki gürültü durumu, hastanenin ortamı, temizliği, otopark durumu, annenin yattığı odanın büyüklüğü, odanın ve çevresinin temizliği, odadaki hasta sayısı, hastane yemeklerinin hijyenik ve lezzetli olması çevresel konforu etkileyen faktörler arasındadır. Hastane yönetimi ve hemşireler tarafından annenin kaldığı ortam kontrol edilmeli gerekli önlemler alınmalıdır ve böylece çevresel konfor arttırılmalıdır (18,100).

#### D-) Sosyokültürel Konfor

Hastanedeki sağlık çalışanlarının iletişimi, davranış ve tutumları, bebek bakımı ve anne bakımı hakkında verdikleri bilgiler, taburculuk eğitimlerinin detaylı bir şekilde verilmesi, yapılan hasta ziyaretleri ve gelen ziyaretçiler annenin sosyokültürel konforunu etkilemektedir (18,100).

### **4.3.3 Doğum sonu konforun önemi ve hemşirelik bakımı**

Doğum sonu dönem birbiri arkasını takip eden, birden fazla farklılığın yaşandığı çok hızlı ve kısa bir süreçtir. Bu süreç psikososyal dengelerin bozulduğu, annenin ve ailenin yoğun stres yaşadığı bir kriz dönemidir. Bu dönem annenin, bebeğinin ve ailenin sağlığının geliştirilmesi, korunması ve bu durumun devam ettirilebilmesi açısından önemli bir yere sahiptir (29).

Doğumu izleyen ilk saatlerde annenin ağrısının azaltılması, kanamasının kontrol altına alınması, hijyenik gereksinimlerinin karşılanması, mobilizasyonun sağlanması, beslenme düzeninin normalleşmesi ve bebeğinin bakımında desteklenmesi annenin kendisini bebeğinin ihtiyaçlarını ve kendi ihtiyaçlarını karşılamada daha yeterli hissetmesine sebep olacaktır (29,92). Anne doğumunu sezaryen ile yapmışsa karşılaşılabileceği sorun ve sıkıntılar daha fazla olacaktır. Sezaryenden sonra 6-8 saat kadar ayağa kalkamayan, oral almaya ancak barsak hareketleri başladıktan bir süre sonra başlayabilen, uterus kontraksiyonu, insizyon bölgesi gibi nedenlerle şiddetli ağrılar yaşayan, mesane kateteri olan annenin postpartum ilk günlerini sıkıntılı geçireceği, kendi öz bakımını, bebeğinin bakımını,

günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanabileceği, emzirme problemleri yaşayabileceği, ağrı halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri olan bulantı, kusma, boğaz ağrısı gibi durumlarla karşılaşabileceği bakım verirken hemşireler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Normal doğum yapan annelere kıyasla sezaryen olan annelerin konforlarında daha fazla azalma meydana gelmektedir (29,92).

Algier ve ark. (2009) yaptıkları bir çalışmada normal doğum yapan annelerin konfor düzeylerinin sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (91). Ek olarak annelerin doğum sonu dönemde doğumun etkilerinden dolayı yorgunluk, ağrı, kendi bakımları ve bebeğinin bakımlarında eksiklik yaşadıklarını belirlemişlerdir (91). Karakaplan (2007) tarafından yapılan bir çalışmada doğum sonu yaşanan sorunların, hastanedeki çevresel etkenlerin, sağlık personelinin iletişim düzeyinin konfor düzeyini etkilediği bulgulanmıştır (94). Nakamura ve ark.'nın (2015) yaptığı bir çalışmada anne memnuniyetinin, çocuk bakımında aktif rol almanın, annelerin bilgi düzeylerinin artmasının konforu arttıran etkenler olduğu belirlenmiştir (95). Takehara ve ark.'nın (2016) yaptıkları bir çalışmada ise doğum sonrası dönemde bilgilendirilen ebeveynlerin yaşam kalitelerinin ve konforlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (96). Derya ve Pasinlioğlu'nun (2015) yapmış olduğu bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan annelere, konfor kuramı doğrultusunda verilen bakımın annenin konfor ihtiyacını karşıladığı ve doğum sonu konfor düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (97). Ratwisch ve Çankaya'nın (2020) yaptığı bir çalışmada sezaryenle doğum yapmış annelerin konfor düzeyleri değerlendirilmiş ve çalışmanın sonucunda annelerin yarısından fazlasının ameliyat yerinde ağrısının olduğu ve bu durumun annenin konforunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (98). Çapık ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmada doğum şeklinin konforu etkilediği ve normal doğum yapanların konfor düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (53). Kurt Can ve Ejder Apay'ın (2020) yaptığı çalışmada diğer çalışmaları onaylar nitelikte, normal doğum yapan annelerin konfor düzeylerinin sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (99). Pınar ve ark.'nın (2009) yaptığı bir çalışmada annelerin doğum sonu dönemde kendisi ve bebeğiyle ilgili gereksinimleri hemşireler tarafından karşılandığında memnuniyetlerinin arttığı ve memnuniyet arttıkça konforlarında arttığı saptanmıştır (91).

Annenin konforunun sağlanabilmesi için kendi kişisel ihtiyaçları ile birlikte bebeğinin ihtiyaçlarının da karşılanması gerekmektedir. Dolayısıyla hastanede kalınan ilk günler kritik bir öneme sahiptir. Hem anne hem de aile için bu süreç çok yoğun ve sıkıntılı geçebilir. Bu yüzden doğumu takip eden ilk saatlerden başlayıp, annenin taburculuğu da dahil olmak üzere anneye bütüncül, kaliteli, kapsamlı sağlık hizmeti sunulmalıdır (93,91). Kadının yaşamının ilerleyen dönemlerindeki sağlık düzeyi bu dönemde aldığı bakımın kalitesinden ve niteliğinden etkilenmektedir (91). Hemşireler bu sağlık hizmetini sunarken bireye özgü veri toplamalı ve konforu arttıracak girişimler planlamalı ve uygulamalıdır (29,87). Bu girişimler sayesinde yüksek düzeyde konfor sağlanarak, bireyin bakım kalitesine, memnuniyetine ve doğum sonu yaşam kalitesine destek olunmuş olacaktır (29,87). Annenin ve ailenin yaşadığı fiziksel, psikososyal ve kişisel stres kaynaklarıyla baş etmelerine yardımcı olarak postpartum döneme adapte olmaları desteklenmelidir (29,87). Hemşireler sürdürdükleri bakımda Kolcaba'nın geliştirdiği Konfor Kuramını kendilerine rehber alarak, bireyin gereksinimlerine yönelik veri toplayarak, karşılanmayan gereksinimlerine yönelik konforu arttıran yönde hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulayarak, bireyin yaşam kalitesine katkıda bulunmalıdır (90).

Postpartum dönemde hemşirelerin annenin konforunu arttırabilmesine yönelik girişimler aşağıdaki maddeler halinde sıralanabilir (93):

- Bebeği, anneyi ve aileyi fiziksel ve ruhsal olarak izleme,
- Yaşanan fizyolojik sorunlara karşı girişimde bulunma ve hafifletme,
- Anneyi emzirme konusunda teşvik etme ve emzirmesini kolaylaştırma,
- Anneyi bebeğin bakımına katılması konusunda destekleme,
- Anne bebek etkileşimini artırma,
- Anne destek sistemlerini kullanma,
- Doğru bilginin paylaşılması,
- Taburculuk için hazırlık yapma,
- Eğitim ve danışmanlık yapma,
- Ev ziyaretleri planlama ve ziyaretler ile lohusa ve bebeği değerlendirme,
- Sağlık personeli ile iş birliği yapma

## **5. MATERİYAL-METOT**

### **5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu araştırma, sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrıya ve doğum sonu konfora olan etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel tipte planlanmıştır.

### **5.2 Araştırmanın Hipotezleri**

**Hipotez 1.** Sıcak uygulama sezaryen sonrası akut ağrıyı azaltmada etkilidir.

**Hipotez 2.** Sıcak uygulama doğum sonu konfor düzeyinde etkilidir.

### **5.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

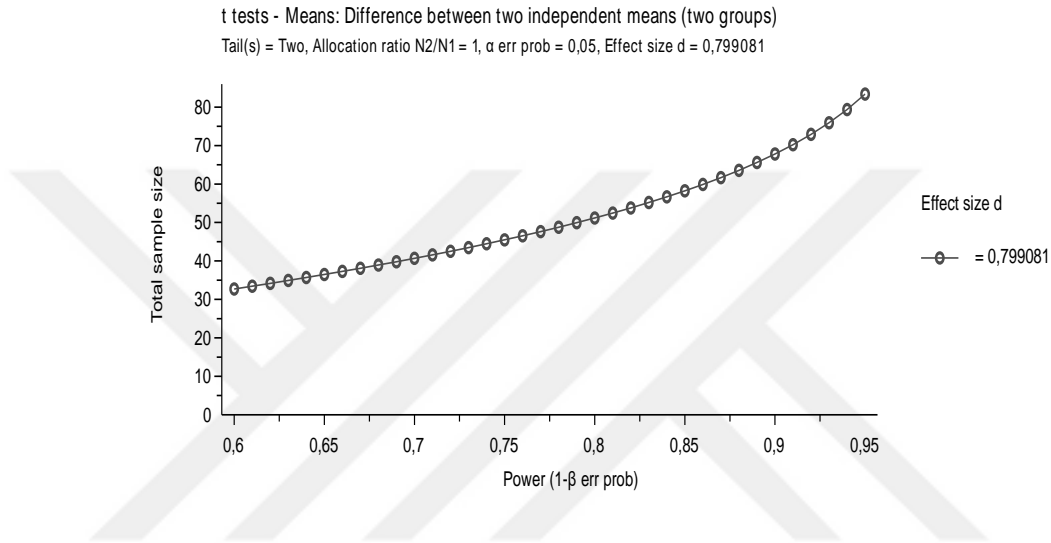
Bu araştırma, 01 Haziran 2020 - 01 Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul Özel Nisa Hastanesi Kadın Doğum Servislerine yatan sezaryen sonrası postoperatif dönemde olan araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlar ile yapılmıştır. İstanbul Özel Nisa Hastanesi A, B ve C olmak üzere üç blok olarak hizmet vermektedir. A Blokte çocuk acil, çocuk servisi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, erişkin yoğun bakım ünitesi, doğumhane, ameliyathane, cerrahi servis ve kadın doğum servisleri bulunmaktadır. Hastanenin B ve C blokları poliklinik olarak hizmet vermekte ve C bloğun giriş katında erişkin acil yer almaktadır. Kadın doğum servislerinin 30 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bu araştırma Özel Nisa Hastanesi A Blok kadın hastalıkları ve doğum yataklı servislerinde yatan kadınlarla yürütülmüştür.

### **5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini İstanbul Özel Nisa Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum yataklı servislerinde sezaryen ile doğum sonrası yatan kadınlar oluşturmaktadır. Çalışma öncesi örnek makalenin ortalama ve standart sapma verileri kullanılarak yapılan G Power analizinde 0,79 etki büyüklüğünde 0,05 hata payı %95 güven

aralığı ve  $1-\beta = 0.80$  gücü sağlayacak örneklem hacmi her bir grup için 26 olarak belirlenmiştir (33) (Grafik 1). Bu bağlamda muhtemel örneklem kaybı olabileceği varsayılarak dahil edilme kriterlerine uyan 35 deney, 35 kontrol grubu olmak üzere 70 kadın ile bu araştırma yürütülmüştür.

#### Şekil 5.4.1. Örneklem Hacmi Hesaplama Grafiği



Araştırmanın dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- İleşimle ilgili herhangi bir problemi olmayan,
- 18-45 yaş arası,
- Gebelik döneminde herhangi bir hastalığı bulunmayan (Diyabet, Hipertansiyon gibi),
- Sezaryen ile doğum yapan primipar,
- Sezaryen ile ilgili herhangi bir komplikasyonu olmayan kadınlardır.

#### 5.5 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “ Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Visual Analog Skala (VAS)” ve “Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)” ile toplanmıştır.

### **5.5.1 Tanıtıcı bilgi formu (Ek-1):**

Tanıtıcı Bilgi formunda katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, mesleği, sosyo-ekonomik durumu, obstetrik hikayesini ve sezaryen ile ilgili soruları içeren 18 madde bulunmaktadır.

### **5.5.2 Visual analog skala (Ek-2):**

VAS, ağrı derecesinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan ölçme araçlarından biridir. Bir ucunda hiç ağrı yok, diğer ucunda çok şiddetli ağrı var yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını bir nokta koyarak ya da işaret ederek belirtmektedir. Cetvel yatay ya da dikey olarak kullanılabilir. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu santimetre olarak ölçülür ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini gösterir (30,31). VAS'ın Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eti Aslan (2002) tarafından uygulanmıştır (107).

### **5.5.3 Doğum sonu konfor ölçeği (Ek-3):**

DSKÖ normal veya sezaryen ile doğum yapmış annelerin doğum sonu konforunu ölçmede, doğum sonu konfor gereksinimlerinin karşılanması, sonucunun somut bir göstergesi olarak çıktı değerlendirilmesinin yapılabilmesinde uygun ve güvenle kullanılacak bir ölçektir. DSKÖ 34 maddeden ve üç faktörden oluşmaktadır; fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel boyutlar incelenmektedir. I. faktörde yer alanlar fiziksel ve bedensel algılar ile ilgili olanlardır ve ölçeğin fiziksel konfor alt boyutunu oluşturmuştur. II. faktörde yer alanlar manevi ve psikolojik bileşenlerdir ve ölçeğin psikospiritüel konfor alt boyutunu oluşturmuştur. III. faktörde yer alanlar kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler, finans ve destek sistemleri ile ilgili olanlardır ve ölçeğin sosyokültürel konfor alt boyutunu oluşturmuştur. Ölçülmek istenen durumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak, 5' li likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmıştır. Her bir madde için "tamamen katılıyorum" 5, ve "kesinlikle katılmıyorum" 1 arasında değişen puanlama

yapılmıştır. Olumlu ifadeler ters puanlanmaktadır. Bu doğrultuda ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170'tir.

Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. Temelde düşük konfor 1'e yakın, yüksek konfor 5'e yakındır. Cronbach Alpha değeri 0,78 olarak bulunmuştur (29).

## **5.6 Araştırmanın Uygulanması**

Bu araştırma randomize kontrollü çalışma olarak uygulanmıştır. Randomizasyon için çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden sezaryen sonrası araştırmanın yürütüleceği servise alınan kadınlara 2 adet zarf uzatılmış ve seçtiği zarfa göre deney veya kontrol grubuna dahil edilmişlerdir.

### **5.6.1 Deney grubu:**

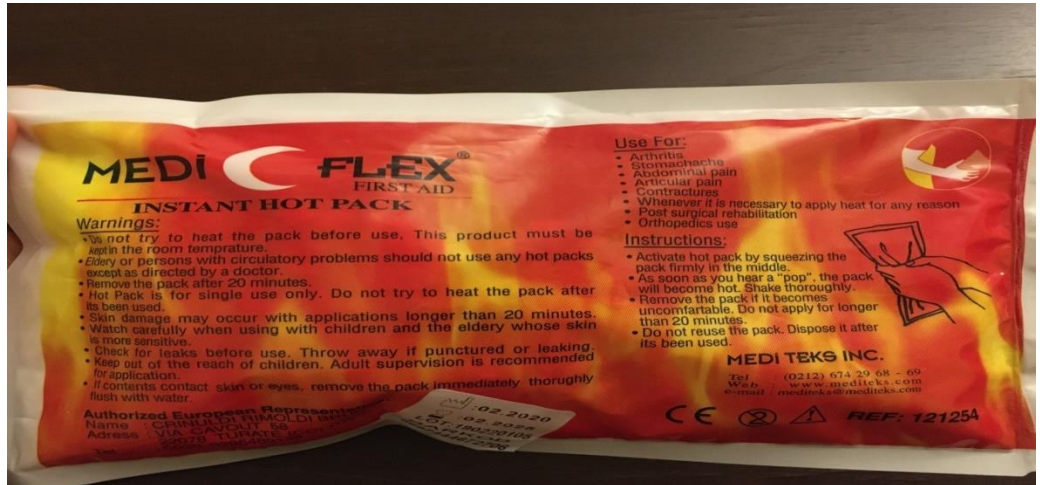
Dahil edilme kriterlerine uygun ve katılmaya istekli olan kadınlara "Tanıtıcı Bilgi Formu" uygulanmıştır. Postpartum dönemde uterus bebeğin emmesine ve uterotonik ajanların kullanılmasına bağlı olarak kontrakte olur. Bu durum kadının postoperatif ağrı hissetmesine neden olmaktadır. Kadınların bu ağrıdan şikayetçi olmasına ve konforlarının bozulmasına bağlı olarak, sıcak uygulama uterusu komşu olan mesane meridyenlerinin yer aldığı sakral bölgeye uygulanmıştır.

Deney grubundaki kadının postoperatif 6. saatte mobilize olduktan hemen sonra VAS ile ağrı düzeyi kaydedilip mesane meridyenlerinin yer aldığı (BL31-BL32) sakral bölgeye 1 kez sıcak uygulama uygulanmıştır. Sıcak uygulama 20 dakika sürmüştür. Araştırmada deney grubuna sıcak uygulama yapabilmek için tek kullanımlık hazır sıcak paket (Mediflex Instant Hot Pack) kullanılmıştır (Ek-4). Sıcak uygulama sonrası kadının hissettiği ağrı düzeyi VAS kullanılarak sıcak uygulama sonrası şeklinde sorgulanıp kaydedilmiştir. Doğum sonrası konfor düzeyini belirlemek amacıyla da DSKÖ uygulanmıştır. Tüm uygulama sürecinde olası komplikasyonlara yönelik güvenlik önlemleri alınmıştır.



## Mediflex Instant Hot Pack (Ek-4):

Sıcak terapinin gerekli olduğu acil kullanımlarda ve ameliyat sonrası dönemlerde bacak, göğüs, sırt ve karın bölgelerindeki ağrı ve gerginliği hafifletmeye yönelik kullanılmaktadır. Paket içinde yer alan sıvı ortadan sıkılarak patlatılır. Paket tek kullanımlıktır. Bu sıcak uygulama paketi 42°C'ye kadar ısı artışı sağlamaktadır. Paketin verdiği sıcaklık süresi 20 dakikadır. Paketin boyutları 13cm x 23cm'dir. Paketin kullanımı için detaylı bilgi Ek-4 'te yer almaktadır (32).



### **5.6.2 Kontrol grubu:**

Bu gruba dahil kadınlara hastanenin rutin hastane işleyişi devam etmiştir. Kadına Tanıtıcı Bilgi Formu ve postpartum 6. saatte mobilizasyondan sonra kadının ağrısını belirlemek amacıyla VAS ve sonrasında DSKÖ uygulanmıştır.

### **5.7 Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini postoperatif dönemde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulama, kadınların yaşı, eğitim düzeyi, gebelik sayısı, önceki doğum şekli, anestezi tercihi oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenlerini ise annenin doğum sonrası ağrıya verdiği puan ve annenin doğum sonu konfor düzeyi oluşturmaktadır.

### **5.8 Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için birim sayısı (n) ve yüzde (%); sayısal değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma ( $\bar{x}\pm ss$ ), minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar ile kategorik değişkenler arası ilişkide; normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerde Tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise kikare testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitey U testi, normal dağılım gösterenlerde ise bağımsız gruplarda F testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 5.9 Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır.
- Özel Nisa Hastanesi Başhekimliği'nden araştırmanın uygulanabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek-6) .
- Çalışma esnasından örnekleme alınan kadınlara, bilgilendirmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır (Ek-7).
- Hatice Eryılmaz ve Selma Karakaplan'ın birlikte geliştirdiği “Doğum Sonu Konfor Ölçeği” için yazılı izin alınmıştır (Ek-5).

## 5.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece İstanbul Özel Nisa Hastanesi Kadın Doğum Servislerinde sezaryen ile doğum sonrası yatan kadınları kapsadığından, Türkiye'deki bütün sezaryen ile doğum sonrası kadınlar için genellenemez. Ayrıca kadınların postpartum dönemin sonuna kadar izlemlerinin sağlanmamış olması da araştırmanın kısıtlılıkları arasındadır.

## 6. BULGULAR

Sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrıya ve doğum sonu konfora etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu alanda sunulmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında ele alınmıştır; tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması, VAS skorlarının karşılaştırılması ve DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

### 6.1. Kontrol ve Deney Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, bu gebelik ve doğuma yönelik bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 6.1.1.** Gruplara göre yaş ve eğitim özelliklerine göre dağılımlar

	Gruplar				Test istatistikleri	
	Deney (n=35) $\bar{x} \pm ss$		Kontrol (n=35) $\bar{x} \pm ss$			
Yaş	30,91 ± 4,93		30,74 ± 4,79		F=0,856; p=0,634	
Eğitim durumu		n	%	n	%	χ <sup>2</sup> =2,248; p=0,523
	İlkokul	3	8,5	2	5,7	
	Ortaokul-lise	17	48,6	14	40,0	
	Üniversite	14	40,0	19	54,3	
	Yüksek lisans-doktora	1	2,9	-	-	

*F=Tek yönlü varyans analizi; χ<sup>2</sup>=Ki kare testi;  $\bar{x}$ =ortalama; ss=standart sapma*

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin yaş ve eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunun yaş ortalaması 30,91 ± 4,93 (Min=19; Max=40), kontrol grubunun yaş ortalaması 30,74 ± 4,79 (Min=23; Max=41) olarak belirlenmiştir. Deney grubunda bulunan gebelerin %48,6'sı ortaokul-lise mezunu, kontrol grubunda bulunan gebelerin %54,3'ü üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş ve eğitim durumu özellikleri açısından grupların benzer olduğu görülmüştür (p>0,05) (Tablo 6.1.1).

**Tablo 6.1.2.** Gruplara göre sosyal güvence, çalışma ve gelir durumu özelliklerine göre dağılımlar

		Gruplar				Test istatistikleri
		Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		
		n	%	n	%	
Sosyal güvence	Evet	33	94,3	34	97,1	$\chi^2=0,348$ ; p=0,555
	Hayır	2	5,7	1	2,9	
Çalışma durumu	Evet	17	48,6	14	40,0	$\chi^2=0,521$ ; p=0,470
	Hayır	18	51,4	21	60,0	
Gelir durumu	Gelir giderden az	4	11,4	8	22,9	$\chi^2=3,627$ ; p=0,163
	Gelir gidere denk	23	65,7	24	68,6	
	Gelir giderden fazla	8	22,9	3	8,5	

$\chi^2=Ki$  kare testi

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin sosyal güvence, çalışma durumu ve gelir durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunun %94,3'ünün, kontrol grubunun %97,1'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Aynı zamanda deney grubunun %51,4'ü, kontrol grubunun ise %60,0'ı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gelir durumlarına göre dağılımlarında ise deney grubunun %65,7'sinin, kontrol grubunun %68,6'sının geliri giderine denk olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede sosyal güvence, çalışma durumu ve gelir durumu özellikleri açısından grupların benzer olduğu görülmüştür (p>0,05) (Tablo 6.1.2).

**Tablo 6.1.3.** Gruplara göre aile özelliklerine yönelik dağılımlar

		Gruplar				Test istatistikleri
		Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		
		n	%	n	%	
Aile Tipi	Geniş aile	15	42,9	15	42,9	$\chi^2=0,000$ ; p=1,000
	Çekirdek aile	20	57,1	20	57,1	
Yaşanılan yer	İl	30	85,7	29	82,9	$\chi^2=0,108$ ; p=0,743
	İlçe	5	14,3	6	17,1	

$\chi^2=Ki$  kare testi

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin aile özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Hem deney grubu hem de kontrol grubu gebelerin %57,1'i çekirdek aileye sahip olarak belirlenmiştir. Deney grubu gebelerin %85,7'sinin, kontrol grubu gebelerin ise %82,9'unun ilde yaşadığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aile tipi ve yaşanan yer özellikleri açısından grupların benzer olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1.3).

**Tablo 6.1.4.** Gruplara göre daha önce geçirilmiş ameliyat özelliğine göre dağılımlar

		Gruplar				Test istatistikleri
		Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		
		n	%	n	%	
<b>Sezaryen haricinde geçirilmiş ameliyat</b>	Evet	12	34,3	10	28,6	$\chi^2=0,265$ ; $p=0,607$
	Hayır	23	65,7	25	71,4	

$\chi^2=Ki$  kare testi

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin sezaryen haricinde daha önce geçirilmiş bir ameliyata sahip olma özelliğine ilişkin dağılımları görülmektedir. Deney grubunun %65,7'sinin, kontrol grubunun ise %71,4'ünün daha önce bir ameliyat geçirmediği görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin sezaryen haricinde daha önce geçirilmiş bir ameliyata sahip olma özelliği açısından grupların benzer olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1.4)

**Tablo 6.1.5.** Gruplara göre gebelik sürecine ilişkin özelliklerine göre dağılımlar

	Gruplar				Test istatistikleri
	Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
<b>Gebelik sayısı</b>	1,97 $\pm$ 1,07		1,91 $\pm$ 0,95		$\chi^2=1,067$ ; $p=0,9400$
<b>Gebelik haftası</b>	38,20 $\pm$ 1,05		38,03 $\pm$ 0,70		$\chi^2=11,378$ ; $p=0,054$
	n	%	n	%	Test istatistikleri

<b>Gebelik şekli</b>	Tekil gebelik	34	97,1	34	97,1	$\chi^2=0,000;$ $p=1,000$
	İkiz gebelik	1	2,9	1	2,9	

$\chi^2=Ki$  kare testi;  $\bar{x}$ =ortalama;  $ss$ =standart sapma

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin gebelik sürecine ilişkin özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunun gebelik sayısı ortalamasının  $1,97 \pm 1,07$  (Min=1; Max=5), kontrol grubunun gebelik sayısı ortalamasının  $1,91 \pm 0,95$  (Min=1; Max=4) olduğu görülmektedir. Gebelerin doğum yaptığı gebelik haftası ortalamasının deney grubunda  $38,20 \pm 1,05$  (Min=36; Max=41), kontrol grubunda ise  $38,03 \pm 0,70$  (Min=36; Max=40) olduğu görülmektedir. Hem deney grubunda hem de kontrol grubunda bulunan gebelerin %97,1'inin tekil gebeliğe sahip olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin gebelik sayısı, gebelik haftası ve gebelik şekli açısından grupların benzer olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1.5).

**Tablo 6.1.6.** Gruplara göre düşük ve küretaj özelliklerine göre dağılımlar

		<b>Gruplar</b>				<b>Test istatistikleri</b>
		<b>Deney (n=35)</b>		<b>Kontrol (n=35)</b>		
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Düşük sayısı</b>	0	32	91,4	28	80,0	$\chi^2=2,767;$ $p=0,251$
	1	3	8,6	5	14,3	
	2	-	-	2	5,7	
<b>Küretaj sayısı</b>	0	31	88,6	33	94,3	$\chi^2=0,729;$ $p=0,393$
	1	4	11,4	2	5,7	

$\chi^2=Ki$  kare testi

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin düşük ve küretaj özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunun %91,4'ünün, kontrol grubunun %80,0'inin hiç düşük deneyimi yaşamadığı görülmektedir. Aynı zamanda deney grubunun %88,6'sının, kontrol grubunun ise %94,3'ünün hiç küretaj deneyimi yaşamadığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin düşük sayısı ve küretaj sayısı açısından grupların benzer olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1.6).

**Tablo 6.1.7.** Gruplara göre sezaryende kullanılan anestezi şekline göre dağılımlar

		Gruplar				Test istatistikleri
		Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		
		n	%	n	%	
<b>Sezaryende kullanılan anestezi</b>	Spinal anestezi	19	54,3	21	60,0	$\chi^2=0,233$ ; $p=0,629$
	Genel anestezi	16	45,7	14	40,0	

$\chi^2=Ki$  kare test

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin sezaryende kullanılan anestezi şekline göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunun %54,3'ünün, kontrol grubunun ise %60,0'ının spinal anestezi ile doğum yaptığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede doğumda kullanılan anestezi şekli açısından grupların benzer olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1.7).

**Tablo 6.1.8.** Gruplara göre ilaçsız ağrı kesici kullanma özelliklerine göre dağılımlar

		Gruplar				Test istatistikleri
		Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		
		n	%	n	%	
Gebelikten önce veya gebelik döneminde ilaçsız ağrı kesici yöntemleri kullanma	Evet	5	14,3	4	11,4	$\chi^2=0,128$ ; $p=0,721$
	Hayır	30	85,7	31	88,6	
Kullanılan ilaçsız ağrı kesici yöntemler*	Bitki çayı	1	16,6	-	-	$\chi^2=3,683$ ; $p=0,451$
	Kiraz çekirdeği yastığı	1	16,6	-	-	
	Sıcak su torbası	3	50	4	100	
	Uyuma	1	16,6	-	-	
Gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az	Evet	10	28,6	3	8,6	$\chi^2=3,401$ ; $p=0,065$



algılamaya yönelik ilaçsız ağrı kesici yöntemleri hakkında bilgi alma	Hayır	25	71,4	32	91,4	
	İnternet	3	25	1	25	
Gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az algılamaya yönelik ilaçsız ağrı kesici yöntemleri hakkında bilgiyi alınan kaynak*	Hemşire	4	33,3	-	-	
	Hekim	3	25	2	50	$\chi^2=6,240;$ $p=0,397$
	Kitap	-	-	1	25	
	Arkadaş	2	16,7	-	-	

\*Birden çok yanıt verildiğinden yüzdeler katlanmış n üzerinden verilmiştir.  
 $\chi^2=Ki$  kare testi

Sıcak uygulama ve kontrol grubu gebelerin ilaçsız ağrı kesici kullanma özelliklerine ilişkin dağılımları görülmektedir. Deney grubunun %85,7'sinin, kontrol grubunun %88,6'sının gebelikten önce veya gebelik döneminde ilaçsız ağrı kesici yöntemleri kullanmadığı görülmektedir. Deney grubunda gebelikten önce veya gebelik döneminde ilaçsız ağrı kesici yöntemleri kullananların %50'sinin, kontrol grubunda ise %100'ünün sıcak uygulamayı tercih ettiği görülmektedir. Deney grubunda bulunan gebelerin %71,4'ünün, kontrol grubunda bulunan gebelerin %91,4'ünün gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az algılamaya yönelik ilaçsız ağrı kesici yöntemleri hakkında bilgi almadığı görülmektedir. Deney grubunda gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az algılamaya yönelik ilaçsız ağrı kesici yöntemleri hakkında bilgi alanların %33,3'ünün bilgiyi hemşireden aldığı görülmektedir. Kontrol grubunda ise bilgi alanların %50'sinin bilgiyi hekimden aldığı görülmektedir (Tablo 6.1.8).

## 6.2 Kontrol ve Deney Gruplarının VAS Skorlarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.2.1.** Gruplara göre VAS skorlarının karşılaştırılması

	Gruplar		Test istatistikleri
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
VAS önce	5,17 ± 1,04	5,80 ± 1,25	F=1,687; p=0,198
VAS sonra	2,51 ± 1,09	6,51 ± 0,91	<b>F=1,118;</b> <b>p=0,000</b>

Z= Mann-Whitney U testi; F=Bağımsız gruplarda t testi;  $\bar{x}$ =ortalama; ss=standart sapma

Sıcak uygulama ve kontrol gruplarının uygulama öncesi ve sonrasında ölçülen VAS skorlarının karşılaştırılması görülmektedir. Uygulama öncesi deney grubu VAS skor ortalaması 5,17 ± 1,04 (Min=3; Max=8), kontrol grubu VAS skor ortalaması 5,80 ± 1,25 (Min=4; Max=9) olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların uygulama öncesi VAS skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.2.1).

Uygulama sonrasında ölçülen VAS skor ortalaması deney grubunda 2,51 ± 1,09 (Min=0; Max=4), kontrol grubunda ise 6,51 ± 0,91 (Min=5; Max=9) olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların uygulama öncesi VAS skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

## 6.3 Kontrol ve Deney Gruplarının DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.3.1.** Gruplara göre doğum sonu konfor ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Gruplar		Test istatistikleri
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
DSKÖ	73,11 ± 16,00	79,85 ± 13,28	F=0,433; p=0,059

F=Bağımsız gruplarda t testi;  $\bar{x}$ =ortalama; ss=standart sapma

Sıcak uygulama ve kontrol gruplarının uygulama sonrasında ölçülen DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Deney grubunun DSKÖ puan ortalaması  $73,11 \pm 16,00$  ve kontrol grubunun DSKÖ puan ortalaması  $79,85 \pm 13,28$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların uygulama sonrası DSKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3.1).

**Tablo 6.3.2.** Gruplara göre fiziksel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Gruplar		Test istatistikleri
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
<b>Fiziksel konfor alt boyutu</b>	35,25 ± 40,97	40,97± 6,41	<b>F=1,283; p=0,002</b>

*F=Bağımsız gruplarda t testi;  $\bar{x}$ =ortalama; ss=standart sapma*

Sıcak uygulama ve kontrol gruplarının uygulama sonrasında ölçülen DSKÖ fiziksel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Deney grubu fiziksel konfor alt boyutu puan ortalaması  $35,25 \pm 40,97$ , kontrol grubu fiziksel konfor alt boyutu ortalaması ise  $40,97 \pm 6,41$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların uygulama sonrası DSKÖ fiziksel konfor alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3.2).

**Tablo 6.3.3.** Gruplara göre psikospiritüel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Gruplar		Test istatistikleri
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
<b>Psikospiritüel konfor alt boyutu</b>	14,28 ± 4,04	15,34 ± 4,56	F=0,067; p=0,309

*F=Bağımsız gruplarda t testi;  $\bar{x}$ =ortalama; ss=standart sapma*

Sıcak uygulama ve kontrol gruplarının uygulama sonrasında ölçülen DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Deney grubu psikospiritüel konfor alt boyutu puan ortalaması  $14,28 \pm 4,04$ , kontrol grubu psikospiritüel konfor alt boyutu ortalaması ise  $15,34 \pm 4,56$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların uygulama sonrası DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3.3).

**Tablo 6.3.4.** Gruplara göre sosyokültürel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Gruplar		Test istatistikleri
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
<b>Sosyokültürel konfor alt boyutu</b>	$23,57 \pm 6,31$	$23,54 \pm 6,20$	F=0,014; p=0,985

*F=Bağımsız gruplarda t testi;  $\bar{x}$ =ortalama; ss=standart sapma*

Sıcak uygulama ve kontrol gruplarının uygulama sonrasında ölçülen DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Deney grubu sosyokültürel konfor alt boyutu puan ortalaması  $23,57 \pm 6,31$ , kontrol grubu sosyokültürel konfor alt boyutu ortalaması ise  $23,54 \pm 6,20$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların uygulama sonrası DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3.4).

## 7. TARTIŞM

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler üç başlık halinde literatürden elde edilen veriler doğrultusunda tartışılmıştır; tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması, VAS skorlarına ilişkin bulguların tartışılması ve DSKÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların karşılaştırılması.

### 7.1.Kontrol ve Deney Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; kadınların yaş ortalamasının deney grubunda  $30,91 \pm 4,93$ , kontrol grubunda  $30,74 \pm 4,79$  olup kadınların çoğunluğunun 25-29 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar yaş ortalaması açısından benzerlik göstermektedir. TNSA (2018) verilerine göre Türkiye’de en yüksek doğurganlık hızı 25-29 yaş aralığında görülmektedir (3). Postpartum dönemde yapılmış başka bir çalışmada da kadınların yaş ortalaması  $29,93 \pm 4,95$  olarak bulgulanmıştır (111). Bu araştırmada yer alan kadınların yaş ortalaması ülkede yapılmış diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları incelendiğinde, deney grubunda bulunan gebelerin %48,6’sı ortaokul-lise mezunu, kontrol grubunda bulunan gebelerin %54,3’ü üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda deney grubunun %51,4’ü, kontrol grubunun ise %60,0’ı herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. TNSA (2018) verilerine bakıldığında, 25-29 yaş grubundaki kadınların %53,6’sının lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu, %64’ünün hiç çalışmadığını ifade ettiği belirlenmiştir (3). Bu araştırmanın eğitim düzeyi ile ilişkili bulguları ülkenin genel nüfuyla benzerlik içermektedir.

Deney grubunun %94,3’ünün, kontrol grubunun %97,1’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. TNSA (2018) verilerine bakıldığında kadınların %90’ının herhangi bir sağlık sigortasının olduğu gözlenmiştir (3). Gelir durumlarına göre dağılımlarında ise hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların yarısından fazlasının gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir. Hem deney grubu hem de kontrol grubu gebelerin %57,1’inin çekirdek aileye sahip olduğu görülmektedir. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu ve aile tipi özellikleri açısından grupların benzer olduğu görülmüştür. Öztürk'ün (2019) yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlasının çalışmadığı, gelir düzeylerinin orta seviyede olduğu, aile tipi olarak çekirdek aileye sahip oldukları belirlenmiştir (18). Ateş ve Demirbağ'ın (2020) yaptığı başka bir çalışmada araştırmaya katılan kadınların %73,6'sının gelirinin giderine denk olup orta gelire sahip olduğu, %94,5'inin çalışmadığı, %71,8'inin sosyal güvencesinin olduğu bulgulanmıştır (119). Amanak ve Karaçam'ın (2018) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların %83'ünün sosyal güvence sahibi olduğu, %64,7'sinin gelirini giderine denk olduğu, %78,7'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir (6). Çalışmamızın verileri ile TNSA (2018) verileri benzerlik göstererek ülkemizdeki profili yansıtmaktadır. Aynı zamanda son yıllarda yapılmış diğer araştırmaların çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmanın bulguları obstetrik özelliklere göre incelendiğinde, grupların benzer olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilaçsız ağrı kesici kullanma özelliklerine bakıldığında iki grubunda yarısından fazlasının nonfarmakolojik ağrı kesici yöntemlerini kullanmadıkları görülmüştür. Deney grubunda nonfarmakolojik ağrı kesici yöntemleri kullananların %50'sinin, kontrol grubunda ise tamamının ağrıyla başetmede sıcak uygulamayı tercih ettiği görülmektedir. Demirci'nin (2017) yaptığı bir çalışmada kadınların %52,8'inin dismenore ile baş etme yöntemi olarak sıcak uygulamayı tercih ettiği belirtilmiştir (112). Kahyaoğlu Süt ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada kadınların çoğunun nonfarmakolojik yöntem olarak sıcak uygulamayı kullandıkları belirtilmiştir (113). Nitekim yapılan diğer çalışmalarda da kadınların adet dönemindeki ağrıyla baş etmede sıcak uygulamayı tercih ettikleri bulgulanmıştır (114,115). Çalışmamızdan elde edilen veriler, incelenen literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada deney grubunda bulunan gebelerin %71,4'ünün, kontrol grubunda bulunan gebelerin %91,4'ünün gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az algılamaya yönelik nonfarmakolojik ağrı kesici yöntemler hakkında bilgi almadığı görülmektedir. Bu durum kadınların yarısından fazlasının gebelik ve gebelik öncesinde nonfarmakolojik yöntemleri kullanmamasının nedenleri arasında gösterilebilir. Nonfarmakolojik yöntemler uygulamasının kolay, maliyetsiz, zararsız

olması ve hemşirelerin bağımsız rollerinden biri olması bakımından önemlidir. Gebelik öncesinde verilen doğuma hazırlık eğitimlerine nonfarmakolojik ağrıyla baş etme yöntemlerine yer verilmesi önerilebilir.

## **7.2.Kontrol ve Deneysel Gruplarının VAS Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Sezaryen ameliyatından sonraki süreçte kadınlarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, emzirememeye, geç mobilize olma, yenidoğan bakımını aktif üstlenememe, doğum sonu konforda azalma, anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve ağrı gibi birçok sorun görülebilmektedir (4,5,55,56). Kisa ve Zeyneloğlunun (2016) yaptığı bir çalışmada postpartum dönemde kadınların karşılaştıkları sorunlara bakılmış ve kadınların en önemli sorunun doğum sonu ağrı olduğunu belirtilmiştir (17). Postoperatif ağrının azaltılması oluşabilecek fiziksel komplikasyonların, kronik ağrının, depresyonun giderilmesi için ve bireyin yaşam kalitesinin, doğum sonu konforunun, etkin emzirmesinin artırılması için önemli bir yere sahiptir (4,9). Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında kullanılan nonopioid ilaçların doğum sonu süt miktarının azalmasına ve yenidoğanın yetersiz kilo almasına opioid analjezik ilaçların ise kadınlarda bulantı, kusma, kaşıntı, sedasyon, bradipne, baş dönmesi gibi şikayetlere sebep olduğu belirlenmiştir (10,11,12). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılması ve konforun artırılması için kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkisinin olması ve bu yöntemlerin yetersiz kalması nonfarmakolojik yöntemlere yönelimi artırmıştır (19). Sezaryen sonrası postoperatif ağrının azaltılmasında; müzik, masaj, reiki, TENS , gevşeme egzersizleri ve refleksoloji gibi farklı nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir (19). Nitekim doğum sonrası ağrının giderilmesine yönelik doğum sonrası bakım uygulamalarında kanıt eksikliği mevcuttur (14).

Bu çalışmada sakral bölgeye sıcak uygulama yapılan grup ile deneysel grubu arasında VAS skorları karşılaştırılması yapılmıştır. Uygulama öncesi deneysel grubu VAS skor ortalaması  $5,17 \pm 1,04$ , kontrol grubu VAS skor ortalaması  $5,80 \pm 1,25$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların sıcak uygulama öncesi VAS skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sıcak uygulama sonrasında ölçülen VAS skor ortalaması deney grubunda  $2,51 \pm 1,09$ , kontrol grubunda ise  $6,51 \pm 0,91$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların sıcak uygulama öncesi VAS skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 6.2.1).

Yapılan literatür taramasında sıcak uygulamanın sezaryen ameliyatı sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmazken, normal doğum ağrısı üzerine etkisine yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu doğrultuda sıcak uygulamanın sezaryen ameliyatı sonrası ağrı ve konfor üzerine etkisini incelemek amacıyla çalışmanın bulguları literatür verileri eşliğinde tartışılmıştır.

Kaur ve ark.'nın (2020) yaptığı bir çalışmada doğumun ilk evresinde lumbosakral bölgeye tek kullanımlık sıcak paketler 20 dakika olmak üzere uygulanmıştır. Sıcak uygulama sonrasında deney grubunun ağrı puanında kontrol grubuna göre daha fazla azalma meydana geldiği belirtilmiştir (102). Sıcak paketin lumbosakral bölgeye uygulanması ve uygulanma süresinin 20 dakika olması yönünden bu araştırma yöntemiyle benzerlik göstermesi bakımından ve sonuçların ağrıyı azalttığına dair bulgularla desteklenmiş olması sıcak uygulamanın perinatal ve postpartum süreçte etkili bir uygulama olduğunu desteklemektedir.

Literatürde bir başka çalışmada doğumun 1. evresi olan aktif ve geçiş fazında uterusun kontrakte olmasına bağlı ağrıyı azaltmak için uterusla komşuluğu olan mesane meridyenlerinin bulunduğu sakral bölgeye sıcak bilyelerle akupresür uygulanmış ve uygulama sonucunda ağrının azaldığı bulgulanmıştır (21). Türkmen ve Oran (2020) yaptığı bir çalışmada masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısı üzerine olan etkisine bakılmış ve nitekim yapılan sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (101). Yapılan başka bir çalışmada doğumun ilk evresinde havluya sarılmış sıcak paketler sakral ve perineal bölgeye uygulanmıştır. Uygulama sonucunda deney grubundaki gebelerin ağrı skorları kontrol grubundaki gebelere göre daha düşük olarak bulgulanmıştır (103). Elmas (2019) yaptığı bir çalışmada postpartum dönemde epizyotomi bölgesine sıcak uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda kadınların ağrısının azaldığını ifade ettiği belirlenmiştir (25). Bu bağlamda perinatal dönemde son yıllarda yapılmış çalışmalarda sıcak uygulamanın ağrıyı azaltıcı etkisi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmalardan elde edilen veriler incelendiğinde sıcak uygulamanın doğumun



evrelerinde ve doğum sonrası dönemde ağrıyı azalttığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulguları diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş ve sıcak uygulamanın sezaryen sonrası ağrıyı azalttığı ve hemşirelik bakımında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler arasında sıcak uygulamanında yer alabileceğini göstermektedir. Bu veriler doğrultusunda Hipotez 1’de belirtilen **“Sıcak uygu lama sezaryen sonrası akut ağrıyı azaltmada etkilidir.”**hipotezi kabul edilmiştir.

### **7.3.Kontrol ve Deneş Gruplarının DSKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması**

Konfor, rahatlama, rahatlık, güvenlik, refah, umut ve beklenti duygularını sağlar (68). Sezaryen ile doğum sonrası kadınlar uterus kontraksiyonlarına ve insizyon bölgesine bağı akut ağrı yaşamaktadır ve dolayısıyla ağrı kadının doğum sonu konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, kadınların hem ağrı duyusunda hem de kaygısında azalmaya neden olurken, benlik saygısında da artışı sağlamaktadır. Aynı zamanda nonfarmakolojik yöntemlerin kadınların konfor ve rahatlık seviyeleri üzerindeki etkisi önemli bir yere sahiptir (106). Bu araştırmada sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum sonu konfor üzerine etkisi araştırılmış ve bulgular literatür verileri eşliğinde tartışılmıştır. Sıcak uygulama uygulama sonrasında ölçülen DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunun DSKÖ puan ortalaması  $73,11 \pm 16,00$  ve kontrol grubunun DSKÖ puan ortalaması  $79,85 \pm 13,28$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların sıcak uygulama sonrası DSKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6.3.1). Literatürde sezaryen sonrası sakral bölgeye sıcak uygulama yapılmanın doğum sonu konfor üzerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamakla birlikte farklı nonfarmakolojik uygulamaların doğum sonu konforu üzerine etkilerini inceleyen araştırmalar yer almaktadır. İncelenen araştırma sonuçları, nonfarmakolojik yöntemlerin gebelerde rahatlama sağlayarak konfor düzeyine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (101). Birgili’nin (2020) çalışmasında sezaryenle doğum sonrası dönemde kadınların DSKÖ puan ortalamasına göre ( $111,08 \pm 8,80$ ) orta düzeyde konfora sahip olduğunu belirtmiştir.

Ayrıca sezaryenle doğum yapan kadınlarda fiziksel alt boyut toplam puan ortalaması 42,50±9,43, psiko-spritüel alt boyut toplam puan ortalaması 19,25±5,24 ve sosyokültürel alt boyut toplam puan ortalaması 28,44±4,42 olarak belirlenmiştir (104). Reyhan Erkaya ve ark.'nın (2017) çalışmasında da sezaryenle doğum yapan kadınların DSKÖ ortalama puanınının 82,02 ± 16,99 olduğu ve vajinal doğum yapanlara göre düşük olduğu belirtilmiştir (111). Benzer şekilde Erenoğlu ve Uslu'nun (2020) çalışmasında da sezaryenle doğum yapan kadınların vajinal doğuma göre konfor düzeyi düşük bulunmuştur (117). Doğum sonrası sezaryen doğum yapan kadınlarda özellikle hareket, oturma, ağrı ve hijyen sorunları daha fazla olduğu için kişisel bakım ve yenidoğan bakımı ile ilgili günlük aktiviteleri kısıtlanabilmektedir. Bu durum annelerin konfor düzeylerini, annelik davranışlarını ve bebek bakımını olumsuz etkilemektedir (117).

Türkmen ve Tuna Oran'ın (2020) çalışmasında gebelere sıcak uygulama ve masaj yapılmış ve bu uygulamaların kadınların doğum sonu konforuna etkisini incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda travay sürecindeki doğum yapan kadınlara sıcak uygulamanın konfor düzeyinde artışı sağladığı belirlenmiştir (101). Türkmen ve ark.'nın (2021) yaptığı bir çalışmada doğumun 2.evresinde perine bölgesine sıcak uygulama yapılmıştır. Bu sıcak uygulamanın perine ağrısını azalttığı ve doğum sonu konforu arttırdığı bulgulanmıştır (108). Bununla beraber Amerikan Hemşire-Ebeler Koleji doğum sırasında kullanılan ıslak ısı uygulama yöntemi olan hidroterapinin gebelerde rahatlık sağladığını bildirmiştir (116).

Bu araştırmanın DSKÖ'nden alınan puanların ortalama düzeyin altında olduğu belirlenmiştir. Ağrı, fiziksel konforun oluşturulmasında önemli bir faktördür. Sezaryenle doğum sonrası ağrı gibi olumsuz faktörler kadınların konforunu daha olumsuz etkileyebilmektedir (118). Bu çalışmada deney grubunda ağrının azaldığı fakat konfor düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük değerlerde olduğu belirlenmiştir. Bu durum kadınların sıcak uygulama sürecinde yatakta zaman geçirmek durumunda kalmasıyla ilişkili olduğu varsayılabilir. Ayrıca yine DSKÖ'nin puan ortlamasınının kontrol grubunda yüksek çıkmasının bir nedeni olarak; sezaryende deney grubunun %45,7, kontrol grubunda ise %40 oranında genel anesteziyle gerçekleşmiş olması nedeniyle genel anestezinin yan etkilerinin spinal anesteziye göre daha fazla deneyimlenmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği

düşünülmektedir. Çalışmalardan elde edilen veriler incelendiğinde perinatal ve postpartum dönemlerde kadınların doğum sonu konforunu arttırdığı belirlenmiştir. Nitekim, bu araştırmada sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum sonu konfora etkisinin olmadığı bulgulanmıştır. Bu veriler doğrultusunda Hipotez 2’de belirtilen **“Sıcak uygulama doğum sonu konfor düzeyinde etkilidir.”** hipotezi reddedilmiştir.



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalamasının deney grubunda  $30,91 \pm 4,93$ , kontrol grubunda  $30,74 \pm 4,79$  olup kadınların çoğunluğunun 25-29 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğu lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip, gelir durumu gider durumuna denk çalışmayan kadınlardır.

Ağrı ile baş edebilmek için deney ve kontrol grubunda ki kadınların yarısından fazlası (kontrol grubu %88,6, deney grubu %85,7) ilaçlı ağrı kesici yöntemlerini kullanırken nonfarmakolojik ağrı kesici yöntemlerini daha az tercih etmektedir.

Nonfarmakolojik ağrı kesici yöntemlerini kullanan kontrol ve deney grubunda ki kadınların çoğunluğu (kontrol grubu %100, deney grubu %50) sıcak uygulamayı kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan kontrol ve deney grubunda ki kadınların yarısından fazlası (kontrol grubu %91,4, deney grubu %71,4) gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı algılamaya yönelik nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi almamıştır.

Sakral bölgeye uygulanan sıcak paketlerin sezaryen sonrası akut ağrıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Sezaryen olan kadınlarda sıcak uygulamanın doğum sonrası konforu arttırmaya etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

### **Bu sonuçlardan yola çıkarak önerilerimiz şu şekildedir;**

Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntem olarak sıcak uygulamanın hemşirelik bakımına eklenmesinin faydalı görüldüğü,

Sıcak uygulamanın kolay, maliyetsiz, zararsız bir yöntem olması sebebiyle hemşirelik girişiminde yaygınlaştırılması,

Gebelik öncesinde verilen doğuma hazırlık eğitimlerine nonfarmakolojik yöntemlerin dahil edilmesi,

Sezaryen sonrası akut ağrının azaltılmasına yönelik yapılan sıcak uygulama ile ilgili daha fazla deneysel araştırmaların yapılması,

Sezaryen sonrası annelerin konfor düzeylerini artırmak için doğum öncesinde, doğum sonrası döneme yönelik eğitim almasının sağlanması,

Doğum sonrası hemşirelik bakımının konfor d¼zeylerini artıracak şekilde, etkileyen fakt¼rlerin g¼z ¼n¼ne alınarak planlanması,

Klinikte hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına nonfarmakolojik ağrı kesici y¼ntemlerinin dahil edilmesi ve bu konuyla ilgili g¼ncel araştırmaların hemşirelerle paylaşılması ¼nerilmektedir.



## 9. KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al: Cesarean section and postpartum hysterectomy. pp.587-588. In: Williams Obstetrics, New York, Mc Graw Hill Education, 2014.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara, Damla Matbaacılık, 2010.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018
4. Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M. Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. JOGNN. 36 (5): 430-40, 2007.
5. Declercq E, Deborah K, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. Birth. 35 (1): 16-24, 2008.
6. Amanak K, Karaçam Z. Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Tepecik Eğit Hast Derg. 28(1) :17-22, 2018.
7. Coşkun A, Aslan E. Doğum sonu dönem. Coşkun AM (ed). Kadın Hastalıkları Ve Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, Koç Üniversitesi, 2016.
8. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F. ve ark. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in an low-income country. BMC Health Serv Res. 19 (1):68, 2019.
9. Jin J, Peng L, Chen Q, Zhang D, Ren L, Qin P et al. Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: a prospective study. BMC Anesthesiol.16 (1):99, 2016.
10. Hirose M, Hara Y, Hosokawa T, Tanaka Y. The effect of postoperative analgesia with continuons epidural bupivacaine after cesarean section on the amount of breast feeding and infant weight gain. Anesthesia & Analgesia. 82(6):1166-9, 2006.
11. Paech MJ, Moore JS, Evans SF. Meperidine for patient-controlled analgesia after cesarean section. Intravenous versus epidural administration. Anesthesiology. 80(6):1268-76, 1994.

12. Fuller JG, McMorland GH, Joanne Douglas M, Palmer I. Epidural morphine for analgesia after cesarean section: a report of 4880 patients. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 37(6):636-40, 1990.
13. Eshkevari L, Trout K.K, Damore J. Management of Postpartum Pain. *Journal Midwifery Womens Health*. 58:622–631, 2013.
14. Blackburn ST. Maternal, Fetal ve Neonatal Fizyoloji: Klinik Perspektif. 4. baskı. Bölüm 5: Doğum sonrası dönem ve emzirme fizyolojisi. Maryland Heights, MO: Elsevier, Inc, 2013.
15. Deussen AR, Ashwood P, Martis R. Analgesia for relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database Syst Rev*. Mayıs ( 5 ) :CD 004908, 2011.
16. Kisa S, Zeyneloğlu S. Opinions of women towards cesarean delivery and priority issues of care in the postpartum period. *Applied Nursing Research Volume*. May, 30: 70-75, 2016.
17. Negron R, Martin A, Almong M, Barbierz A, Howell AE. Social Support During The Postpartum Period: Mothers Views on Needs Expectations and Mobilization of Support. *Maternal Child Health Journal*. 17:616-623, 2013.
18. Öztürk D. Sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve trasnkütan elektriksel sinir stimülasyonunun akut ağrı, emzirme davranışı ve konfor düzeyine etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2019.
19. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Sıcak Ve Soğuk Uygulama Teknikleri. Ankara, 2012
20. Çapar Y. Doğum ağrısının yönetiminde sıcak ve soğuk akupresür uygulamasının doğum ağrısı algısına ve doğum sürecine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2019.
21. Gist E.W, Jonson K, Raper M, Tannous E, Akinlaja O. Cold Therapy for Pain Control Following Caesarean Section. U.S.National Library of Medicine, 2018.
22. Uraz Ö. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Sık Görülen Semptomlara Yönelik Tamamlayıcı Ve Alternatif Yöntemlere İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2019.

23. Karadeniz G. Hemşirelerin Ağrıya ve Ağrısı Olan Hastalara Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1989.
24. Elmas G. Epizyotomi Uygulanan Lohusalarda Perineal Sıcak ve Soğuk Uygulamanın Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019.
25. Türkmen H. Masaj Ve Sıcak Uygulamanın Doğum ağrısı ve Konfora Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 2017.
26. Mert S, Gökteş S. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi. SBÜ Hemşirelik Dergisi. 1(2) 76-83, 2019.
27. Midilli T.S, Eşer İ, Yücel Ş. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 10(1): 60-66, 2019.
28. Yılmaz T, Bilgili N. Interventions of nurses pain management during the post-operative period and patients expectations. Journal of clinical and analytical medicine. 8(4):327-331, 2017.
29. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3(1), 55– 65, 2010.
30. Clina ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visüel analogue scale. Nurs Res. 41 (6) : 378-80, 1992.
31. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrı değerlendirme ve ağrı ölçümleri, S Edirne (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, 2000.
32. Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. JOPP Derg. 2(1):21-6, 2010.
33. Shirvani MA, Ganji Z. The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 23(17-18):2473-9, 2014. doi: 10.1111/jocn.12413.
34. Gupta M. The Birth of Caesarean Section. University Of Western Ontario Medical Journal. 78(1):79-85, 2008.
35. Turamanlar O, Songur A. An Anatomical Look at the Historical Development of Cesarean Operation. Lokman Hekim Journal. 4(2):8-12, 2014.



36. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA1998-AnaRapor.pdf>
37. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf>
38. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
39. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013.  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)
40. World Health Organization  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/csstatement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/en/)
41. OECD. Health at a Glance 2017.  
<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance>
42. T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014.
43. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, s.445- 450, 2.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
44. Çalık Yeşilçiçek K, Erkaya R, Karabulutlu Ö. Üçüncü Basamak Bir Hastanede 4 Yıllık Sezaryen Doğumlarının Oranları ve Endikasyonları. HSP. 5(2): 201-209, 2018.
45. Eskicioğlu F, Hasdemir SP, Çelik H, Koyuncu MF. Sağlık politikalarının, hekimlerin sezaryen kararı almalarında etkisi: ikinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi. 7(2) : 119-123, 2014.
46. De Cherney AH, Nathan L, Caeseraen Section In: Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and treatment. 518-529, 2003.
47. De Cherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Operatif Doğum. Tıraş B, Demir C, editörler. Güncel obstetrik ve jinekoloji tanı ve tedavi. Ankara, 11.Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2014.
48. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye’de Ve Dünyada Güncel Nedir? . TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 7:113-11, 2004.

49. Çağlayan KE, Kara M, Gürel CY. Kliniğimizdeki Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 7:64-67, 2011.
50. Dunn L.J. Sezaryen ve diğer obstetrik operasyonlar. Erez S, editör. *Obstetrik ve jinekoloji*. İstanbul, 7. Baskı, Yüce Yayınları, 2015.
51. Sudolmuş Öktem S. Sezaryen doğum ve peripartum histerektomi. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A, editörler. *Williams Obstetrik*. İstanbul, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016.
52. Çakıroğlu Y, Özeren S. Sezaryen doğum. Tanır H.M, Şener T, editörler. *Obstetri normal ve sorunlu gebelikler*. Ankara, 5. Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, 2018.
53. Çapık A, Özkan H, Apay E. S. Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 7(3):186-192, 2014.
54. Alus Tokat M, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H. Early postpartum breast-feeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in Turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *Int J Nurs Knowl*. 26(2):73-9, 2015.
55. Abadi F, Shahabinejad M, Abadi F, Kazemi M. Effect of acupressure on symptoms of postoperative ileus after cesarean section. *J Acupunct Meridian Stud*. 10(2):114-9, 2017.
56. Hansen KA, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen B.T. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ Research*. pp.1-7, 2007.
57. Yildirim YK, Uyar M, Fadillioğlu C. Cancer pain and its influence on quality of life. *Ağrı*. 17(4):17-22, 2005.
58. Aydın N.O. Current Inspect To Pain And Pain Mechanism. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 3(2) : 37-48, 2002.
59. Yüceer S. Torakotomi sonrası uygulanan transkütan elektriksel sinir stimülasyonunun ağrı üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, 2013.
60. Erdine S. Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. Erdine S, editör. *Ağrı*. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.

61. Bertiken Ergin A, Özdamar D. Postpartum dönem ve ağrı. Kömürcü N, editör. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013.
62. Öztürk Y, Özerdoğan N. Physiology and Management of Postpartum Pain. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 5 (2) : 345-53, 2020.
- 63.Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 13 (2) : 20-26, 2010.
- 64.Özveren H. Non-Pharmacological Methods at Pain Management. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 18(1):83-92, 2011.
- 65.Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 1-7, 2004.
66. Tabakçı T. Hemşirelerin Postoperatif Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
67. Vicuna UB, Villalgorido OP, Montes GY, Marin FB. Hyperthermia Modification of body temperature as clinical therapeuticus. Rev Enferm. 34(4):12-7, 2011.
68. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering . Journal of Midwifery and Womens Health. 49: 489-504, 2004.
69. Simkin P, Michael CK. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. Uptodate.1-13, 2007.
70. Behmanesh F, Pasha H, Zeinalzadeh M. The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women. Iranian Red Crescent Medical Journal. 11: 188-192, 2009.
71. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain reliefs methods used during labor. The Journal Of Perinatal Education. 10:1-8, 2001.
72. Kömürcü N, Ergin AB, Çalışkan E, Buckley SJ, Çalık KY, Çoker H ve ark. Doğum ağrısının kontrolünde non-farmakolojik yöntemler. s.64-76. Kömürcü N, editör. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı, İstanbul Nobel tıp kitabevleri, 2014.

73. Çalışkan N. Sıcak-Soğuk Uygulamalar. İçinde: Aştı TA, Karadağ A editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.
74. Aslan FE. Ağrı; Doğası ve Kontrolü. 1. Basım, İstanbul, Avrup Tıp Kitapçılık, 2006.
75. Şahin OA. Sıcak ve soğğun terapötik kullanımı. s.416-43. İçinde: Sabuncu N, Akça Ay F. editörler. Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.
76. Demir Işık R. Sıcak ve soğuk uygulamalar. İçinde: Akça Ay F. Editör. s.398- 420. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2013.
77. Yavuz M. Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. s.136-47.İçinde: Aslan F.E Editör. Ağrı Doğası ve Kontrolü. I. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık LTD. ŞTİ, 2006.
78. Akça AF. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. s.,396-415, 4. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012.
79. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nanfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 44(3):137-144, 2010.
80. Aştı TA, Karadağ A.(Ed.). Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilim Sanatı, Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 2012.
81. Yılmaz Ş. Vajinal yol ve sezaryenle doğum yapan kadınların doğumdan sonra kendi ve yenidoğan bakımında yaşadığı sorunlar. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2002.
82. Büyük Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu Yayınları. Ankara, 2011.
83. Kolcaba K. A taxonomic structure for the concept comfort. Image: Journal of Nursing Scholarship. 23 (4): 237–240, 1991.
84. Kolcaba K. Holistic Comfort: operationanalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Advances in Nursing Science. 15(1):1–10, 1992.
85. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing. 19:1178– 1184, 1994.

86. Kolcaba K. Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49(2):86–92, 2001.
87. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Co, New York 2003.
88. Çınar Yücel Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 27:79-88, 2011.
89. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2: 51–58, 2009.
90. Karabacak Ü. Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004*.
91. Algıer L, Çakmak F, Doğan N, Kaya N, Pınar G. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. *Dijle Tıp Dergisi*. 36 (3):184-190, 2009.
92. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. "Chatting": an important clinical tool to facilitate mothering in the Neonatal nursery. *Journal of Advanced Nursing*. 33(5): 583-593, 2001.
93. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (XIII)*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2012.
94. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Uzerine Etkileri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007*.
95. Nakamura Y, Takeishi Y, Ito N, Ito M, Atogami F, Yoshizawa T. Comfort With Motherhood in Late Pregnancy Facilitates Maternal Role Attainment in Early Postpartum. *Tohoku J. Exp. Med*. 235 (1):53-59, 2015.
96. Takehara K, Okamura M, Sugiura N, Suto M, Sasaki H, Mori R. Study Protocol for a Randomised Controlled Trial to Test the Effectiveness of Providing Information on Childbirth and Postnatal Period to Partners of Pregnant Women. *BMJ* 27;6(7):011919, 2016.
97. Derya YA, Pasinlioğlu T. The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *International journal of nursing knowledge*. 1-7, 2015.

98. Ratwisch G, Çankaya S. The effect of reflexology on lactation and postpartum comfort in caesarean-delivery primiparous mothers: A randomized controlled study. *Int J Nurs Pract.* 26:1-12, 2020.

99. Kurt Can E, Ejder Epey. Doğum şekli : doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi ?. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 8(3) : 547-565, 2020.

100. Tunç R. Doğum sonu konfor düzeyinin emzirme öz-yeterlilik ve emzirme başarısı üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.

101. Türkmen H, Tuna Oran N. Massage and heat application on labor pain and comfort: Aquasi-randomized controlled experimental study. *Explore* 00. 1-8, 2020.

102. Kaur J, Sheoran P, Kaur S, Sarin J. Effectiveness of Warm Compression on Lumbo-Sacral Region in Terms of Labour Pain Intensity and Labour Outcomes among Nulliparous: an Interventional Study. *J Caring Sci.* 1;9(1):9-12, 2020.

103. Taavoni S. Effect of Sacrum-Perineum Heat Therapy on Active Phase Labor Pain and Client Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial Study. *Pain Medicine.* 14:1301-1306, 2013.

104. Birgili F. Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Konforu ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.*23(3):351-360, 2020.

105. Schuiling KD, Sampselle C, Kolcaba K. Exploring the presence of comfort with in the context of child birth. *Theory Midwifery Practice.* Sec. Ed. 197–212, 2011.

106. Güney E, Uçar T. Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 43, 2021.

107. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6(1): 9-16, 2002.

108. Türkmen H, Çetinkaya S, Apay E, Karamüftüoğlu D, Kılıç H. The effect of perineal warm application on perineal pain, perineal integrity and postpartum comfort in the second stage of labor: randomized clinical trial. *Complement Med Res.* 28(1):23-30, 2021.

109. Senol DK, Aslan E. The effects of cold application the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 11(4):276-282, 2017.
110. Güney E. Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Tezi, Malatya, 2020.
111. Erkaya R, Türk R, Sakar T. Determining comfort levels of postpartum women after vaginal and caesarean birth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 237:1526-1532, 2017.
112. Demirci D. Dismenore ile baş etmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2017.
113. Kahyaoğul Süt H, Küçükkaya B, Arslan E. Primer Dismenore ağrısında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanımı. *CBU-SBED*, 6(4):322-327, 2019.
114. Gun C, Demirci N, Otrar M. Dismenore yönetiminde tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanma durumu. *Spatula DD*. 4(4): 191-197, 2014.
115. Keskin TU, Yeşilfidan D, Adana F, Okyay P. Aydın Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde perimenstrüel şikâyetler ve başa çıkma yöntemleri. *TAF Prev Med Bull*. 15(5): 382-388, 2016.
116. American College of Nurse-Midwives. Hydrotherapy During Labor and Birth. Division of Standards and Practice, 2014. Clinical Documents Section <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>
117. Erenoglu R, Uslu N. The effect of delivery mode on maternal and newborn comfort: An analytical study. *Annals of Medical Research*. 27(6):1681-1688, 2020.
118. Mirzaei K, Oladı GS, Mousavi BM, Ziaee M. Mother's satisfaction of postpartum care and its relationship with midwifery care at Urban Health Centers. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*. 4(3): 679-88, 2016.
119. Ateş T, Demirbağ BC. Hastane ve Evde Lohusalık Dönemindeki Annelerin Konfor Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*. 6(1):23-39, 2021.

## 10.EKLER

### EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaş: .....
2. Eğitim durumunuz  
 İlkokul  
 Ortaokul Lise  
 Üniversite  
 Yüksek lisans/doktora
3. Sosyal güvenceniz var mı?  
 Evet  
 Hayır
4. Çalışıyor musunuz?  
 Evet.....  
 Hayır
5. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
 Gelirim giderimden az  
 Gelirim giderime denk  
 Gelirim giderimden fazla
6. Medeni durumunuz?  
 Evli  
 Bekar
7. Aile tipiniz?  
 Geniş Aile  
 Çekirdek Aile
8. Yaşadığınız yer?  
 İl  
 İlçe  
 Köy
9. Daha önceden sezaryen haricinde bir ameliyat geçirdiniz mi?  
 Evet  
 Hayır
10. Gebelik sayısı .....



11. Gebelik haftası.....

12. Düşük sayısı.....

13. Küretaj sayısı.....

14. Gebeliğiniz ;

( ) Tekil

( ) Çoğul (Belirtiniz).....

15. Sezaryen ile doğumdaki anestezi şekli ?

( ) Spinal Anestezi

( ) Genel Anestezi

16. Gebelikten önce veya gebelik döneminde ağrınız olduğunda ilaçsız ağrı kesici yöntemlerini kullanıyor muydunuz?

( ) Evet (Belirtiniz).....

( ) Hayır

17. Gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az algılamaya yönelik ilaçsız ağrı kesici yöntemleri hakkında bilgi verildi mi?

( ) Evet

( ) Hayır

Cevabınız EVET ise 18.soruyu cevaplandırınız;

18. Gebelik döneminde doğum sonrası ağrıyı daha az algılamaya yönelik ilaçsız ağrı kesici yöntemleri hakkında bilgiyi hangi kaynaktan aldınız?

( ) İnternet

( ) Hemşire

( ) Hekim

( ) Kitap

( ) Arkadaş

( ) Diğer.....

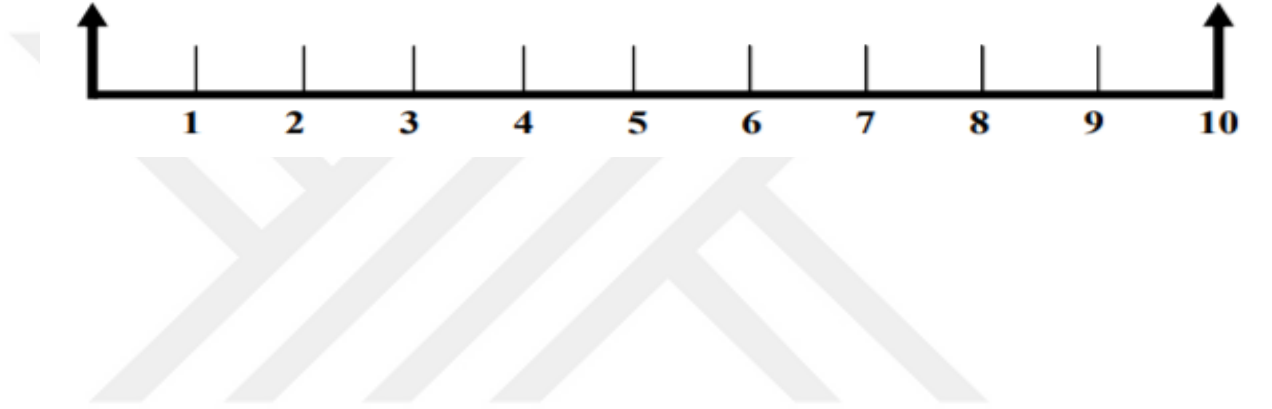
## EK-2: Visual Analog Skala

Ağrınızı aşağıda verilen çizelge üzerinde X koyarak işaretleyniz.

0 = Hiç ağrım yok 10 = Çok şiddetli ağrım var

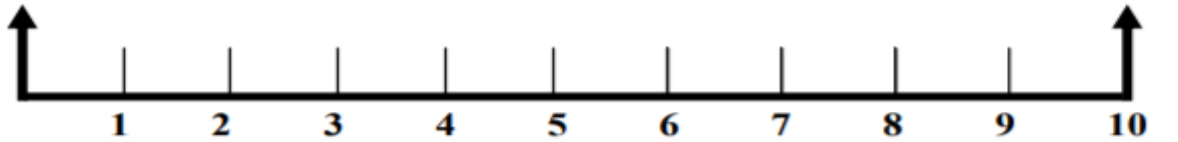
### Sıcak Uygulama Öncesi

#### VAS-1



### Sıcak Uygulama Sonrası

#### VAS-2



### EK-3: Doğum Sonu Konfor Ölçeği

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.

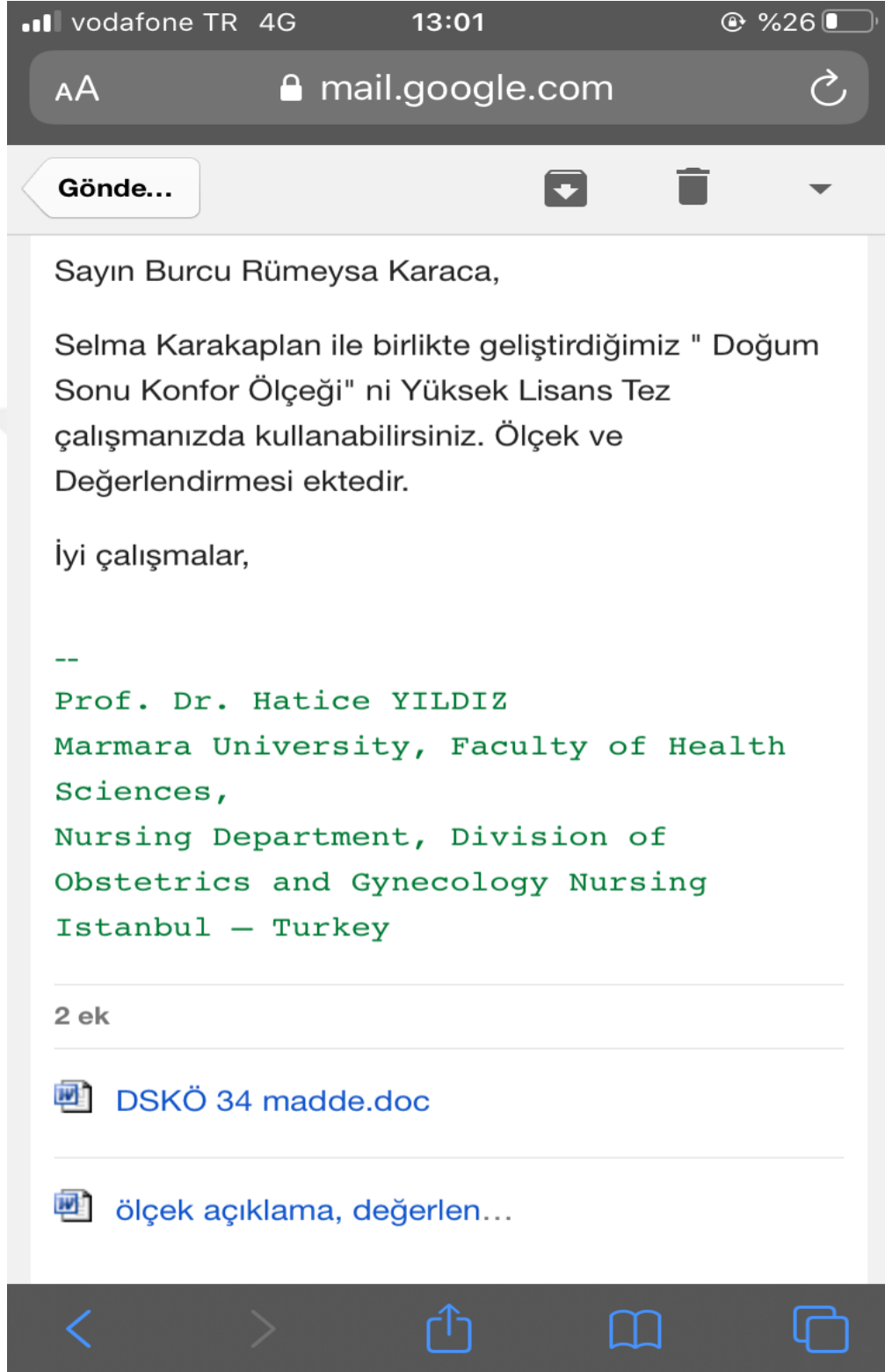
	<b>İTEMLER VE İFADELENDİRME</b>	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5.	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6.	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					

17.	Epizyotomi / ameliyat bölgeyle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					

## EK-4: Mediflex Instant Hot Pack



## EK-5: Doğum Sonu Konfor Ölçeği İzin Formu



AA

mail.google.com



Gönde...



Doğum Sonu Konfor Ölçeği



Spam



**Burcu Rümeyza KARACA**

alıcı heryilmaz, haticeeryilmaz

13 gün önce [Ayrıntılar](#)



Sayın Eryılmaz,

Yüksek Lisans tez çalışmamda, geliştirme çalışmasını sizin yapmış olduğunuz 'Doğum Sonu Konfor Ölçeği' ni kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanabilmem için izninizi ve ölçeğin kendisini rica ediyorum. Kolay gelsin

## EK-6: Kurum İzni



ÖZEL NİSA HASTANESİ

Çekirgeçme Mah. Özel Sok. No: 4-4  
Tendürlü - Beşiktaş - 34748/İST.  
Tel: 0212 454 14 50 Faks: 0212 452 38 58  
www.ozelnisahastanesi.com

### ÖZEL NİSA HASTANESİ

Sayı : 6/9  
Konu : Burcu Rümeysa KARACA  
Anket Çalışması Hk.

25/08/2020

### İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİNE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi: 19.08.2020 tarih ve 39540 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burcu Rümeysa KARACA'nın, Üniversiteniz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "Sıcak Uygulamanın Sezaryen Sonrası Akut Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını hastanemizde yapması onaylanmıştır.

Bilgilerinize arz ederiz.



Çekirgeçme Mah. Fahi Cad. Özel Sok. No:4-4 Yenibosna-Bağcılar/İST.  
Telefon: [REDACTED] Faks: [REDACTED]  
e-posta: [REDACTED]

Ayrıntılı bilgi için lütfen: F. ÖZTÜRK



## EK-7: Araştırmaya Katılım Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

“Sıcak Uygulamanın Sezaryen Sonrası Akut Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi” konulu bir araştırma yapmaktayız. Çalışmamızda size konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Çalışmamız şu anda bulunduğunuz hastane prosedürü kapsamında ve onayında size doğum sonrası sıcak uygulama yapılması dışında herhangi bir müdahale içermemektedir ve herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğimize bağılıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Anket araştırmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adi geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Doğum sonrası yapılacak sıcak uygulama tarafım anlatıldı. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih: ..../...../.....

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Araştırmacıların Adı Soyadı: Burcu Rümeyya KARACA, Pınar IRMAK VURAL

Tarih:

İmza:

## 11.ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.15391  
Konu : Etik Kurulu Kararı

20/05/2020

Sayın Bircu Rûmeysa KARACA

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Sıcak Uygulamanın Sezaryen Sonrası Akut Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bo belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 20.05.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 61002375X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi  
Kavaçak Mah. Ekinçiler Cad. No.19 Kavaçak Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN ACIK ADI	Sıcak Uygulamanın Sezaryen Sonrası Akut Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI	Burcu Rümeyza KARACA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ÖLÇÜ RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 394		Tarih: 14/05/2020			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplamda Bulunan