TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDE UYGULANAN GEVŞEME TEKNİKLERİNİN AĞRIYA VE DOĞUM SONU KONFORA ETKİSİ

AYŞEGÜL ÜNAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi DİLEK COŞKUNER POTUR

2019-İSTANBUL

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDE UYGULANAN GEVŞEME TEKNİKLERİNİN AĞRIYA VE DOĞUM SONU KONFORA ETKİSİ

AYŞEGÜL ÜNAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi DİLEK COŞKUNER POTUR

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Ayşegül ÜNAL

Tez Başlığı : Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi SBF Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 28.06.2019

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Coşkuner POTUR	Marmara Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN	Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa FNHF	
Doç. Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 17/07/2019 tarih ve 124 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

I. BEYAN

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

AYŞEGÜL ÜNAL

İmza



II. TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya başladığım günden itibaren emeğini ve yardımını esirgemeyen, her anlamda katkısı, desteği olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dilek Coşkuner Potur'a

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalındaki Saygıdeğer Hocalarıma,

Bilimsel yolda olmanın önemini öğrettiği ve bu yolda olmak için verdiği desteği için değerli Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüm Dr. Öğr. Üyesi Yeliz Doğan Merih'e

Bilimsel olarak her konuda bilgi ve tecrübesini paylaşan, bu yolda hep yol gösteren Dr. Tuğba Yılmaz Esencan'a,

Yoğun çalışma temposu içinde çalışırken dahi yardım ve desteğini esirgemeyen Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Acil ve Doğumhane sekreterlerine, doğum acil, doğumhane, doğum sonu servislerinde bulunan ebe ve hemşire arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitim sürecine beraber başladığım deneyimlerimizi paylaştığımız ve bu yolda desteklerini her zaman hissettiğim Eda Şimşek Şahin'e, Tuğba Öz'e, Derya Deniz'e ve Özlem Altuntaş'a

Çalışmamım her aşamasında yardım ve desteğini sağlayan eşim Samet Ünal 'a çok Teşekkür Ederim.

Ayşegül Ünal

III. İÇİNDEKİLER

IV. KISALTMALAR vi

V. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ vii

1. ÖZET 1

2. ABSTRACT 2

3. GİRİŞ VE AMAÇ 3

4. GENEL BİLGİLER 7

4.1. Doğum Sonu Dönem 7

4.1.1 Doğum sonu dönemde ağrı 7

4.1.1.1. Doğum sonu dönemde ağrı fizyolojisi 8

4.1.1.2. Doğum sonu dönemde ağrı bölgeleri ve nedenleri 9

4.1.1.2.1 Uterus involüsyonu 9

4.1.1.2.2 Epizyotomi 10

4.1.1.2.3 Doku hasarı / Perineal travma 11

4.1.1.2.4 Hemoroidler 12

4.1.1.2.5 Meme ağrısı 12

4.2. Konfor 13

4.2.1 Doğum sonu dönemde konfor 16

4.3. Doğum Sonu Ağrının Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı 17

4.3.1. Farmakolojik yöntemler 18

4.3.1.1. Lokal anestezik ajanlar 18

4.3.1.2. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar 18

4.3.1.3. Adjuvan analjezikler 19

4.3.1.4. Opoid analjezikler 19

4.3.2. Farmakolojik olmayan yöntemler 19

4.3.2.1. Masaj 20

4.3.2.2. Sıcak-soğuk uygulama 20
4.3.2.3. Deriye mentol uygulama 21
4.3.2.4. Vibrasyon 21
4.3.2.5. Transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) 21
4.3.2.6. Terapötik dokunma 22
4.3.2.7. Solunum egzersizleri 22
4.3.2.8. Dikkati başka yöne çekme (odaklanma) 22
4.3.2.9. Hayal kurma 22
4.3.2.10. Hipnoz 23
4.3.2.11. Aromaterapi 23
4.3.2.12. Yoga 23
4.3.2.13. Fitoterapi 24
4.3.2.14. Müzik 24
4.3.2.14.1. Rehavi makamı müzik 25
4.3.2.15. Progresif gevşeme teknikleri 26
4.3.2.15.1. Progresif gevşeme egzersizleri 26
5. GEREÇ VE YÖNTEM 28
5.1. Araştırmanın Amacı 28
5.2. Araştırmanın Tipi 28
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 28
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 29
5.4.1. Araştırmanın evreni 29
5.4.2. Araştırmanın örneklemi 29
5.4.2.1. Örnekleme alınma kriterleri 31
5.4.2.2. Dışlama kriterleri 32
5.5. Araştırma Hipotezleri 32
5.5.1. Bağımsız değişkenler 32

5.5.2. Bağımlı Değişken 33

5.6. Veri Toplama Araçları 33

5.7. Araştırmanın Etik Yönü 35

5.8. Çalışmanın Uygulanması 36

5.9. Verilerin Analizi 37

5.10. Araştırmacının Yaşadığı Olumsuzluklar/Sıkıntılar 38

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları 39

6. BULGULAR 40

6.1. Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması 40

6.2. Katılımcıların erken doğum sonu dönemde ağrı şiddetlerinin gruplar arası ve grup içinde karşılaştırılması 47

6.3. Katılımcıların erken dönem doğum sonu konforlarının gruplar arası karşılaştırılması 52

7. TARTIŞMA VE SONUÇ 57

7.1. Tartışma 57

7.1.1. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik bilgilerinin değerlendirilmesi 57

7.1.2. Katılımcıların ağrı şiddetlerinin değerlendirilmesi 60

7.1.3. Katılımcıların doğum sonu konforlarının değerlendirilmesi 64

7.2. Sonuç 67

7.3. Öneriler 68

8. KAYNAKLAR 70

9. EKLER 81

10. ÖZGEÇMİŞ 96

IV. KISALTMALAR

APS Amerikan Ağrı Birliği

CD Compact Disk

DSKÖ Doğum Sonu Konfor Ölçeği

DSÖ - WHO Dünya Sağlık Örgütü

GKÖ Görsel Kıyaslama Ölçeği

IASP Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

KG Kontrol Grubu

MG Müzik Grubu

PGG Progresif Gevşeme Grubu

TNSA Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırma Enstitüsü

V. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1 Araştırmanın evren, örneklem ve uygulama şeması

Tablo 1. Konforun taksonomik yapısı

Tablo 2. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Tablo 3. Katılımcıların yaş ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 5. Katılımcıların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 7. Katılımcıların farmakolojik olmayan yöntemleri bilme durumlarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 8. Katılımcıların farmakolojik olmayan yöntem kullanma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 9. PGG, MG ve KG Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)'ne göre doğum sonu ağrı şiddeti puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 10. PGG, MG ve KG Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)'ne göre erken doğum sonu ağrı şiddeti puan ortalamalarının grup içinde karşılaştırılması

Tablo 11. Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 12. PGG'nin ağrı şiddeti puan ortalamaları ve DSKÖ alt boyutlarının ve toplam puan ortalamaları ile arasındaki ilişki

Tablo 13. MG'nun ağrı şiddeti puan ortalamaları ve DSKÖ alt boyutlarının ve toplam puan ortalamaları ile arasındaki ilişki

Tablo 14. KG'nun ağrı şiddeti puan ortalamaları ve DSKÖ alt boyutlarının ve toplam puan ortalamaları ile arasındaki ilişki

1. ÖZET

Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi

Öğrencinin Adı: Ayşegül ÜNAL

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR

Anabilim Dalı: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Doğum sonu dönemde uygulanan gevşeme tekniklerinin ağrıya ve doğum sonu konfora etkisini değerlendirmek amacıyla, randomize kontrollü tek kör deneysel olarak planlanmıştır.

Yöntem: Doğum sonu dönemdeki annelere uygulanan çalışmanın örneklemine her gruba [Progresif Gevşeme Grubuna (PGG), Müzik Grubu (MG), Kontrol Grubuna (KG)] 50, toplamda 150 anne alınmıştır. Doğum sonu 2-4 saat içinde PGG'una Progresif Gevşeme Egzersizleri CD si, MG'una Rehavi makamı müzik dinletilmiş uygulama üç kez tekrarlanmıştır. Uygulama öncesi-sonrası ve taburculuk öncesi ağrı şiddetleri değerlendirilmiştir. KG'una aynı zaman aralıklarında ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır. Veri Toplama Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) kullanılmıştır. DSKÖ, taburculuk öncesi katılımcıların hangi grupta yer aldığını bilmeyen bir hemşire tarafından toplanmıştır.

Bulgular: Birinci ve ikinci uygulama öncesi GKÖ ağrı puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Birinci ve ikinci uygulama sonrası PGG ve MG'larının ağrı puan ortalamaları benzer ($p>0,05$) ancak KG'undan düşük, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Üçüncü uygulama öncesi-sonrası KG'unun ağrı puan ortalaması PGG ve MG'larından daha yüksek ve aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Taburculuk öncesi KG'unun ağrı puan ortalaması, PGG ve MG'larından daha yüksek ve aralarındaki fark anlamlı ($p < 0,001$) bulunmuş, PGG ve MG'ları arasında ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir. KG'unun DSKÖ puan ortalaması PGG ve MG'larından daha düşük, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,001$) bulunmuştur. MG ve PGG'ları arasında ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir.

Sonuç: Doğum sonu dönemde gevşeme tekniklerinin, doğum sonu ağrıyı azalttığı ve konforu arttırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu, Konfor, Ağrı, Progresif Gevşeme, Müzik

2. ABSTRACT

Relaxing techniques for post partum pain relief and postpartum comfort

Student's name: Ayşegül ÜNAL

Advisor: Assist. Prof**.** Dilek COŞKUNER POTUR

Department: Obstetrics and Gynaecology Nursing

Aim: The aim of this study was to examine relaxing techniques for postpartum period pain relief and postpartum comfort. The study was designed as a single blind, randomised controlled trial.

Materials and Methods: Participants in the sampling were divided into 3 groups (progressive relaxing group(PGG), music group(MG) and control group(CG)). Each group consisted of 50 participants, total 150 participants. In the first 2 to 4 hours postpartum period each group 3 times have listened respective music styles; PGG have listened Progressive Relaxing Exercises music, MG have listened "Rehavi" style music. Each group have been evaluated for pre and post intervention pain severity scores. CG evaluated accordingly routine postpartum care. "Data Collection Form", "Visual Analog Scale" and "Postpartum Comfort Scale" were used. "PPCS" Was collected by a nurse who were blind for group allocation.

Results: VAS pain scores were not different statistically significant before first and second intervention($p>0,05$). VAS was similar between PGG and MG groups($p>0,05$), but scores were statistically significantly lower when compared with CG($p<0,001$). CG pain scores were statistically significantly higher when compared with PGG and MG, before and after third intervention($p<0,001$). Before patient discharge, CG mean pain scores were significantly higher than PGG and MG($p<0,001$), difference between PGG and MG were not statistically significant ($p>0,05$). PPCS mean scores were significantly lower in CG when compared with PGG and MG($p<0,001$). PPCS scores were similar between PGG and MG($p>0,05$).

Conclusion: Postpartum relaxing techniques may relieve postpartum pain and may increase postpartum comfort.

Keywords: Postpartum, Comfort, Pain, Progressive Relaxing, Music

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın sağlığı tüm toplumlarda ön planda olmuştur. Kadın sağlığında, önemli bir yeri olan gebelik, doğum ve doğum sonu dönemin sağlıklı ve konforlu bir şekilde sürdürülmesi, belki de hayatında ilk defa hastanede kalma deneyimi yaşayan kadının memnuniyeti, hastane ortamı ve sağlık profesyonellerine karşı algısı açısından oldukça önemlidir. Doğum sonu dönemde doğumun sona ermesi ile anatomik, fizyolojik ve endokrin değişiklikler yaşanmaktadır. Vücudun gebelikten önceki döneme dönüşü yaklaşık olarak altı hafta sürmektedir. Bu dönemde gebelikte fetüsün gereksinimlerini ve intrauterin gelişimini sağlamak amacı ile oluşan değişimlerin gebelik öncesi halini alması için memeler hariç tüm vücutta gerileme meydana gelmektedir. Memelerdeki değişim laktasyondan dolayı ilerleyici değişim olarak devam etmektedir. Bu dönem içerisinde yeni doğum yapan ve anne olan kadının çok yönlü değerlendirilmesi ve bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekmektedir (Şirin, 2008; Beji Kızılkaya, 2015).

Doğum sonu dönemde uterus involusyonuna bağlı olarak uterus kasılmaları güçlüdür. Uterus kontraksiyonları lohusalarda doğum sonu ağrıya, kramplara sebep olurlar. İri bebek doğuran kadınlar, çoğul gebelikler, multiparlar daha çok ağrı yaşarlar. Emzirme ve oksitosin kullanımı uterus kontraksiyonunu arttırdığı için ağrı düzeyinde yükselme görülmektedir. Uterus kontraksiyonuna bağlı ağrılar kırk sekiz – yetmiş iki saat aralığında giderek azalır. Doğumda epizyotomi uygulanan kadınlarda, doğum sonu insizyon bölgesine bağlı ağrı görülmektedir. Doğum sonu taburculuk, normal vajinal doğumlarda yirmi dört saatte, sezaryende kırk sekiz saatte verilmektedir. Lohusalar yoğun ağrılı dönemi, doğum hastanede gerçekleşmişse hastane ortamında yaşarlar (Şirin, 2008; Ak Bekdemir, 2013).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneğinin (IASP- "International Association for the Study of Pain"- IASP) tanımına göre ağrı, vücudun belli bir yerinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan bir emosyonel duyumdur (Uyar, 2017). Doğum sonu dönemde uterus kasılmaları, epizyotomi, emzirme gibi çeşitli nedenler ile ağrı

yaşayan kadının doğum sonrası, doğumhanede yakın takip esnasında ve doğum sonu servislerine nakil olduklarında ağrı ile baş etmelerine yardımcı olmak için gerekli hemşirelik bakımı verilmelidir. Diğer taraftan yeni/yeniden ebeveyn olan kadının bebeğine bakımını ve öz bakımını sağlayabilmesi için ağrısının azaltılması gerekmektedir (Şirin, 2008).

Doğum sonu döneme uyumu sağlamada ve doğum sonu konforun (rahatlığın) sağlanmasında ağrı oldukça büyük önem taşımaktadır. Çünkü yeni doğum yapmış kadının fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme konforun artmasında önem taşımaktadır. Ağrı, fiziksel konforun azalmasında önemli etkenlerden biridir (Wilson ve Kolcaba, 2004).

Çapık ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada, lohusaların orta düzeyde konfora sahip oldukları (Çapık ve ark., 2014), Çelik ve ark.'nın 2014 yılında yapmış oldukları benzer bir çalışmada lohusaların orta düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre doğum sonu konforu ve yaşam kalitesini arttırmada, hemşirelerin ağrı kontrolünü sağlamaları, hasta bakım ihtiyaçlarını belirleyerek bakım vermeleri, doğum sonu konforu değerlendirmeleri önem taşımaktadır (Çelik ve ark., 2014).

Doğum sonu dönemde ağrının kontrolünde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılabilmektedir (Şirin, 2008). Yeni doğum yapan anneler genellikle ağrı giderici ilaç kullanımı tercih etmektedir. İlaç etkisini arttırmak ya da ilaç kullanmak istemeyen hastalarda ilaç dışı yöntemler hemşireler tarafından uygulanmalıdır (Özveren, 2011). Jean Watson, hemşirelik bakımında insanın akıl-beden-ruh bütünlüğünün önemini ön planda tutmaktadır. Hemşirelik bakımında bakım-iyileşme modelini önermekte ve bu bakımın temelinde farmakolojik olmayan uygulamalar yer almaktadır (Watson, 2012).

Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanım amacı aneljezik kullanımını azaltmak, hastanın ağrı sorunu ile baş etmesini sağlayarak konforunu arttırmaktır. Farmakolojik olmayan yöntemler, Periferal teknikler, Bilişsel-Davranışsal yöntemler ve bunların dışında kalan yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır. Periferal yöntemler, ağrı kontrolünde deri uyarımı ile ağrıyı azaltmayı ya da gidermeyi amaçlayan

yöntemlerdir. Periferal yöntemler, masaj, sıcak-soğuk uygulama, deriye mentol uygulama, vibrasyon, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), terapötik dokunma uygulamalarını içerir. Bilişsel-davranışsal yöntemler, bilişsel anlamda gevşeme sağlamaya odaklı yöntemleri içermektedir. Gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma, bilişsel yöntemler olarak tanımlanmaktadır (Özveren, 2011).

Ağrı ile baş etmede farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden biri olan müzik tarih boyunca her toplumda yaygın olarak kullanılmıştır. Müziğin sağlıkta kullanımı, insan sağlığı üzerine olumlu etkilerinin gözlenmesi ile oluşmuştur. Birçok medeniyette giderek yaygınlaşarak, müzik ağrı ve psikolojik temelli rahatsızlıklarda tüm insanlık tarihi boyunca kullanılmıştır (Koç ve ark., 2016).

Günümüzde de müzikle tedavi yöntemleri kullanımı giderek önem kazanmakta ve kullanılmaktadır. Müzik endorfin hormonu salgılanmasını arttırır. Ağrıyı azaltır. Mutluluk, sakinlik sağlar. Kalp atışını ve metabolizmayı düzenler. Problem çözmeyi kolaylaştırır (Koç ve ark., 2016). Rehavi makamı sonsuzluk hissi yanında, doğuma yardımcı olduğu, doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Kaya ve Kömürcü, 2016).

Progresif gevşeme egzersizleri; sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalma, parasempatik sinir sistemi aktivitesinde artışla sonuçlanan, istemli olarak baştan ayağa olarak büyük kas gruplarının sırayla aktif olarak kasılıp, pasif şekilde gevşetilmesidir. Bununla kas gerginliğini azaltmaya ve nefes alıp vermeyi yavaşlatmaya odaklanırken, zihnin rahatlamasına yardımcı olmaktadır. Kas gevşemesi ve kasların rahatlaması ile birlikte ağrı düzeyinde azalma görülmektedir (Bahçeli, 2014).

Dünya genelinde doğum sonu dönemde yaşanılan sorunlara yönelik tamamlayıcı terapiler hakkında yapılmış randominize kontrollü çalışmalar olmakla birlikte (Lee 2010; Li ve ark., 2011; Ko, Lee, 2014; Buttner ve ark., 2015; El-Aziz, Mamdouh, 2016), ülkemizde sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (Babacan, 1999; Özlü ve ark., 2016; Sımavlı ve ark., 2014; Çankaya, 2018; İçke, 2018).

Kore'de yapılan bir deneysel çalışmada doğum sonu dinletilen müziğin annelik hüznünü azalttığı ve anne bebek bağlanmasını arttırdığı belirlenmiştir (Lee, 2010).

Türkiye'de yapılan deneysel bir çalışmada, doğumda (vajinal doğum yapan primigravid) dinletilen müziğin, doğum sonu dönemde analjezi ihtiyacını azalttığı görülmüştür (Simavlı ve ark., 2014).

Doğum sonrası, fiziksel gevşeme ve nefes egzersizlerinin uygulandığı deneysel bir çalışmada gevşeme tekniklerinin doğum sonu depresyonu azalttığı görülmüştür (El-Aziz ve Mamdouh, 2016).

Boz ve Selvi'nin doğum sonu hemşirelik uygulamalarına yönelik yaptıkları sistematik incelemede doğum sonu dönemde farmakolojik olmayan uygulama kullanımının sınırlı olduğunu ve kadın sağlığı alanında ki sağlık profesyonellerinin tamamlayıcı terapiler konusunda kendilerini geliştirmeleri gerektiği çıkarımında bulunmuşlardır (Boz ve Selvi, 2016). Boz ve Selvi'nin önerileri ve yapılan literatür incelemesi sonucun da doğum sonu dönemde ağrının azaltılmasına yönelik çalışmaların büyük çoğunluğunun doğum sonu ağrı üzerine etkilerini sezaryen sonrasında ele aldıkları görülmüştür (Babacan, 1999; Değirmen ve ark., 2010; Midilli ve ark., 2019; Özlü ve ark., 2016). Yalnızca bir çalışmada normal doğum sonrası müzik dinletmenin, doğum sonu ağrı üzerine etkileri araştırılmıştır (Simavlı ve ark., 2014).

Yapılan çalışmalardan farklı olarak bu araştırmada, doğum sonu dönemde progresif gevşeme egzersizlerinin ve müziğin normal vajinal doğum yapmış kadınların ağrılarının yanı sıra doğum sonu konforuna etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Aynı zamanda çalışma sonuçlarının doğum sonu kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin bakımlarına ve literatüre katkı sağlaması hedeflenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem doğumun dördüncü evresi olarak plasentanın doğumuyla başlar. Literatürde postpartum veya puerperiyum adlarıyla da bilinmektedir. Bu dönemdeki kadına da lohusa ya da puerpera denilmektedir. Doğum sonu dönem gebelik ve doğumdaki değişimlerin psikolojik, fiziksel, anatomik ve endokrin olarak gebelikten önceki haline döndüğü dönemdir, yaklaşık olarak altı hafta (42 gün) sürmektedir. Meydana gelen bu değişiklikler normal kabul edilir. Bu dönemdeki değişimler ilk saatlerde hızlıyken sonraki zamanlarda daha yavaş olmaktadır (Karakaplan, 2007; Şirin, 2008; Beji Kızılkaya, 2015). Altı haftalık bir zamanı kapsayan bu dönem içerisinde 3 evreye ayrılmaktadır;

1. Doğumdan hemen sonraki dönem (Immediate): İlk 24 saati kapsar.

2. Erken doğum sonu dönem: Doğumdan sonraki ilk haftayı (7-10 gün) kapsar.

3. Geç doğum sonu dönem: İlk haftadan sonraki 6 haftayı (1–6. haftalar) kapsar (Güneri, 2015; Haral, 2018).

Doğum Sonu dönemde en hızlı değişimin olduğu ilk 24 saat fizyolojik ve psikolojik özelliklerin değerlendirilmesi açısından önemlidir. İlk saatlerde uterus kontraksiyonlarına ve epizyotomiye bağlı ağrı hissedilmektedir (Deussen ve ark., 2011). Doğum sonu ağrı annenin konforunu düşürmektedir, hissedilen ağrının hemşire tarafından değerlendirilmesi ve bakım sağlaması hem ağrının azaltılmasında hem de Doğum sonu konforun arttırılmasında önemlidir (İçke, 2018).

4.1.1 Doğum sonu dönemde ağrı

Evrensel bir kavram olan ağrı geçmişten günümüze her dönemde insanoğlu tarafından tanımlanmıştır. Ağrı kelimesi Latince ‘poena’ kelimesinden gelmekte olup ceza anlamına gelmektedir. Günümüzde ağrı, IASP’nın tanımına göre, vücudun belli

bir bölgesinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum olarak tanımlanmaktadır. Kişinin deneyimleriyle ilgili hoşa gitmeyen ve kişiye bağlı duyumsal olmasından dolayı kişiseldir (Aslan, 2002; Uyar, 2017).

Tüm kadınlar doğum sonu erken dönemde uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrı hisseder. Aynı zamanda vajinal doğumda, epizyotomi ya da laserasyonlara bağlı perineal ağrı yaşanmaktadır. Diğer ağrı ajanlarının emzirmeye bağlı meme sorunları, hemoroidler, baş ağrısı olduğu bilinmektedir (Sutton ve Carvalho, 2017; ACOG, https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/CO742.pdf erişim tarihi;18.05.2019).

4.1.1.1. Doğum sonu dönemde ağrı fizyolojisi

Ağrı periferik ve santral sinir sisteminde oluşan elektriksel ve kimyasal olaylar dizisinin sonucu olarak oluşur. Bu oluşumun son noktasını kişi ağrı olarak ifade eder. Amerikan Ağrı Birliği (American Pain Society- APS) ağrının beşinci hayat bulgusu olduğunu, ölçülüp tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Nörofizyolojide ağrı 'Nosisepsiyon' adıyla bilinmektedir. Ağrı vücudun herhangi bir bölümünde kaynaklanan, hoş olmayan emosyonel durumdur. Nosisepsiyon ise vücudun herhangi bir yerinde oluşan doku hasarında, buradaki oluşumun nosiseptörler ile merkezi sinir sistemine ulaştırılması ve sonucunda vücut tarafından bu oluşuma karşı önlemlerin alınması şeklidir. Ağrı, nosisepsiyon içerisinde duyumsal algılamadır. Ağrı nosiseptörlerin aktive olması ya da hasarlı bölgeden salgılanan mediyatörler tarafından, medulla spinalise birincil afferent (getirici) duyusal reseptörü olarak ileti ağına başlar. Afferent sinir lifleri, ağrı hissine sebep olan nosiseptif impulsu, omuriliğin dorsal boynuzu üzerinden ileti aşamasını gerçekleştirir (Eshkevari, 2013; İçke, 2018). Ağrı vücutta dört aşamada algılanır:

1. Ağrının Hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinir uçlarında stimulusun elektriksel aktivasyonudur. Başka bir ifadeyle enerjinin başkalaşmasıdır.

2. Ağrının İletilmesi (Transmisyon): Nosiseptörler tarafından impulsların dorsal boynuza iletilmesidir. Sensoryal sinir sistemi boyunca impulsların yayılmasıdır.

3. Ağrının Düzenlenmesi (Modülasyon): Omurilik seviyesine ulaşan ileti sistemidir. Uyaran spinal kord üzerinde değişime uğrayarak üst merkeze iletinin aktarılmasıdır.

4. Ağrının Algılanması (Persepsiyon): Doku hasarı ile başlayıp, omurilikten geçerek üst merkezlere iletilen duyunun algılanmasıdır. İmpulsların genliğini azaltan ya da arttıran internöronlar aracılığıyla ağrı algılanır. Norotransmitterlerin santral sinir sistemi üzerinden salınımı ile serotonin, histamin, enkefalin, B-endorfin ve dinorfin gibi endojen opiatlar ağrı algısını azaltabilir (Aslan, 2017).

4.1.1.2. Doğum sonu dönemde ağrı bölgeleri ve nedenleri

Doğum sonu ilk 24 saatte, uterusun tonüsü artarak uterus şeklini korumaktadır. Doğum boyunca devam eden uterus kontraksiyonları ve kontrakte uterus kasların yorulmasına bağlı doğum sonrası ağrıya sebep olmaktadır. Doğum sonu dönemde uterusun toplanma döneminde uterus kontraksiyonları doğumdaki şiddetine göre azalmış olarak devam eder. Emzirme ve sentetik oksitosin kullanımı, uterus kontraksiyonlarını arttırdığından doğum sonu ağrının artmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda Doğum Sonu dönemde epizyotomi, doku hasarı, hemoroid varlığı, meme ağrısına bağlı ağrılar görülmektedir (Şirin, 2008, Şimşek ve Esencan, 2017).

4.1.1.2.1 Uterus involüsyonu

Uterus involüsyonu, doğumdan sonra uterusun gebelikten önceki haline dönme sürecidir. İnvolüsyon süreci plesantanın doğumu ile başlar. Uterus involüsyonu temel olarak üç aşamada gerçekleşmektedir;

1. Kas lifi kontraksiyonu (Uterus kontraksiyonları)
2. Myometriyal hücrelerin otolizi (Katabolizma)
3. Epitel Hücrelerin rejenerasyonudur.

Oksitosin hormonu uterus kontraksiyonlarını güçlendirmektedir. Doğum sonu ilk saatlerde kasların yorgunluğu sebebiyle oksitosin miktarı azaldığından, eksojen oksitosin kullanılmaktadır. Oksitosin doğum ve doğum sonu dönemde kontraksiyonları sağlarken bir taraftan da stres hormonlarının (katekolaminler) azaltılmasını ve seratonin salınımının yükselmesini sağlamaktadır. Bu sebeple endojen oksitosin annede güçlü ve doğal bir analjezi sağlar. Eksojen oksitosin kullanımında doğal oksitosin sistemi bozulur ve eksojen oksitosin beyin bariyer seviyesini aşamadığı için serotonin etkileri görülmez, bu sebeple eksojen oksitosin kullanımında uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrılar daha çok hissedilir. Doğum sonu dönemde endojen oksitosinin emzirme ve bebek anne tensel teması ile arttırılması uterus kontraksiyonlarını sağlarken, ağrının da daha az hissedilmesini sağlamaktadır (Şirin, 2008; Beji Kızılkaya, 2015; Turan, 2016).

4.1.1.2.2 Epizyotomi

Epizyotomi, doğum eylemini kolaylaştırmak amacıyla vajinal açıklığı genişleterek, istenmeyen yırtıkları önlemek, fetüsün doğumunu kolaylaştırmak amacıyla doğum eyleminin ikinci evresinde perinede bulbokavernos kasa, mediolateral, median veya midline olarak yapılan cerrahi insizyondur (Taşkın, 2009). Bu amaçlarla yapılmış olmasına rağmen epizyotominin rutin kullanılması önerilmemektedir. Perine yırtığı riski yönünden riskli görülen doğumlarda (Makrazomi, forseps-vakum vb.) önerilmektedir. Ancak ülkemizdeki epizyotomi uygulama oranlarına bakıldığında, tüm doğumların %65'inden çoğuna, primiparlarda ise %90'ndan fazlasına epizyotomi yapılmaktadır (Şahin ve ark., 2007). Sayıner ve Demirci'nin (2007) yaptıkları çalışmaya göre, primipar doğumların %96,7'sine, multipar doğumların ise %51,9'una epizyotomi uygulandığı ve tüm doğumlara bakıldığında oranın %70,3 olduğu görülmüştür (Sayıner ve Demirci, 2007).

Epizyotomiye bağlı olarak, perineal ağrı, enfeksiyon riski, hematom, kanama ve disparoni görülür (Taşkın, 2009; Kartal ve ark., 2014; Beji Kızılkaya, 2015). Epizyotominin doğum sonu dönemde oluşturduğu ağrı, rahatsızlık, enfeksiyon, hareket kısıtlılığı, lohusada öz bakım yetersizliği ve disparoni oluşturduğu komplikasyonlarıdır. Epizyotomi iyileşme süreci cerrahi insizyon iyileşme süreci ile aynıdır. İlk iyileşme iki-üç hafta içinde olmakta, tamamen iyileşmesi altı haftaya kadar sürmektedir (Karaçam ve Eroğlu 2003; Şirin, 2008).

Gözüm ve Kılıç'ın yapmış olduğu çalışmada doğum sonu dönemde en sık görülen sorunların %86,6 sının yorgunluk, %80,4 ünün uyku bozuklukları, %71,4 ünün meme problemleri ve %30,4 ünün epizyotomi ağrısı olduğu görülmüştür (Gözüm ve Kılıç 2005).

East ve arkadaşların doğum sonu dönemde perine ağrısını giderme amaçlı, lokal soğuk uygulama yapılan ve aneljezi alan grup karşılaştırılmış, soğuk uygulama sonrasında ağrının aneljezi alan gruba göre daha fazla azaldığı görülmüştür (East ve ark., 2012). Velioğlu ve Demirci'nin (2014) yapmış olduğu benzer bir çalışmada epizyotomi sonrası buz uygulamanın ağrıyı azalttığı görülmüştür (Velioğlu ve Demirci, 2014).

4.1.1.2.3 Doku hasarı / Perineal travma

Perineal travma, doğum esnasında kendiliğinden veya epizyotomiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Doğumlarda oldukça sık karşılaşılan bir durum olmasıyla birlikte, doğum sonu ağrı ve konforun azalmasında yüksek etkiye sahiptir. Perineal travma olmaksızın da perineal ağrı hissedilmekte ancak perineal travma olması durumunda ve derecesine göre ağrı şiddeti artmaktadır. Perineal travma dört derece üzerinden sınıflandırılmaktadır (Mamuk ve Gençalp, 2013; Erbaba ve Pınar, 2016; Zhang ve ark., 2017).

1. Derece Laserasyon: Perine cildi ve vajina mukozasının laserasyonu olarak tanımlanır.

2. Derece Laserasyon: Birinci dereceye ek olarak perine kaslarının laserasyonudur.

3. Derece Laserasyon: İkinci derece laserasyona ek olarak anal sfinkterin tamamının ya da bir bölümünün zarar görmesidir.

4. Derece Laserasyon: Üçüncü Dereceye ek olarak, rektal mukozanın tamamının zarar görmesidir (Cunningham ve ark., 2005; Mamuk ve Gençalp, 2013).

Kettle ve Tohill (2008)'in yaptığı çalışmada, perineal travması olan kadınların %23-42'sinin doğum sonu 12. güne kadar, %7- %10'unun da 18 aya kadar perineal ağrılarının devam ettiği belirlenmiştir (Kettle ve Tohill, 2008).

4.1.1.2.4 Hemoroidler

Hemoroid gebelik ve doğum sonu dönemde sık karşılaşılan bir sorundur. Progesteron ve mekanik basınç (fetus başının basısı) hemoroid oluşumunu arttırmaktadır. Konstipasyon, genetik, uzamış gerginlik diğer sebepler arasındadır. Doğum sonu ilk günlerde daha belirgin olarak artmakta ve hemoroide bağlı ağrı düzeyi ilk günlerde yüksek sonraki günlerde giderek azalmaktadır. Hemoroid üzerinde basınca bağlı ağrıyı engellemek için, konstipasyon önlenmelidir (Haral, 2018; İçke, 2018). Aksu ve Çatalgöl'ün yapmış olduğu çalışmaya göre, Doğumdan sonraki 1. Yılın sonunda en sık görülen sağlık problemlerinden birinin hemoroid olduğu (%12.6) belirlenmiştir (Aksu ve Çatalgöl, 2017).

4.1.1.2.5 Meme ağrısı

Meme ağrısı doğum sonu sık görülen sorunlardan biridir. Erken puerperium dönemde farklı sebeplere bağlı olarak önemli meme sorunları görülmektedir. Meme sorunlarından sıklıkla görülen meme başı çatlakları daha çok emzirmenin ilk 1-2 haftasında ortaya çıkmaktadır ve çoğunlukla bebeğin emzirme esnasında aerolayı tam olarak kavramamasına bağlı oluşmaktadır. Doğru emzirme dolayısıyla doğum sonu dönemde emzirme eğitimi önem kazanmaktadır. Meme sorunlarının çoğu yanlış emzirmeye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Kirlek ve Balkaya, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), meme bakımında memenin temiz ve kuru tutulmasını, memede ağrı varlığında ise anne sütü ile meme başının silinmesi

uygulamasını önermektedir (http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf , Erişim tarihi: 19.05.2019).

Laktasyonun başlaması ile memelerde süt birikmeye başlar ve tam emzirme sağlanamazsa süt memelerde birikir. Bu durumda meme engorjmanı olarak adlandırılır. Genellikle doğum sonu ikinci günde geriler fakat emzirme sorunlarının oluşması gerilemeyi durdurabilir (Şirin 2008). Dolgunluğa bağlı ağrının hafifletilmesi için sıcak-ılık kompres ve etkin emzirme sürdürülmelidir. Emzirme sağlanamıyor ise sağma işlemi ya da emzirme olmayacaksa sıkı bandaj yapılması meme dolgunluğuna bağlı ağrının azaltılmasını sağlayacaktır (http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf , Erişim tarihi: 19.05.2019).

Kirlek ve Balkaya'nın doğum sonu meme ağrısı ve çatlağı için anne sütü ve zeytinyağının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmaya göre, anne sütü uygulaması ağrıyı, zeytinyağ ise meme başındaki çatlağının azaltılmasını sağlamıştır (Kirlek ve Balkaya, 2013).

4.2. Konfor

Konfor, kökenini Fransızca olan, sözlük anlamıyla günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda konfor kavramı, Latince "güçlendirmek" anlamına gelen "confortare" sözcüğünden üretildiği bilinmektedir. İngilizce sözlüğündeki anlamlarında, "beden gereksinimlerin karşılanması", "sıkıntı ve ağrıdan kurtularak fiziksel ve maddi iyi olma durumu", "ruhsal sıkıntı ya da ızdıraptan kurtulma ve destek alma", "teselli etme, yatıştırma", "güçlendirme, cesaretlendirme ve yardım etme" şeklinde tanımlanmaktadır. Hemşirelikte konfor; hasta, aile veya toplumun konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, bu gereksinimlere yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulamalar sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi sürecinden oluşmaktadır. Kolcaba'ya göre konfor "bireyin gereksinimleriyle ilgili yardım, destek, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç"tur (Kolcaba, 1994; Siefert 2002; Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

Konfor kuramı, hemşirelik kuramı olarak ilk kez Katharine Kolcaba tarafından ortaya atılmıştır. Kolcaba 1988 yılında, konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur. Konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra taksonomiği test etmek için hasta bireylerde beklenen konforu ölçmek amacı ile 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte Genel Konfor Ölçeği'ni (General Comfort Questionary-GCQ) geliştirmeye başlamıştır ve çalışma sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır (Kolcaba 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011).

Kolcaba, Konfor Kuramı'nın gelişiminde dört temel felsefi bakış açısının etkisi olduğunu belirtmektedir. Yapının bakış açısı, kaynağını holizmden alırken, bir sonraki aşama insan gereksinimleri, bir diğer aşama Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı (1938), son aşama ise farklı hemşirelerin (Orlando, Henderson ve Paterson) geliştirmiş olduğu üç orta düzey kuramdan yararlanılarak geliştirilmiştir. Kolcaba, bu dört felsefi bakış açısını ilişkilendirerek kuramını ve alt kavramlarını oluşturmuştur. Kolcaba, konfor ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmaları sonucunda Konfor Kuramı'nın üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapıyı geliştirmiştir. Taksonomik yapı tablo1 de gösterilmiştir. Konfor Kuramının ferahlama (relief), rahatlama (ease), üstünlük (transcendence) olmak üzere üç düzeyi bulunmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017).

Ferahlama (Relief); Bireyin ihtiyaçlarının karşılanması sonucu sıkıntıdan kurtulmasıyla hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017).

Rahatlama (Ease); Sakinlik, rahat veya huzurlu olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Hasta bireyin rahatlaması, memnuniyetten söz etmesi, huzur durumudur (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017).

Üstünlük (Transdence); Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017).

Konfor kuramının ikinci aşamasında, konforu sağlamaya yönelik ihtiyaçların ortaya çıktığı fiziksel, sosyo-kültürel, psikospritüel ve çevresel ortamlar olmak üzere

dört alt boyutta ele alınmıştır (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi, Kaya 2017).

Fiziksel Konfor: Fiziksel konfor bedensel algı duyumları ile ilgilidir. Kişinin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme, rahatlama, hastalığa karşı verdiği tepki yanıt, beslenme gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Ağrı, fiziksel konforun azalmasındaki en büyük etkenlerden biridir. Fiziksel konforun arttırılması için ağrının azaltılması gerekmektedir. Kolcaba, uyaran oluştursun veya oluşturmasın fiziksel konforun kişinin hastalığa karşı cevabından kaynaklandığını belirtmektedir. Fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler olan sıvı elektrolit dengesi, kan biyokimyası, oksijen saturasyonu gibi göstergelerin herhangi birinde normalden sapmanın olması durumunda konforun etkileneyebileceği vurgulanmaktadır (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi, Kaya 2017).

Psikospritüel Konfor: Psikospritüel Konfor, akılsal, psikolojik ve manevi etmenlerden oluşmaktadır. Kişinin yaşamında önemli olan öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsar (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi, Kaya 2017).

Çevresel Konfor: Dış faktörler, durumlar ve bunların birey üzerindeki etkilerini kapsar. Bu kapsamda ortamda olan durumlar aydınlatma, gürültü, fiziksel yapı, ortamın rengi, ortam ısısı, güvenilir çevre gibi kişinin dış ortamıyla ilgili kavramlar yer alır (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi, Kaya 2017).

Sosyo-Kültürel Konfor: Sosyo-Kültürel konfor, bilgi, danışmanlık ve eğitim verme, kişinin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı olarak bakım verme, dini inanç, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması, taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası bakımın sağlanması sosyo-kültürel bakımı oluşturan faktörler arasındadır. Konfor kavramını 3 düzey ve 4 boyutta ele alan Kolcaba sağlıklı/ hasta bireyin konfor ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik girişimler sonrası konforun değerlendirilmesinde somut olarak ölçüm yapılabilmesi için genel konfor ölçeğini geliştirmiştir (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011; Terzi, Kaya 2017).

Tablo 1. Konforun taksonomik yapısı

Konfor Alt Boyutları	Konfor Tipi		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Çevresel			
Sosyo-Kültürel			

4.2.1 Doğum sonu dönemde konfor

Doğum ve doğum sonu dönem kadınların hayatlarındaki en özel ve en önemli anlardan biri olmakla beraber, konforlarının en çok etkilendiği ve bakıma gereksinim duyduğu dönemlerden biridir. Aynı zamanda bu dönem, fiziksel, psikolojik bir çok değişimin bir arada yaşandığı ve bu değişime uyum sağlamada anne ve ailenin yüksek stres yaşadığı kriz dönemidir. Anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kısa ancak önemli bir zamanı kapsayan doğum sonu dönem; çok hızlı gelişen yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal ve fiziksel dengelerin bozulduğu, bu değişikliklere uyumda annenin yüksek stres yaşadığı dönemdir. Doğum sonu dönemde anneler konforlarını etkileyebilecek düzeyde sorunlar yaşayabilmektedir. Doğum sonu dönemde annelerin konforlarının ölçülmesi, kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların saptanması ve çözümünün sağlanması açısından oldukça önemlidir. Karakaplan ve Yıldız 2010 yılında doğum sonu konfor ölçeği (DSKÖ)'in geçerlik ve güvenirliğini yapmış ve Türkçeye uyarlamışlardır. Doğum sonu dönemde hemşirelerin hastaların konforlarını değerlendirerek bakım vermesi doğum sonu hasta konforunu artıracaktır (Kolcaba 2003; Doğaner ve Bekar 2006; Karakaplan ve Yıldız 2010; Çapık ve ark., 2014, Haral, 2018).

Doğum sonu konforu etkileyen faktörler arasında; ağrı, kanama, hijyenik gereksinimler, mobilizasyon, beslenme, bebek bakımı ve emzirme sorunları bulunmaktadır. Anneler çoğunlukla kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğan bakımını karşılamada zorlanırlar. Annenin bu döneme uyumunu arttırmada anne ve bebeğe verilecek bakımda hemşirelerin rolleri büyüktür. Kanama kontrolünün sağlanması, ağrının azaltılmasında, annenin öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması veya bakıma katılmasını sağlanması, etkin mobilizasyonun sağlanması, emzirme desteği ve bebek bakımı konusunda eğitim ve beceri kazandırılması bireyin memnuniyetini, konforu, yaşam kalitesini arttırmaktadır. Ağrının azaltılması ile birçok faktörde düzelme sağlandığından dolayı bireyin konfor düzeyi artmaktadır. Bu sebeple hemşirelerin annelerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine göre bakım vermesi aynı zamanda öncelikli olarak ağrı kontrolünün sağlanması oldukça önemlidir (Richards, 1997; Kolbaca, 2003; Pınar ve ark. 2009; Taşkın, 2012; Çapık ve ark., 2014).

4.3. Doğum Sonu Ağrının Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı

Ağrı kişiyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilediğinden kontrol altına alınması gereklidir. Kişinin yaşadığı ağrı uykuyu, aile düzenini, sosyal durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini etkileyerek konforunu azaltır. Ağrının kontrol altına alınması kişinin rahatlaması, konforunun yükselmesi açısından önemlidir. Doğum sonu dönemde yaşanmakta olan ağrı kontrolü için ebe ve hemşireler ağrı değerlendirmesi yapmalıdır. Ağrının şiddeti ağrı tanılama ölçekleri kullanılarak değerlendirilmeli ve hastanın ihtiyacı belirlenerek, ihtiyaca yönelik hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Hemşirenin ağrı konusundaki duyarlılığı ve hasta ile etkin iletişimi, hastanın sorununu belirlemede, hemşirelik bakımının doğru, etkin planlanmasında önemlidir. Hemşirenin hastanın daha önceki ağrı deneyimleri ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve bakımda bu yöntemlerden faydalanması, ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, rehberlik etmesi ve yöntemlerin sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşımı sağlaması gereklidir. Ağrı yönetiminde hemşire farmakolojik veya farmakolojik olmayan uygulamaları kullanmaktadır (Lloyd 1994; Walker and Wilging 2000; Balkaya 2002; Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Özveren 2011).

4.3.1. Farmakolojik yöntemler

Ağrının kontrolünde yaygın olarak farmakolojik olarak ilaçlar kullanılmaktadır. Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, hızlı etki etmesi ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle ağrının giderilmesinde çoğunlukla tercih edilen tedavi yöntemidir. Yeni doğum yapan anneler genellikle ağrı giderici ilaç kullanımı tercih etmektedir. Analjeziklerin çok sık kullanılmasının ekonomiye zararı, bazı fizyolojik olumsuz etkileri ve sık kullanılmaya bağlı etkin dozu sağlamak için dozun artırılması gibi olumsuz yönleri vardır. Hemşirelerin ağrının kontrolünde yaygın olarak farmakolojik yöntemleri kullandığı belirlenmiştir ancak analjeziklerin istenmeyen bazı yan etkileri vardır. Bu nedenle hemşirelerin hastaların yaşadığı ağrıyı hafifletmek için farmakolojik yöntemlere ek olarak farmakolojik olmayan yöntemleri uygulaması, farmakolojik yöntemlerin etkinliğini arttırdığı bildirilmektedir (Weetman ve Allison, 2006; Ettrich ve ark., 2007; Özveren, 2011). Doğum sonu dönemde analjezik kullanımında petidin, aspirin, diazem gibi ilaçların anne sütüne geçtiği bildirilmiş olup bebek gözlemi ile kullanılması gerektiği bildirilmiştir. Özellikle kolostrum ilaç geçirgenliği fazla olmasından dolayı ilaç kullanımına dikkat edilmelidir, bu sebeplerle ilaç kullanımı sınırlandırılmalıdır (Tetik ve Tekinemre, 2017).

4.3.1.1. Lokal anestezik ajanlar

Lokal anestezik ajanlar, uygulandıkları zaman geçici olarak sinir iletimini durduran, bloke eden bileşiklerdir. Etki sürelerine göre kısa (prokain ve klorprokain), orta (lidokain, mepivakain ve prilokain) ve uzun (bupivakain) olarak üç gruba ayrılırlar. Doğum sonu dönemde epizyotomi bölgesinde bölgesel olarak kullanımda lidokain kullanılabilmektedir (Berde ve Strichartz, 2000; Eti 2006).

4.3.1.2. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar

Analjezikler, antipiretik ve antiinflamatuar etki mekanizması sağlayan nonsteroid anti inflamatuarlar prostaglandin sentezinde etkili olan siklooksijenaz enzimini inhibe eder. Ateş, ağrı gibi patolojik durumlarda rol oynar. Nonsteroid anti inflamatuarlar asetilsalisilik asit, asetaminofen (parasetemol) ve diğer nonsteroid antiinflamatuarlar olarak sınıflandırılır ve postoperatif dönemde sık kullanılan

ilaçlardandır (Eti, 2006; Yıldırım, 2013). Doğum Sonu dönemde diklofenak ve parasetamol kullanımı tercih edilmekle birlikte ilk kullanımlarında sorun olmamasına rağmen anne sütüne geçiş olduğundan kullanımın sınırlı tutulması gerekmektedir (Tetik ve Tekinemre, 2017).

4.3.1.3. Adjuvan analjezikler

Adjuvan aneljezikler, temelde ağrı için değil başka hastalıkların tedavisi amacıyla kullanılmaktadır, bazı ağrı tedavilerinde analjezik etki gösteren ilaçlardır. Adjuvan aneljeziklere, sekonder analjezikler, ko-analjezikler veya yardımcı analjezikler de denilmektedir. Bu sebeple analjeziklerin etki seviyesini artıran ve yan etkilerini azaltan ilaçlar adjuvan ilaçlar olarak adlandırılır (Eti, 2006; Eyigör ve Köken, 2017).

4.3.1.4. Opoid analjezikler

Opoid analjezikler morfin benzeri etkiler gösteren analjezik ajanlardır. Opoid analjeziklerden özellikle dolantine (petidin) Doğum ve doğum sonu dönemde kullanılmaktadır (Hüseyinoğlu ve ark., 2011).

4.3.2. Farmakolojik olmayan yöntemler

Ağrı yönetiminde kullanılan bir başka yaklaşım da farmakolojik olmayan yöntemlerdir. İlaç dışı girişimler ağrı hissini azaltır, yan etkileri azdır, aynı zamanda hastanın bakımına katılmasını sağlarlar. İlaç kullanımın ağrıyı geçirmediği veya zararlı etkilerinden dolayı kullanımın azaltılmak istendiği durumlarda (Doğum sonu dönem gibi) farmakolojik olmayan yöntemlerle ağrı kontrolü desteklenmelidir. Farmakolojik olmayan yöntemler, Periferal teknikler, Bilişsel-Davranışsal teknikler ve bunların dışında kalan yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır. Periferal teknikler; ağrı kontrolünde deri uyarımı ile ağrıyı azaltmayı ya da gidermeyi amaçlayan tekniklerdir. Bilişsel-Davranışsal Teknikler; Bilişsel anlamda gevşeme sağlamak odaklı teknikleri içermektedir (Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Erin, 2006; Özveren, 2011). Bayındır ve Çürük'ün 2015 yılında yapmış olduğu sistematik derlemede, farmakolojik olmayan yöntem kullanımı ile ilgili tezlerin sonuçları incelendiğinde, tezlerin 39'unda kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerinin ağrıyı azaltma

üzerinde etkili olduğu görülmüştür. İncelemede, en çok kullanılan farmakolojik olmayan yöntemin soğuk uygulama yöntemi olduğu ve bu yöntemin 1 çalışma dışındaki çalışmalarda ağrıyı azaltma yönünde etkisi olduğu görülmüştür. Tezlerde kullanılan yöntemlerin gevşeme egzersizleri, soğuk uygulama, müzik, sıcak uygulama, dokunma teknikleri, masaj ve akupunktur uygulaması olduğu görülmüştür (Bayındır ve Çürük, 2015). Hemşireliğin bağımsız rollerini aktif olarak kullanmalarını sağlayan temel nokta hasta bakımıdır, hastanın rahatlatılması, ağrısının azaltılması ile hem mesleki iş doyumu sağlanırken hem de hastanın hemşireye güveni artmaktadır. Hemşirelikte farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı bağımsız rollerini ortaya çıkaran aynı zamanda uygulaması kolay ve güvenirliği yüksek olmasına rağmen yapılan çalışmalarda hemşireler arasında farmakolojik olmayan yöntem kullanımının az olduğu görülmektedir (Özveren ve ark., 2016; Midilli ve ark., 2019).

4.3.2.1. Masaj

Masaj insanlığın varoluşun itibaren her toplumda bilinmektedir. Vücudun yumuşak dokularının sistematik olarak uyarılmasıdır. Masaj uygulaması ile gevşeme, bedensel ve zihinsel rahatlama sağlanır. Ciltteki dokunma ile çevresel reseptörler uyarılır ve uyaranlar, spinal kord yolu ile beyne ulaşır. Burada hoş bir duygu ve yanında genel bir rahatlama sağlanmakta, emosyonel iyilik hali artmaktadır. Masaj, dolaşımda vazodilatasyon ile kalbin pompalama gücünü artırmakta, kasların gevşemesini ve kişinin rahatlamasını sağlamaktadır. Masajın diğer etkileri de kan ve lenfatik dolaşımı, endorfin salınımını arttırması, ağrıyı, inflamasyon ve ödemi azaltması, depresyon ve anksiyeteye iyi gelmesidir (Karadeniz, 1997; Reed ve Mcgilvery, 2002). İçke'in doğum sonu dönemde uyguladığı ayak masajının sonucunda; ayak masajının doğum sonu dönemdeki kadınların ağrılarını azalttığını belirtmiştir (İçke, 2018).

4.3.2.2. Sıcak-soğuk uygulama

Sıcak uygulama, dokunma reseptörlerini uyararak, vazodilatasyon ile iskemik ağrıyı azaltır, endorfinlerin salınımı artırarak, kas ağrısını giderir, dokuların sinir uçlarındaki baskı, gerilme, ödem ve hipoksi gibi etkileri azaltarak, ağrı hissini azaltır,

sakinlik sağlar ve kişide rahatlama sağlayarak ağrıyı azaltır (Yağız, 2006; Kwekkeboom ve Gretarsdottir, 2006). Mamuk ve Gençalp'ın yapmış olduğu çalışmada, vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın, doğum sonu perineal ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (Mamuk ve Gençalp, 2013).

Soğuk uygulama; ilk olarak ödem ve kas ağrısına etki ederek ağrıyı azaltır. İkinci olarak da periferik sinirlerin iletimini azaltarak veya bloke ederek aynı zamanda dokunma reseptörlerini uyardığından endojen opioidlerin salınımı arttırarak ağrıyı gidermede etkilidir. Şenol'un yapmış olduğu çalışmada, perineye soğuk jel ped uygulamanın perineal ağrıyı azalttığı görülmüştür (Yağız, 2006; Kwekkeboom ve Gretarsdottir, 2006; Şenol ve Aslan, 2016).

4.3.2.3. Deriye mentol uygulama

Mentollü maddelerin lokal olarak uygulanması vücutta analjezi etkisi sağlar. Mentol uygulama ile gevşeme, rahatlamaya bağlı olarak endorfin salınımını arttırması ile ağrı hissini hafifletilir (Özveren, 2011). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.4. Vibrasyon

Vibrasyon, 'salınım şeklindeki hareketlerle karakterize mekanik bir uyarı' olarak tanımlanır. Vibrasyon ile ağrı yönetiminde, vibratörler aracılığıyla, mekanik olarak vibrasyon sağlayarak yapılan bir masaj ile ağrıya etki edilir. Bir tür masaj olmakla birlikte etkileri masaj ile aynı özellikleri gösterir, akut ve kronik kas ağrıları, nöropatik ağrılar, romotoid artrit gibi birçok ağrıda tercih edilebilir. Günümüzde lokal ya da tüm beden vibrasyonu olarak kullanılmaktadır (Türkmen ve Köse, 2016). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.5. Transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)

Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı, cilde yerleştirilen yüzey elektrotları aracılığıyla, düşük frekanslı akım impulslarının uygulanmasıdır. Akımlar endorfinlerin serbestliğini sağlayarak ve sıklıkla spinal nöral kapının açılıp, ağrı yaratan yolun bloklanması ile sinir sistemi üzerindeki etkisini gösterir. Bir diğer

yandan, doğal opiodların salınımı artarak aneljezik etki ile ağrı duyusu azaltılır (Özveren, 2011). Sever'in 2011 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre TENS kullanımı ile düşük düzeyde elektrik akımı uygulamanın doğum ağrısına yönelik ağrı şiddetini azalttığı, doğum süresini azalttığı görülmüştür (Sever, 2011). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.6. Terapötik dokunma

Terapötik dokunma, bir hemşire tarafından geliştirilmiştir. Tarih boyunca ellere en gelişmiş duyu organı olarak psikolojik ve mekanik etkilerinden faydalanmak üzere başvurulmuştur. Vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Terapötik dokunuş bireyde rahatlama oluşturarak ağrıyı azaltır. Terapötik dokunmayı uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim alması gereklidir. Terapötik dokunma, kronik ağrısı olan hastalarda kullanılabilir (Özer, 2009; Özveren, 2011). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.7. Solunum egzersizleri

Bireyin dikkati solunum teknikleriyle ağrı esnasında değişik noktalara yöneltilir. Solunum teknikleri doğru kullanıldığında, hastanın ağrı eşiği yükseltilir, gevşemesi sağlanır, ağrıyla baş etmesini sağlanır. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (Özer, 2009). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.8. Dikkati başka yöne çekme (odaklanma)

Dikkatini başka yöne çekme yöntemi ile hastanın ağrısı tamamen giderilmez, ağrı eşiği arttırılır. Bu yöntem ile hastanın hoşlandığı aktivitelere dikkatini vermesini sağlayarak ağrı üzerine odaklanmaması sağlanarak ağrı hissi azaltılır (Özer, 2009). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.9. Hayal kurma

Hayal kurma dikkati başka yöne çekme metodunun alt grubudur. Kişi bir hayalin içinde kendini düşünür ve ağrı duyumundan uzaklaşarak ağrı hissinin azaltılması

sağlanır (Özveren, 2011). Doğum sonu dönemde bu uygulamaya ilişkin yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

4.3.2.10. Hipnoz

Hipnoz, eski Yunancada uyumak anlamına gelmektedir, 19. yüzyılın başlarından itibaren doğum ağrısını azaltmakta kullanılır. Bu teknik bilinçaltına kadar inerek, derin fiziksel rahatlama sağlar ve ağrıdan hastayı uzaklaştırır (Mamuk ve Davas, 2010). Doğum sonu dönemde, annenin emzirme sebebiyle uyanık olması gerekmektedir bu sebeple kullanımını zor olabilir. Wong ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış olduğu çalışma ile hipnozun doğum sonu vulvar hematom direnajında analjezi olarak kullanımının sonuçlarına göre, hipnozun aneljezik etki olarak kullanılabileceği görülmüştür (Wong, 2011).

4.3.2.11. Aromaterapi

Aromaterapi, bitkilerin esansiyel yağlarının ve yoğun kokularının tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Aromatik ürünlerin duşta, tütsü yolu ile oda da, burun ucuna değdirilmesi, masaj ile birlikte esansiyel yağların masaj ve aromoterapi olarak kullanılması farklı kullanım şekillerindendir. Aromaterapinin beden ve ruh dengesini sağladığı, hoş koku ile gevşeme, rahatlama sağlandığı, anksiyeteyi, korkuyu, ağrıyı azalttığı, kişilerde emosyonel iyilik halini arttırdığı bildirilmektedir (Imanishi ve ark., 2009; Turan ve ark., 2010). Vakilian ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada epizyotomi bölgesine aromaterapi (lavanta yağı) uygulamış olup, epizyotomi bölgesi doğum sonu 10. günde değerlendirilmiş ve aromaterapi uygulanan kişilerde ağrının daha az olduğu görülmüştür (Vakilian ve ark., 2011).

4.3.2.12. Yoga

Yoga, Hindistan kökenli bir uygulamadır. Uygulamanın temel amacı akıl ve beden kontrolü sağlamaktır. Yoganın özellikle son yıllarda gebelik ve doğumda kullanımı artmaktadır. Yoganın farklı çeşitleri olmakla beraber, gebelikte ve doğumda kullanmaya en uygun çeşidi enerji yogası'dır. Enerji yogasında özel solunum teknikleri ile bilinç yükseltme, rahatlama ve gevşeme sağlanmaktadır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Mamuk ve Davas, 2010). Doğum sonu

dönemde yapılan yoganın annelerde depresyon ve anksiyeteyi azalttığı ve annelerin yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür (Buttner ve ark., 2015).

4.3.2.13. Fitoterapi

Fitoterapi, bitkilerle tedavi etme yöntemi olarak bilinmektedir. Ağrı yönetiminde fitoterapi yaygın olarak gastrointestinal sistem ağrılarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Kullanımı daha çok geleneksel uygulama olarak devam etmektedir (Sert ve ark., 2015). Chen'in 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada doğum sonu dönemde sarı papatya çayının uykusuzluk ve depresyon belirtilerine etkisi değerlendirilmiş ve uykusuzluk ve depresyonun belirtilerini azalttığı görülmüştür (Chen, 2014).

4.3.2.14. Müzik

Eski çağlardan beri müzik rahatlatıcı etkisi ile sakinleştirici olarak kullanılmıştır. Müzik güvenli, etkili ve farmakolojik olmayan bir analjezik ve rahatlatıcıdır. Aynı zamanda sedatif ilaçlara olan gereksinimi azaltır. Kullanım kolaylığı sebebiyle ağrı kontrolünde kullanılan doğal bir yöntemdir. Müzik terapisinin ağrıyı hangi mekanizma ile azalttığı tam olarak bilinmemekle beraber gevşeme veya dikkati başka yöne çekme ile etki sağladığı öne sürülmektedir. 19. yüzyılda müzik hasta bireylerin sakinleştirmesi için kullanılmıştır. Müzik hastaların emosyonel durumlarını yükselten, depresyon etkilerini, korkuyu, endişeyi azaltan, uykuya geçişi kolaylaştıran ve anksiyeteyi azaltarak, konforu yükselten bir uygulamadır. Müzik kullanımı işitsel uyarı mekanizması ile hastayı ruhsal olarak ağrı hissinden uzaklaştırarak, ağrı hissini azaltır, aynı zamanda endorfin salgısını arttırır. Endorfin etkisiyle hasta gevşer ve ağrıyı daha az hisseder. Müzikle ağrı kontrolünde, müzik dinlerken hastanın rahat bir pozisyon alması, müziğin sesini ağrısı arttığında artırıp azaldığında azaltması, tüm dikkatini müziğe vermesi, müziğin ritmine uyum sağlaması müzikle terapinin etkin kullanılmasını sağlayacaktır (Babacan, 1999; White, 2001; Uyar ve Korhan, 2011; Özveren, 2011).

Türk kültüründe müzik, Türk tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Farabi, Türk müziğinin sağlık üzerine etkilerinden bahsetmiştir. Türk müziği makamlarını sağlık alanında kullanılmış ve makamlar sınıflandırılmıştır (Koç ve ark. 2016).

Rast makamı: İnsana sefa (neşe-huzur) verir.

Rehavi makamı: İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.

Kuçek makamı: İnsana hüzün ve elem verir.

Büzürk makamı: İnsana havf (korku) verir.

Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.

Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.

Uşşak makamı: İnsana gülme hissi verir.

Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.

Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.

Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.

Hüseyni makamı: İnsana sükûnet, rahatlık verir.

Hicaz makamı: İnsana tevazu (alçak gönüllülük) verir (Koç ve ark. 2016).

4.3.2.14.1. Rehavi makamı müzik

İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir. Müzik dinletisinde, dikkati başka yöne çekme yönteminde olduğu gibi, dikkatin ağrıdan farklı bir yönde odaklanmasını sağlar. Baş, boyun, göğüs ve çeşitli ağrılara iyi gelir. Yapılan çalışmalarda, hastaya müzik dinletilerek müziğin rahatlatıcı etkisinden yararlanılarak ağrının şiddetinde azalma meydana geldiği gözlenmiştir (Kaya ve Kömürcü, 2016; Simavlı ve ark., 2014). Doğuma da yardımcıdır. İndüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda eğitim ve dinletilen müziğin (rehavi makamı) doğumda olumlu etkilerinin olduğu,

annede anksiyeteyi azalttığı, gebelerde doğum ağrılarını azaltarak geciktirdiği görülmüştür (Kaya ve Kömürcü, 2016).

4.3.2.15. Progresif gevşeme teknikleri

Gevşeme stresin ve kas gerginliği üzerindeki basıncın azaltılmasıdır. Gevşeme eğitimi ilk kez Jacopsan tarafından ortaya koyulmuştur. Daha sonra, Herbert Benson tarafından bir teknik olarak bilim alanında kullanılmıştır. Gevşeme sıralı olarak kasları germe ve gevşeme tekniklerini içerir, direkt olarak ağrıyı ortadan kaldırmaz, ancak stres, kas gerginliği ve ağrı hissinin artışını durdurur. Bununla gevşeme, hastaların anksiyete ve kişisel kontrol duygularını yükseltir. Gevşeme ağrıyı azaltır ve bireyin dikkatini başka yöne çekerek ağrı eşiğini yükseltir. Kas gerginliğine bağlı ağrıyı ve ağrıya bağlı stresi azaltır. Gevşemenin bir diğer mekanizması endorfin salınımını artırarak ağrıyı azaltmaktadır. Gevşeme tekniği için bireyin, sakin ve sessiz bir ortamda, rahat bir pozisyonda olması ve gevşeme tekniğine odaklanması gerekir. Gevşeme teknikleri özellikle postoperatif ağrı yönetiminde kullanılmaktadır (McCallie ve ark., 2006; Özveren, 2011; Bahçeli, 2014; Özlü ve ark., 2016).

4.3.2.15.1. Progresif gevşeme egzersizleri

Gevşeme, kişide fiziksel, ruhsal ve duygusal gerginlik halinin olmaması olarak tanımlanır. Gevşeme egzersizlerinin mekanizması, düşüncelerin mevcut durumla değiştirilmesi dikkatin dağıtılması ya da beden egzersizlerine cevaben ortaya çıkan nabızda ve tansiyonda düşme gibi rahatlamayı belirten fizyolojik olaylardır (Mikolasek ve ark., 2018). Progresif gevşeme egzersizleri; sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalma ve parasempatik sinir sistemi aktivitesinde artışla, bilinçli olarak kasların sırayla aktif olarak kasılıp, pasif şekilde gevşetilmesi sistemini kapsar. Bununla birlikte, kas gerginliğini hafifletmek ve solunumu dengelemeye odaklanırken diğer taraftan da beynin rahatlamasına yardımcı olmaktadır. Özlü ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada progresif gevşeme egzersizleri yaptırılan sezaryen sonrası hastalarda ağrı düzeyinde düşüş görülmüştür. Kolay uygulanabilen yöntemlerden olan progresif gevşeme egzersizleri, hafiften orta düzeye kadar olan ağrıları azaltmada, şiddetli ağrılarda da analjezik etkilerini artırmak için kullanılabildiği kaynaklarda belirtilmiştir (Bahçeli, 2014; Özlü ve ark., 2016).

Kısaarslan'ın 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada ameliyat sonrası hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin kalp atımını ve kan basıncını düşürdüğü, ağrıyı azalttığı görülmüştür (Kısaarslan, 2018).

Yapılan literatür incelemesi sonucunda hemşirelikte farmakolojik olmayan yöntem kullanımının hastanın ağrısının azaltılması, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan konforunun yükseltilmesinde önem taşıdığı görülmektedir. Bununla beraber yöntem kullanım oranının düşük, bireylerin de talepte bulunmalarının yetersizliği oldukça dikkat çekici bir durumdur. Diğer taraftan hem tıp hem de hemşirelik çalışmalarında doğumda ağrının yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin sınanmasına çok fazla yer verilmesine rağmen (Taşçı ve Sevil, 2007; Mamuk ve Gençalp, 2010; Sever, 2011; Gönenç, 2013; Simavlı ve ark., 2014; Yıllar, 2014, Türkmen, 2017; Birinci, 2017;), doğum sonu ağrının ele alındığı çalışmalar oldukça azdır (Babacan, 1999; Değirmen ve ark., 2010; Özlü ve ark., 2016; Simavlı ve ark., 2014; İçke, 2018). Hemşirelik bakımının devamlılığı niteliğinde, doğum ağrısı kadar şiddetli olmasa da, doğum sonu dönemde yaşanan ağrının da değerlendirilerek bir hemşirelik girişimin yapılması gerektiği kanaatindeyiz. Çünkü yeni doğum yapan annenin bebeği ile olan etkileşimi, emzirmenin başlatılması, en kısa sürede öz bakımını yerine getirmesi gibi konulara oldukça yarar sağlayacaktır. Bu sebeplerden dolayı çalışmamızda doğum sonu dönemde uygulanan gevşeme tekniklerinin ağrıya ve doğum sonu konfora etkisinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen bulguların ve literatüre katkı sağlaması ve erken doğum sonu dönemde hastanede bakım veren hemşirelerin bakımında sonuçların kullanılması amaçlanmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma doğum sonu dönemde progresif gevşeme egzersizlerinin ve müziğin normal vajinal doğum yapmış kadınların ağrı ve doğum sonu konforuna etkilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Tipi

Randomize kontrollü deneysel tek kör bir araştırma olarak tasarlanıp uygulanmıştır.

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 2 Ocak – 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ne bağlı İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğumhane ve doğum sonu kliniğinde araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurumsal izin (Ek2) ve etik onay (Ek1) alındıktan sonra yapılmıştır. Bu kurumun seçilme sebebi; araştırmacının bu kurumda çalışıyor olması, kurumun araştırma için onay vermesi ve çalışmanın yürütülmesinin daha etkili olacağı düşüncesidir.

Çalışmanın yapıldığı hastane İstanbul ili Anadolu yakasında olup, kadın hastalıkları ve çocuk bölümlerinde hizmet veren köklü bir kuruluştur.

Hastanenin Doğumhane birimi; 15 yataklı olup, tüm odalarda tuvalet ve banyo bulunmaktaydı. Doğumhane biriminde her vardiyada görevli 2 uzman doktor, 5 asistan doktor, 6 ebe ve bebek bakımı için 3 ebe-hemşire görev almaktadır.

Doğum Sonu Servisi; 35 yataklı ve her odanın içinde tuvalet banyo bulunan doğum sonu servisinde gündüz vardiyasında 4 ebe-hemşire, gece vardiyasında 2 ebe-hemşire görev almaktadır. Aynı zamanda doğum sonu bebek odasında gündüz vardiyasında 4 ebe-hemşire, gece vardiyasında 2 ebe-hemşire görev almaktadır, bebek bakımı bebek hemşireleri tarafından sağlanmaktadır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

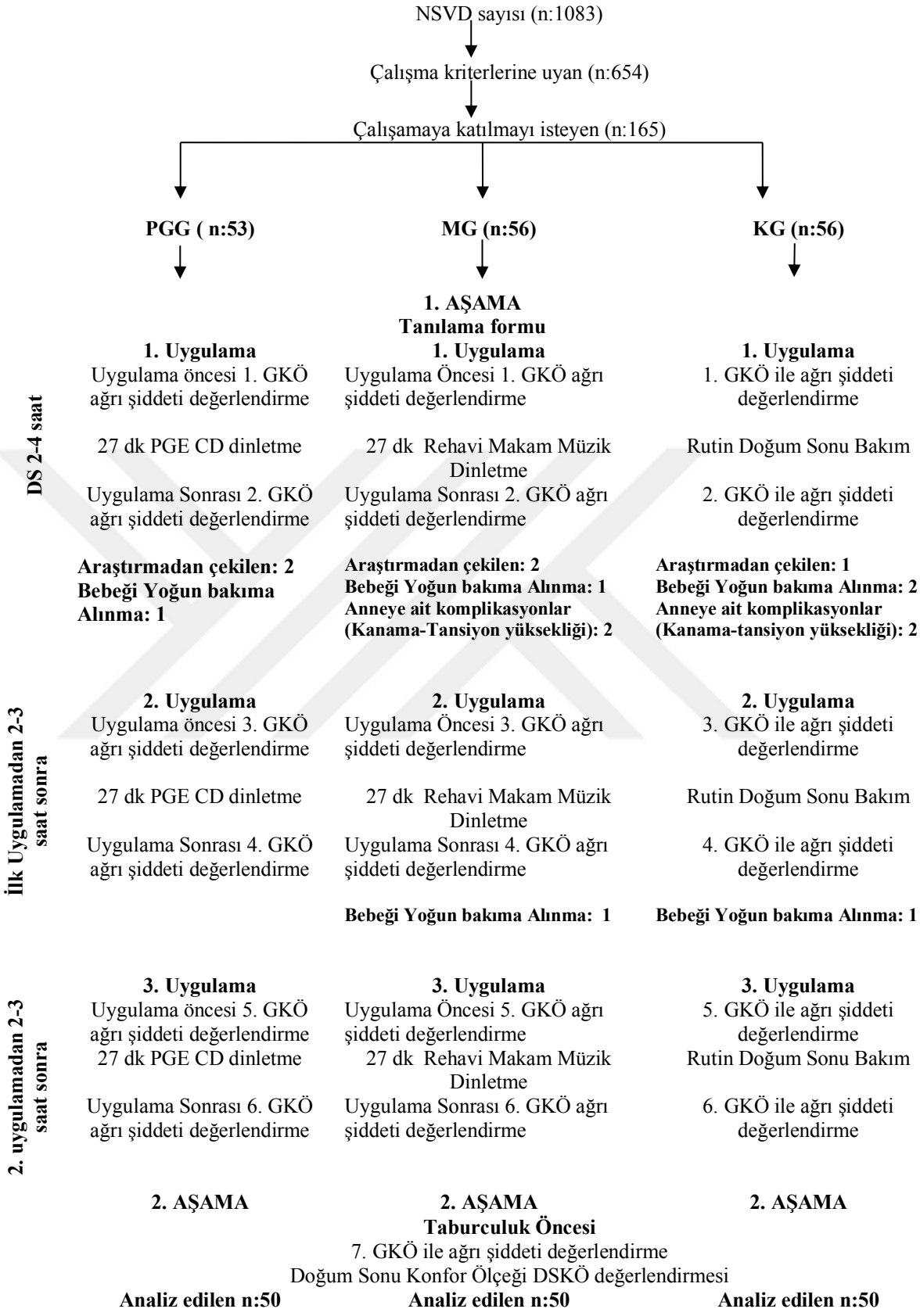
5.4.1. Araştırmanın evreni

Çalışmanın evrenini, 02.01.2019-15.05.2019 tarihleri arasında, belirtilen kurumunda doğum yapan ve doğum sonu kliniğine alınan primipar riskli gebeliği olmayan normal vajinal doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Bu dönemde toplamda 2208 doğum olmuştur, bu doğumların 1083 ü normal vajinal doğum olup, primipar normal doğum sayısı 874 dür. Primipar doğumların içerisinden 654 hasta çalışmaya katılma kriterlerine uygun olup araştırma evrenini oluşturmuştur.

5.4.2. Araştırmanın örneklemi

Çalışmanın örneklemine; evren içerisinden çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlar alınmıştır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde Özlü ve arkadaşlarının (2016) yaptığı, sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda progresif gevşeme teknikleri kullanılarak doğum sonu dönemde yaptıkları çalışmaya göre deney ve kontrol grupları arasında 5,82 lik ağrı ortalaması farkı ile Örneklem büyüklüğü %80 güç %95 güven aralığı dikkate alınarak α=0,05 kabul edilerek power analizi ile hesaplanmış 41 olarak belirlenmiştir. Kayıplar göz önünde bulundurularak progresif gevşeme, müzik ve kontrol grupları için toplam 150 kişi (her grup için 50 kişi) çalışmaya alınmıştır. Araştırmanın evren, örneklem ve uygulama şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1 Araştırmanın evren, örneklem ve uygulama şeması

Örnekleme alınan kadınların hangi grupta olacakları randomizasyon yapılarak belirlenmiştir. Her gruba alınma olasılıkları eşit olması amacıyla, renkli zarf yöntemi kullanılmıştır. Kadınlar zarfı seçerken hangi zarfın hangi uygulama olduğunu bilmeden seçim yapması sağlanmıştır. Katılımcıların hangi grupta olduğunu sadece araştırmacı tarafından bilinmiştir. Kırmızı müzik, mavi progresif gevşeme egzersizleri ve yeşil zarf kontrol grubu olarak atanmıştır.

5.4.2.1. Örnekleme alınma kriterleri

1. Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olmak
2. Türkçe konuşuyor olmak
3. Primipar olmak
4. Riskli gebelik öyküsü olmaması
5. 37 hafta ve üzerinde doğum yapmış olmak
6. İşitme engeli olmaması
7. Yeni doğum yapmış ve normal vajinal doğum yapmış olmak
8. Epizyotomili doğum olması
9. Kendisi ve bebeğinin sağlıklı olması
10. Bilincinin açık ve sorulara cevap verebilecek durumda olmak
11. Okuryazar olup okuduğunu anlayacak düzeyde olmak
12. Sağlık sorunu olmaması (ağrıya sebep olmaması için)
13. Uygulamalar esnasından ağrı kesici kullanım ihtiyacı olmamak

5.4.2.2. Dışlama kriterleri

1. Türkçe konuşamıyor olmak
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
3. Riskli gebelik öyküsü olan hastalar
4. Çoğul Gebelikler
5. Zor Doğum eylemi, Müdahaleli Doğum
6. 4000 gr ve üzeri doğum yapan gebeler
7. Bilincinin kapalı ya da sorulara cevap veremeyecek durumda olmak
8. Okuma yazma bilmeyenler
9. Doğum sonu dönemde ağrısı nedeniyle aneljezik kullananlar

5.5. Araştırma Hipotezleri

H-1a: Progresif gevşeme egzersizlerini uygulayan annelerin doğum sonu dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H-1b: Müzik dinleyen annelerin doğum sonu dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H-1c: Progresif gevşeme egzersizlerini uygulayan annelerin doğum sonu konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H-1d: Müzik dinleyen annelerin doğum sonu konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

5.5.1. Bağımsız değişkenler

Yaş, Sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu, eğitim.

5.5.2. Bağımlı Değişken

Ağrı düzeyi, doğum sonu konfor.

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Gebe Tanılama Formu (EK7), Görsel Kıyaslama Ölçeği, Kontrol Çizelgesi (Ek8), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (EK9) kullanılarak elde edilmiştir.

Tanılama formu (Ek7)

Doğum sonu dönemde ki annelerin sosyodemografik (yaş, öğrenim, medeni durum ve çalışma durumu, meslek eşinin öğrenim ve çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, evlilik süresi, ağrı ile baş etmede ilaç dışı yöntem kullanımı) ve obstetrik özelliklerini (planlı-plansız gebelik, ilk muayene zamanı, doğum sonu döneme ilişkin bilgi edinme ve bilgi edinme yolları) sorgulayan toplam 20 sorudan oluşan bir formdur.

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Hastalarda ağrı durumunu değerlendirmek için oluşturulan Görsel Ağrı Skalası (GKÖ) on santimetre uzunluğunda bir ölçektir. Sıfır, ağrı yok durumunu gösterirken, on en şiddetli ağrıyı göstermektedir. Hastalardan, 10 cm'lik çizgi üzerinde ağrılarını ifade eden kısmı işaretlemeleri istenir. GKÖ'de standardizasyonu sağlamak amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda GKÖ'nin dikey kullanımın hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde ki ağrının değerlendirilmesinde kullanılmıştır (Sapmaz ve Altungül, 2012). Görsel Kıyaslama Ölçeğine ait iç tutarlılık düzeyi Cronbach Alpha ile değerlendirilmiş ve sonucu .87 olarak hesaplanmıştır.

Kontrol Çizelgesi (Ek8)

Uygulama yapılmadan önce ve yapıldıktan sonra GKÖ 'lerinin değerlendirmesi için kontrol çizelgesi oluşturulmuştur. Çizelge üzerinde Uygulama saati, uygulanamaması durumunda uygulanamama nedeni bulunmaktadır. Uygulama

öncesi, sonrası ve taburculuk öncesi uygulanmak üzere çizelgede 7 adet dikey GKÖ bulunmaktadır.

Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek9)

Doğum sonu konforu belirlemek amacıyla Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek likert tipte 34 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için "tamamen katılıyorum" (5 puan), ve "kesinlikle katılmıyorum" (1 puan) arasında puanlanmaktadır. Olumlu ifadelerde tamamen katılıyorum ifadesi en yüksek konforu (5 puan), olumsuz ifadelerde ise düşük konforu (1 puan) yansıtmaktadır. Değerlendirmede ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170'dir. Ölçek "fiziksel, psikospritüel ve sosyokültürel" olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Değerlendirme puanının artması konforun arttığını göstermektedir. Ölçekten sağlanan toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer sağlanır ve sonuç 1-5 arasında değer gösterilir. Düşük konfor 1 ve yüksek konfor 5 ile ifade edilir. Ölçek üç faktör altında toplanır, doğum sonu konforu 3 boyutta (fiziksel, psikospirütüel, sosyokültürel) değerlendirilir.

1. Faktör; fiziksel konfordur. Alt boyutunu oluşturan sorular ise: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24, 26 maddelerinden oluşmaktadır.
2. Faktör; psikospritüel konfordur. Alt boyutunu oluşturan sorular ise: 5, 7, 10, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 31. maddelerinden oluşmaktadır.
3. Faktör; sosyokültürel konfordur. Alt boyutunu oluşturan sorular ise: 3, 9, 22, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34 maddelerinden oluşmaktadır.

Ölçeğin olumsuz maddeleri 5-1 olarak ters kodlanmaktadır. Olumsuz maddeler: 4, 6, 8, 9, 10, 12,13, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34'dür. Olumlu ifadeler 1-5 olarak kodlanmaktadır. Olumlu ifadeler: 1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 31, 32. maddeleridir. DSKÖ'ni geliştiren Karakaplan ve Yıldız Ölçeğin Cronbach Alpha değerini .78 bildirilmiş olup (Karakaplan ve Yıldız, 2010), bizim çalışmamızda Cronbach Alpha değerini ise .91olarak hesaplanmıştır.

Girişim Materyali

Girişim materyali olarak rehavi makamı müzik ve Türk Psikologlar Derneği tarafında oluşturulmuş olan progresif gevşeme egzersizleri CD si, MP3 çalar ve kulaklık kullanılmıştır. Kulaklıklar her hasta sonrası alkol ile silinip tekrar kullanılmıştır. Progresif gevşeme egzersizleri CD'si, üç bölümden oluşturulmuş, CD'nin ilk bölümü 10 dakikalık olup derin gevşemenin tanımı, amacı, uygulama esnasında dikkat edilmesi gereken uygulamalar açıklanmaktadır. Bunun için aynı zamanda CD içerisinde açıklama kılavuzu bulunmaktadır. Yirmi yedi dakikalık ikinci bölümünde, akarsu sesi ve sözlü anlatım eşliğinde progresif gevşeme egzersizleri açıklanmaktadır. Otuz dakikalık üçüncü bölüm de anlatım olmadan sadece gevşeme müziği içermektedir. Katılımcılarda 2. Bölüm kullanılmış olup açıklamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır. CD kullanım izni Türk Psikologlar Derneğinden alınmıştır (Ek 4).

Rehavi Müzik CD'si, otağ müzik tarafından hazırlanmıştır. CD kullanım izni alınmıştır (Ek 5)

Uygulama için CD içeriklerinin yüklendiği sony marka MP3 çalar ve sony marka kulaklık kullanılmıştır.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan etik kurul izni (Ek1) alındıktan sonra, İstanbul il sağlık müdürlüğünden kurum çalışma izni (Ek2) alınmıştır. Çalışmada kullanılan, ölçek için ölçek kullanım izni (Ek3), prograsif gevşeme egzersizleri CD kullanımı (Ek4), Rehavi müziği CD kullanımı (Ek5) için kullanım izni alınmıştır. Çalışmanın uygulama aşamasında; örneklem kriterlerine uyan annelere önce çalışmanın amacı açıklanmış, kişilerin insan hakları ve hasta haklarına sahip oldukları göz önüne alınarak tüm bilgilerin saklı tutulacağı, yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı hakkında kendilerine güvence verilmiş ve daha sonra çalışmaya gönüllü olan annelerden yazılı onam alınmıştır (Ek6).

5.8. Çalışmanın Uygulanması

Araştırma iki aşamalı gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada

- Araştırmaya başlamadan önce her üç grupta ki yeni doğum yapmış lohusalardan yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.
- Onam alındıktan sonra katılımcıya zarflar gösterilip, renk seçmesi sağlanmıştır.
- Gruba belirlenen hastaya uygulama öncesinde tanılama formu ve ağrı değerlendirmesi yapılmıştır.
- Doğum sonu 2-4 saat aralığında ilk uygulama başlatılmıştır. Katılımcı hangi grupta yer alıyorsa o gruba uygun, 2-3 saat aralıklarla 3 kez 27 dakika olmak üzere progresif gevşeme egzersizleri CD si ya da rehavi makamı müzik MP3 çalar ve kulaklık ile (Ses ayarlaması kişiye özgü olarak hasta tarafından ayarlanacaktır) dinletilmiştir.
- Kontrol grubuna hastanenin standart bakımı verilmiştir. Deney gruplarıyla aynı aralıklarla ağrı değerlendirmesi yapılmıştır.
- 2. uygulama, ilk uygulamadan 2-3 saat sonrasında yapılmıştır. Uygulamadan önce ve sonra ağrı değerlendirmesi yapılmıştır.
- 3. uygulama, 2. Uygulamadan 2-3 saat sonra yapılmıştır. Uygulamadan önce ve sonra ağrı değerlendirmesi yapılmıştır.
- Çalışma süresince analjezik almayan kadınlar ile araştırma sürdürülmüştür.
- Uygulamalar annenin bebeğini emzirmesinden önce yaptırılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması

- Taburculuk öncesinde katılımcının hangi grupta yer aldığını bilmeyen bir hemşire tarafından ağrı değerlendirmesi ve doğum sonu konfor ölçeği değerlendirmesi yapılmıştır. Değerlendirmeyi yapan hemşirenin katılımcıların gruplarını bilmemesi nedeniyle, araştırma tek kör araştırmadır.

Çalışma sırasında progresif gevşeme, müzik ve kontrol grubu arasında oluşabilecek farklılıkları önlemek amacıyla, rutin tedavi ve bakım uygulamaları, odanın niteliği, annenin takip sıklığı gibi etkenlerin farklılık göstermemesine özellikle dikkat edilmiştir. Uygulama koşullarının eşitliği en üst düzeyde sağlanmıştır. Progresif gevşeme, müzik ve kontrol grubun da yer alan annelerin aynı gün içinde değil, ardışık günlerde uygulamaya alınmasına dikkat edilmiştir. Aynı gün içinde uygulamaya alınan progresif gevşeme, müzik ve kontrol grubundaki kadınların farklı odalarda takip edilmeleri sağlanmıştır.

Kontrol Grubu

Çalışmaya katılmaya kabul kriterlerine uyan lohusalarda bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, doğum sonu 2.-4. Saat aralığında uygulama öncesi anket formu ve ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna doğum sonu servisinde çalışan hemşireler tarafından standart bakım verilmiş, ilk ağrı değerlendirmesinden sonra 30. dakikada, 4. ve 4,5 ile 6. -6,5 saatlerinde ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır. Son ağrı değerlendirmesinden en az 2 saat sonra, taburculuktan önce ağrı değerlendirmesi ve doğum sonu konfor ölçeği uygulanmıştır.

5.9. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 paket programına kodlanarak girilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Analiz yöntemleri tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen özellik	İstatistiksel yöntem
Progresif Gevşeme, Müzik ve Kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	✓ Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ✓ Kolmogorov Smirnov ✓ Kruskal-Wallis ✓ Ki-kare
Progresif Gevşeme, Müzik ve kontrol gruplarının ağrı şiddetlerinin karşılaştırılmasında	✓ Gruplar arası Kruskal-wallis, ✓ Gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde Man-Whitney U, ✓ Grup içi karşılaştırmada Wilcoxon testi kullanılmıştır.
Progresif Gevşeme, Müzik ve kontrol gruplarının Doğum Sonu Konfor Ölçeği karşılaştırılmasında	✓ Kruskal-wallis, ✓ Gruplararası farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde Man-Whitney U
Progresif Gevşeme, Müzik ve kontrol gruplarının Ağrı şiddeti ile Doğum Sonu Konfor Ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirmesinde	✓ Spearman korelasyon kullanılmıştır.

5.10. Araştırmacının Yaşadığı Olumsuzluklar/Sıkıntılar

Araştırmacının doğum servisi dışında farklı birimde çalışması verilerin toplanması için doğum servisine gitmede sıkıntı yaratmıştır. Aynı zamanda hastaların

ziyaretçilerden dolayı çalışmaya dahil olmayı reddetmeleri vaka almayı zorlaştırmıştır.

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma bir kurumun doğum sonu kliniğinde yatan erken doğum sonu dönemdeki anneler ile gerçekleştirildiğinden elde edilen veriler genellenemez. Aynı zamanda araştırmaya sadece primipar ve normal vajinal doğum yapmış olanların alınması araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

6. BULGULAR

Gevşeme tekniklerinin doğum sonu ağrıya ve konfora etkisinin değerlendirildiği araştırmamızda elde edilen bulgular üç bölümde incelenmiştir.

- Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması
- Katılımcıların erken doğum sonu dönemde ağrı şiddetlerinin gruplar arası ve grup içinde karşılaştırılması
- Katılımcıların erken dönem doğum sonu konforlarının gruplar arası karşılaştırılması

6.1. Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 3. Katılımcıların yaş ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Özellik	Gruplar	n	Ort ± SD	İstatistiksel Anlamlılık
Yaş	**PGG**	50	24,2 ± 3,7	χ^2=0,880 p>0,05
	MG	50	24,7 ± 5,0	
	KG	50	23,8 ± 4,1	
	TOPLAM	150	24,2 ± 4,3	

Kruskal-wallis test kullanılmıştır.

Tablo 2'de çalışmaya katılan yeni doğum yapmış annelerin yaş ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; KG 23,8 ± 4,1, MG 24,7 ± 5,0 ve PGG 24,2 ± 3,7 yıl olduğu ve yaş ortalamalarının üç grupta da birbirine yakın olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 4. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar								İstatistiksel Anlamlılık
	PGG		MG		KG		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu									
İlkokul	1	2,1	0	0,0	5	11,1	6	4,0	
Ortaokul	17	34,0	21	42,0	19	38,0	57	38,0	χ^2=0,151
Lise	20	40,0	20	40,0	20	40,0	60,0	40,0	p>0,05
Üniversite	12	24,0	9	18,0	6	12,0	27	18,0	
Medeni Durum									
Evli	50	100,0	50	100	49	98,0	149	99,3	χ^2=0,365
Bekar	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	0,7	p>0,05
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	22	44,0	12	24,0	14	28,0	48	32,0	χ^2=0,076
Çalışmıyor	28	56,0	38	76,0	36	72,0	102	68,0	p>0,05
Meslek*									
İşçi	16	69,6	7	58,3	11	73,3	34	68,0	
Memur	3	13	3	25	2	13,3	8	16,0	χ^2=0,753
Serbest Meslek	4	17,4	2	16,7	2	13,3	8	16,0	p>0,05
En Uzun Süre Yaşadığı Yer									
İl	21	42,0	27	54,0	18	36,0	66	44,0	
İlçe	22	44,0	14	28,0	20	40,0	56	37,3	χ^2=0,275
Köy	7	14,0	9	18,0	12	24,0	28	18,7	p>0,05
Sosyal Güvence									
Evet	42	84,0	45	90,0	45	90,0	132	88,0	χ^2=0,567
Hayır	8	16,0	5	10,0	5	10,0	18	12,0	p>0,05
Aile Tipi									
Çedirdek Aile	44	88,0	43	86,0	41	82,0	128	85,3	χ^2=0,689
Geniş Aile	6	12,0	7	14,0	9	18,0	22	14,7	p>0,05
Ortalama Gelir									
Geliri Giderinden Fazla	1	2,0	0	0,0	3	6,0	4	2,7	
Gelir Gider Eşit	34	68,0	32	64,0	30	60,0	96	64,0	χ^2=0,810
Gelir Giderden Az	15	30,0	18	36,0	17	34,0	50	33,3	p>0,05
Toplam	**50**	**100**	**50**	**100**	**50**	**100**	**150**	**100**	

Ki-kare test kullanılmıştır.
* Çalışan katılımcılar değerlendirilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 3'de gösterilmiştir. Katılımcılar sosyo-demografik özellikleri açısından incelediğimizde; her gruptaki katılımcıların %40'ının lise mezunu olduğu, KG'unun

sadece %2'sinin bekar olduğu, diğer gruplardaki tüm katılımcıların evli olduğu, PGG %44 ü, MG %24 ü, KG'unun %28'inin çalıştığı saptanmıştır. Çalışan annelerin meslekleri incelendiğinde her gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğunun işçi statüsünde çalıştığı, her gruptaki katılımcıların çoğunluğu (PGG %42, MG %54, KG %36) yaşamlarının büyük bölümünü şehirde geçirdikleri belirlenmiştir. Annelerin büyük çoğunluğunun (PGG %84, MG %90, KG %90) sosyal güvenceye ve çekirdek aileye (PGG %88, MG %86, KG %82) sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Gelir durumlarını ise büyük çoğunluğu (PGG %68, MG %64, KG %60) gelirinin giderine eşit olarak tanımlamıştır.

PGG, MG ve KG'undaki yeni doğum yapmış annelerin eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, en uzun süre yaşadığı yer, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumları gibi sosyo-demografik özelliklerinin birbirine benzer özelliklere sahip oldukları ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0,05$) belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 5. Katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar								İstatistiksel Anlamlılık
	PGG		MG		KG		Toplam		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Eş Eğitim Durumu									
İlkokul	0	0,0	3	6,0	2	4,0	5	3,3	
Ortaokul	10	20,0	14	28,0	16	32,0	40	26,7	χ^2=0,163
Lise	31	62,0	25	50,0	26	52,0	82	54,7	*p*>0,05
Üniversite	9	18,0	8	16,0	6	12,0	23	15,3	
Eş Çalışma Durumu									
Çalışıyor	47	94,0	49	98,0	48	96,0	144	96,0	χ^2=0,594
Çalışmıyor	3	6,0	1	2,0	2	4,0	6	4,0	*p*>0,05
Eş Meslek									
İşçi	23	46,0	30	60,0	36	72,0	89	59,3	
Memur	9	18,0	5	10,0	2	4,0	16	10,7	χ^2=0,070
Serbest Meslek	18	36,0	15	30,0	12	24,0	45	30,0	*p*>0,05
Eş İlişki Durumu									
İyi	42	84,0	42	84,0	40	80,0	124	82,7	
Orta	8	16,0	8	16,0	9	18,0	25	16,7	χ^2=0,830
Kötü	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	0,7	*p*>0,05
Toplam	**50**	**100**	**50**	**100**	**50**	**100**	**150**	**100**	

Ki-kare test kullanılmıştır.

Tablo 4'te yeni doğum yapmış annelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Eşlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (PGG %62, MG %50, KG%52) lise mezunu, neredeyse tamamının çalıştığı (PGG %94, MG %98, KG%96), çalışan eşlerin yine büyük çoğunluğunun (PGG %46, MG %60, KG%72) işçi statüsünde çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların yine büyük çoğunluğu eş ilişkilerinin (PGG %84, MG %84, KG%80) iyi olduğu belirlenmiştir. Üç gruptaki katılımcıların eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, eş meslek, eş ilişki durumu açısından benzer özelliklere sahip oldukları, istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık ($p > 0,05$) göstermemiştir (Tablo 4).

Tablo 6. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar								İstatistiksel Anlamlılık
	PGG		MG		KG		Toplam		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Planlı Gebelik									
Evet	40	80,0	36	72,0	36	72,0	112	74,7	χ^2=0,569
Hayır	10	20,0	14	28,0	14	28,0	38	25,3	*p*>0,05
İlk doğum öncesi bakım alma zamanı									
4. Hafta	14	28,0	10	20,0	16	32,0	40	26,7	
5-8 Hafta	33	66,0	35	70,0	32	64,0	100	66,7	χ^2=0,385
8-12 Hafta	2	4,0	3	6,0	1	2,0	6	4,0	*p*>0,05
12 Haftadan Sonra	1	2,0	2	4,0	1	2,0	4	2,7	
Doğum Sonrası Bakım Eğitim									
Evet	30	60,0	31	62,0	34	68,0	95	63,3	χ^2=0,689
Hayır	20	40,0	19	38,0	16	32,0	55	36,7	*p*>0,05
Eğitim Alınan Kaynak									
Sağlık Kuruluşu / Personeli	12	40,0	10	32,3	10	29,4	32	33,7	
Gebe Eğitim Sınıfı	6	20,0	3	9,7	3	8,8	12	12,6	χ^2=0,510
Kitap, Dergi, İnternet	4	13,3	10	32,3	10	29,4	24	25,3	*p*>0,05
Arkadaş, Komşu, Diğer	8	26,7	8	25,8	11	32,4	27	28,4	
Toplam	**50**	**100**	**50**	**100**	**50**	**100**	**150**	**100**	

Ki-kare test kullanılmıştır.
*** Eğitim alanlar arasında değerlendirilmiştir.**

Tablo 5'te Katılımcıların obstetrik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde, yeni doğum yapmış annelerin çoğunluğunun (PGG %80, MG %72, KG%72) gebeliklerinin planlı olduğunu, ilk doğum öncesi bakım alma zamanı gebeliğin ilk 5-8 haftası içinde gerçekleştirdiklerini (PGG %66, MG %70, KG%64), doğum sonu döneme yönelik eğitim (PGG %60, MG %62, KG%68) aldıkları saptanmıştır. Eğitim alanların eğitim kaynakları sorgulandığında çoğunluğunun (PGG %40, MG %32,3 KG%29,4) sağlık kuruluşundan/sağlık personelinden aldıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların obstetrik özelliklerinin de birbirine benzer olduğu aralarında istatistiksel anlamda farklılık göstermediği (p > 0,05) saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 7. Katılımcıların farmakolojik olmayan yöntemleri bilme durumlarının gruplar arası karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar								İstatistiksel Anlamlılık
	PGG		MG		KG		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Farmakolojik olmayan yöntemleri bilme durumu									
Evet	31	62,0	22	44,0	19	38,0	72	48,0	χ^2=0,044
Hayır	19	38,0	28	56,0	31	62,0	78	52,0	*p*>0,05
Yöntemler									
Müzik	14	28,0	9	18,0	11	22,0	34	22,7	χ^2=0,485 *p*>0,05
Solunum Egzersizleri	12	24,0	8	16,0	11	22,0	31	20,7	χ^2=0,589 *p*>0,05
Gevşeme Egzersizleri	3	6,0	3	6,0	3	6,0	9	6,0	χ^2=1,000 *p*>0,05
Odaklanma	6	12,0	4	8,0	4	8,0	14	9,3	χ^2=0,730 *p*>0,05
Hipnoz	1	2,0	0	0,0	1	2,0	2	1,3	χ^2=0,602 *p*>0,05
Aromaterapi	4	8,0	3	6,0	6	12,0	13	8,7	χ^2=0,555 *p*>0,05
Yoga	4	8,0	0	0,0	2	4,0	6	4,0	χ^2=0,125 *p*>0,05
Meditasyon	7	14,0	1	2,0	3	6,0	11	7,3	χ^2=0,064 *p*>0,05
Sıcak Soğuk Uygulama	24	48,0	14	28,0	13	26,0	51	34,0	χ^2=0,037 *p*>0,05
Diğer*	6	12,0	1	2,0	2	4,0	9	6,0	χ^2=0,101 *p*>0,05
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100	

Ki-kare test kullanılmıştır.
****Diğer (Bitki Çayı, Fitness, Masaj, Spor)***

Tablo 6'te Katılımcıların farmakolojik olmayan yöntem bilme durumları gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde, PGG'unun %62'si ağrı ile baş etmede farmakolojik olmayan yöntem bildiğini ifade ederken, MG'unun %44'ü, KG'unun ise %38 i ağrı ile baş etmede farmakolojik olmayan yöntemleri bildiğini ifade etmiştir. Ağrı ile baş etmede üç gruptaki katılımcıların en çok bildikleri ilk üç uygulamanın sıcak soğuk uygulama (PGG %48, MG %28, KG%26), müzik (PGG %28, MG %18, KG%22) ve solunum egzersizleri (PGG %24, MG %16, KG%22)

olduğu belirlenmiştir. Üç grubunda farmakolojik olmayan yöntemleri bilme durumları benzer olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p > 0,05) belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 8. Katılımcıların farmakolojik olmayan yöntem kullanma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar								İstatistiksel Anlamlılık
	PGG		MG		KG		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Farmakolojik olmayan yöntem kullanma durumu									
Evet	15	30,0	12	24,0	14	28,0	41	27,3	χ^2=0,791
Hayır	35	70,0	38	76,0	36	72,0	109	72,7	*p*>0,05
Yöntemler									
Müzik	2	4,0	0	0,0	1	2,0	3	2,0	χ^2=0,360 *p*>0,05
Solunum Egzersizleri	0	0,0	1	2,0	1	2,0	2	1,3	χ^2=0,602 *p*>0,05
Gevşeme Egzersizleri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	χ^2=1,000 *p*>0,05
Odaklanma	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	χ^2=0,365 *p*>0,05
Sıcak Soğuk Uygulama	4	8,0	9	18,0	5	10,0	18	12,0	χ^2=0,266 *p*>0,05
Diğer*	9	18,0	3	6,0	8	16,0	20	13,3	χ^2=0,335 *p*>0,05
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100	

Ki-kare test kullanılmıştır.
****Diğer (Bitki Çayı, Dinlenme, Duş, Masaj)***

Tablo 7'da araştırmamıza katılan annelerin farmakolojik olmayan yöntem kullanma durumları incelendiğinde, üç gruptaki katılımcıların ağrıları ile baş etmede farmakolojik olmayan yöntem kullanma durumunun az olduğu (PGG %30, MG %24, KG%28), yine her üç grubunda en çok kullandıkları yöntemler sıcak soğuk uygulama (PGG %8, MG %18, KG%10), masaj (PGG %8, MG %2, KG%2) ve bitki çayı (PGG %6, MG %2, KG%12), olduğunu ifade etmişlerdir. Gevşeme egzersizleri tüm katılımcılara bakıldığında hiçbir grupta kullanılmadığı belirlenmiştir.

MG, PGG ve KG'unda ağrı ile baş etmelerinde farmakolojik olmayan bir yöntem uygulamaları yönünde anlamlı farklılık (p > 0,05) bulunmamıştır (Tablo 7).

6.2. Katılımcıların erken doğum sonu dönemde ağrı şiddetlerinin gruplar arası ve grup içinde karşılaştırılması

Tablo 9. PGG, MG ve KG Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)'ne göre doğum sonu ağrı şiddeti puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Uygulama Sırası	Ağrı Değerlendirmesi	Gruplar PGG (n=50) Ort.±SS	Gruplar MG (n=50) Ort.±SS	Gruplar KG (n=50) Ort.±SS	İstatistiksel Anlamlılık χ^2	İstatistiksel Anlamlılık *p*	İleri analiz
İlk Uygulama	**1 GKÖ/UÖ**	3,46 ± 1,52	3,60 ± 1,14	3,75 ± 1,43	1,332	0,514	Fark Yok
	2 GKÖ/US	1,92 ± 1.25*	1,95 ± 1.09*	3,55 ± 1,38	41,720	**0,000**	**KG>PGG ve MG**
İkinci Uygulama	**3 GKÖ/UO**	2,88 ± 1,06	2,86 ± 0,86	2,93 ± 1,74	1,498	0,47	Fark Yok
	4 GKÖ/US	1,49 ± 0.80*	1,43 ± 0,65*	3,51 ± 1,55	65,837	**0,000**	**KG>PGG ve MG**
Üçüncü Uygulama	**5 GKÖ/UÖ**	2,33 ± 0.90	2,23 ± 0.93*	2,83 ± 1,19	6,831	**0,041**	**KG> MG**
	6 GKÖ/US	1,02 ± 0.72*	1,05 ± 0.70*	2,97 ± 1,31	67,519	**0,000**	**KG>PGG ve MG**
Taburculuk Öncesi	**7 GKÖ/TÖ**	0,41 ± 0.37*	0,49 ± 0.46*	1,74 ± 0,88	69,223	**0,000**	**KG>PGG ve MG**

Kw Kruskal-wallis test kullanılmıştır.
UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası TÖ: Taburculuk öncesi
İlk Uygulama (Doğum sonu 2-4 saat içinde), 2. Uygulama (1. Uygulamadan 2-3 saat sonra), 3. Uygulama (2. Uygulamadan 2-3 saat sonra) yapılmıştır.
Taburculuk doğum sonu 24. Saatte yapılmaktadır.

Yeni doğum yapmış kadınların doğum sonu servise transferinden sonra yapılan başlangıç ağrı değerlendirmesinde yapılan analiz sonucu; PGG unun 3,46 ± 1,52, MG unun 3,60 ± 1,14 ve KG unun 3,75 ± 1,43 şiddetinde ağrı hissettikleri ve gruplar arasında başlangıç ağrı şiddetinin benzer olduğu ($p > 0,05$) saptanmıştır (Tablo 8).

İlk ağrı değerlendirilmesinden sonra PGG'una PGE CD'si dinletilmiş ve uygulamaları sağlanmış, MG'una Rehavi makam müzik dinletilmiş ve KG'una standart DS bakım uygulanmıştır. Uygulama sonrası hemen GKÖ ile ağrı şiddetleri değerlendirilmiştir. İlk uygulama sonrasında, yapılan ağrı şiddeti değerlendirmesinde PGG'unun 1,92 ± 1,25, MG'unun 1,95 ± 1,09 ve KG unun 3,55 ± 1,38 olarak değerlendirilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). KG'unun PGG (1,63 ± 0,13) ve MG (1,60 ± 0,29)'undan ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda ise aralarındaki PGG ve MG'un ağrı şiddet puan ortalamaları KG'una göre düşük ve aralarında ki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Birinci uygulama sonrası PGG ve MG 'ların ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında fark ($p > 0,05$) bulunmamıştır (Tablo 8).

Birinci uygulamadan sonra 2-3 saat aradan sonra 2. Uygulama öncesi katılımcıların ağrı şiddetleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların ikinci uygulama öncesi ağrı şiddeti puan ortalamaları PGG unun 2,88 ± 1,06 MG unun 2,86 ± 0,86 ve KG unun 2,93 ± 1,74 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında ikinci uygulama öncesi ağrı şiddetlerinin benzer olduğu ($p > 0,05$) saptanmıştır (Tablo 8). Ağrının değerlendirmesi sonrası tekrar gruplara uygun girişimlerde KG'una DS standart bakım uygulanmaya devam edilmiş uygulama sonrası ağrı şiddetleri değerlendirildiğinde PGG unun 1,49 ± 0,80, MG'unun 1,43 ± 0,65 ve KG unun 3,51 ± 1,55 olarak bulunmuştur. KG'unun PGG (2,02 ± 0,75) ve MG'larından (2,08 ± 0,90) daha fazla şiddette ağrı hissettikleri belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda ise PGG ve MG'un ağrı şiddet puan ortalamaları KG'una göre düşük ve aralarında ki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). İkinci uygulama sonrası da

PGG ve MG'ların ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında fark ($p > 0,05$) bulunmamıştır (Tablo 8).

İkinci uygulamadan sonra 2-3 saat aradan sonra 3. Uygulama öncesi katılımcıların ağrı şiddetleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların ikinci uygulama öncesi ağrı şiddeti puan ortalamaları PGG unun 2,33 ± 0.90, MG unun 2,23 ± 0,93 ve KG unun 2,83 ± 1,19 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında üçüncü uygulama öncesi ağrı şiddetlerinin açısından istatistiksel olarak anlamlı fark ($p <0,05$) bulunmuştur (Tablo 8). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farklılık MG ile KG arasında olduğu ($p < 0,05$) belirlenmiştir (Tablo 8).

Ağrının değerlendirmesi sonrası tekrar gruplara uygun girişimlerde KG'una DS standart bakım uygulanmaya devam edilmiş uygulama sonrası ağrı şiddetleri değerlendirildiğinde PGG unun 1,02 ± 0,72, MG'unun 1,05 ± 0,70 ve KG unun 2,97 ± 1,31 olarak bulunmuştur. KG'unun PGG (1,95± 0,59) ve MG'larından (1,92 ± 0,61) daha fazla şiddette ağrı hissettikleri belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda ise aralarındaki KG'unun PGG ve MG'larından ağrı şiddeti puan ortalaması daha yüksek ve aralarında ki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Üçüncü uygulama sonrası da PGG ve MG 'ların ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında fark ($p>0,05$) bulunmamıştır (Tablo 8).

Katılımcıların taburculuk öncesi ağrı puan son kez değerlendirildiğinde PGG unun 0,41 ± 0,37, MG'unun 0,49 ± 0,46 ve KG unun 1,47 ± 0,88 olarak bulunmuş aralarındaki fark istatisksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. yapılan ikili analiz sonucunda üç uygulama sonrası olduğu gibi KG'unun ağrı şiddeti puan ortalaması PGG ve MG'undan yüksek bulunmuş her iki grup ile arasındaki fark ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Taburculuk öncesi yine PGG ve MG 'ların ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında fark ($p>0,05$) bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 10. PGG, MG ve KG Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)'ne göre erken doğum sonu ağrı şiddeti puan ortalamalarının grup içinde karşılaştırılması

Uygulama Sırası	Ağrı Değerlendirmesi	Gruplar PGG (n=50) Ort.±SS	 MG (n=50) Ort.±SS	 KG (n=50) Ort.±SS
İlk Uygulama	**1 GKÖ/UÖ**	3,46 ± 1,52*	3,60 ± 1,14*	3,75 ± 1,43
	2 GKÖ/US	1,92 ± 1.25*	1,95 ± 1.09*	3,55 ± 1,38
	Z	6,030	-6,144	-1,515
	p*	**0,000**	**0,000**	0,130
İkinci Uygulama	**3 GKÖ/UO**	2,88 ± 1,06	2,86 ± 0,86*	2,93 ± 1,74*
	4 GKÖ/US	1,49 ± 0.80*	1,43 ± 0,65*	3,51 ± 1,55*
	Z	-6,016	-6,198	-3,549
	p*	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Üçüncü Uygulama	**5 GKÖ/UÖ**	2,33 ± 0.90*	2,23 ± 0.93*	2,83 ± 1,19
	6 GKÖ/US	1,02 ± 0.72*	1,05 ± 0.70*	2,97 ± 1,31
	Z	-6.033	-5,992	-,802
	p*	**0,000**	**0,000**	0,423
Taburculuk Öncesi	**1 GKÖ/UÖ**	3,46 ± 1,52*	3,60 ± 1,14*	3,75 ± 1,43*
	7 GKÖ/TÖ	0,41 ± 0.37*	0,49 ± 0.46*	1,74 ± 0,88*
	Z	-6,166	-6,167	-5,695
	p*	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Wilcoxon test kullanılmıştır.

UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası TÖ: Taburculuk öncesi
İlk Uygulama (Doğum sonu 2-4 saat içinde), 2. Uygulama (1. Uygulamadan 2-3 saat sonra), 3. Uygulama (2. Uygulamadan 2-3 saat sonra) yapılmıştır.
Taburculuk doğum sonu 24. Saatte yapılmaktadır.

Katılımcıların ağrı şiddetlerini grup içi karşılaştırma sonuçlarını incelediğimizde;

PGG'nun birinci (uygulama öncesi/sonrası fark: 1,54±0,27), ikinci (uygulama öncesi/sonrası fark: 1,39±0,26), ve üçüncü (uygulama öncesi/sonrası fark: 1,31±0,18) uygulama öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamalarında düşüş meydana geldiği, aralarındaki farkında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu, ayrıca doğum sonu ilk ağrı değerlendirmesi ile taburculuk öncesi değerlendirmesi (Başlangıç ağrı şiddeti/taburculuk öncesi ağrı şiddeti fark: 3,05±1,15) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 9).

MG'unun birinci (uygulama öncesi/sonrası fark: 1,65±0,27), ikinci (uygulama öncesi/sonrası fark: 1,43±0,21) ve üçüncü (uygulama öncesi/sonrası fark: 1,18±0,23) uygulama öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamalarında düşüş meydana geldiği, aralarındaki farkında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu, ayrıca doğum sonu ilk ağrı değerlendirmesi ile taburculuk öncesi değerlendirmesi (Başlangıç ağrı şiddeti/taburculuk öncesi ağrı şiddeti fark: 3,11±0,68) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 9).

KG'unda ise diğer gruplar ile paralel zaman dilimlerinde değerlendirme yapılmıştır. Birinci (GKÖ 1 ile GKÖ2 arasındaki fark 0,20±0,05) ve üçüncü (GKÖ5 ile GKÖ6 arasındaki fark -0,14±10,12) değerlendirmedeki ağrı puanlarının benzer ($p>0,05$) olduğu, ancak 2. değerlendirme de yani GKÖ 3 (2,93 ± 1,74) ve GKÖ4 (3,51 ± 1,55) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark ($p<0,001$) bulunmuştur. Bu sonuca göre 2. Değerlendirme zamanında KG'unda ağrı puan ortalamalarında ağrı artışı gözlenmiştir. Benzer şekilde PGG ve MG'larında olduğu gibi KG'ununda doğum sonu ilk ağrı değerlendirmesi ile taburculuk öncesi değerlendirmesi (GKÖ1 ile GKÖ 7 arasındaki fark 2,01±0,55) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 9).

6.3. Katılımcıların erken dönem doğum sonu konforlarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 11. Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar arası karşılaştırılması

DSKÖ	Gruplar PGG (n=50) Ort.±SS	MG (n=50) Ort.±SS	KG (n=50) Ort.±SS	İstatistiksel Anlamlılık $\chi 2$	*p*
Fiziksel Konfor	53,50 ± 7.56*	52,30 ± 9.25*	41,38 ± 8,79	42,839	**0,000**
Psikospritüel Konfor	47,70 ± 3.28*	47,32 ± 2.93*	43,26± 3,89	48,044	**0,000**
Sosyokültürel Konfor	35,12 ± 5.05*	35,04 ± 4.86*	29,26 ± 4,69	39,765	**0,000**
Toplam	136,32 ± 12.52*	134,66 ± 14.12*	113,90 ± 14,33	51,603	**0,000**

K Kruskal-wallis test kullanılmıştır.

Tablo 10'da Katılımcıların doğum sonu konfor düzeyleri ve alt boyutlarının gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır. Fiziksel konfor alt boyutunun gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; PGG'undaki katılımcıların 53,5 ± 7.56, MG'undaki 52,3 ± 9,25, KG 41,38 ± 8,79 olduğu belirlenmiş puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı ($p<0,001$) bulunmuştur. Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; KG'unun puan ortalamasının hem PGG hem de

MG'larından düşük olduğu, iki grup ile arasında olan farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0,001$), PGG ve MG'larının benzer oldukları ($p>0,05$) belirlenmiştir. Bu sonuca göre doğum sonu dönemde PGE ve müzik dinletme gibi gevşeme teknikleri fiziksel konforu arttıran uygulamalar olduğunu söyleyene bilir (Tablo 10).

Psikospritüel konfor alt boyutunun gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; PGG'unun puan ortalaması 47,7 ± 3,28, MG'unun puan ortalaması 47,32 ± 2,93, KG'unun puan ortalaması ise 43,26 ± 3,89 belirlenmiş puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu KG'unun psikospritüel konfor alt boyutu puan ortalamasının hem PGG hem de MG'undan düşük olduğu iki grup ile de aralarında ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$), PGG ve MG'larının benzer oldukları ($p>0,05$) belirlenmiştir (Tablo 10). Bu sonuca göre doğum sonu dönemde PGE ve müzik dinletme gibi gevşeme teknikleri psikospritüel anlamda konfor sağlayan farmakolojik olmayan uygulamalar olarak değerlendirilebilir.

Sosyokültürel konfor alt boyutunun gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; PGG'unun puan ortalamaları 35,12 ± 5,05, MG'unun puan ortalamaları 35,04 ± 4,86, KG'unun puan ortalamaları 29,26 ± 4,69 olarak belirlenmiş puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; KG'unun sosyokültürel konfor alt boyutu puan ortalamasının hem PGG hem de MG'undan düşük olduğu iki grup ile de aralarında ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$), PGG ve MG'larının benzer oldukları ($p>0,05$) belirlenmiştir (Tablo 10). Bu sonuca göre erken doğum sonu dönemde PGE ve müzik dinletme gibi gevşeme tekniklerinin sosyokültürel açıdan konfor sağlayan gevşeme teknikleri arasında olduğu belirtilebilir.

DSKÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; PGG'undaki katılımcıların puan ortalamaları 136,32 ± 12,52, MG'unun 134,66 ± 14,12, KG'unun ise 113,90 ± 14,33 olduğu belirlenmiş, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derece de anlamlı bulunmuştur

(p<0,001). Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; KG'unun hem PGG hem de MG ile arasında ileri derecede anlamlı fark olduğu (p<0,001), PGG ve MG'larının benzer oldukları (p>0,05) belirlenmiştir (Tablo 10). Bu sonuca göre doğum sonu dönemde PGE ve müzik dinletme gibi gevşeme tekniklerinin doğum sonu dönemde konforu arttıran uygulamalar olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 12. PGG'nin Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları ve DSKÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Ortalamaları ile Arasındaki İlişki

	PGG n=50			
	DSKÖ DEĞERLENDİRMESİ			
AĞRI DEĞERLENDİRMESİ	**Fiziksel Konfor r**	**Psikospritüel Konfor r**	**Sosyokültürel Konfor r**	**DSKÖ TOTAL r**
1.Uygulama Öncesi Ağrı Şiddeti	-,15	-,07	-,23	-,17
Taburculuk Öncesi Ağrı Şiddeti	-,27	-,15	-,33	-,31
1.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	,17	,18	,2	,2
2.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	,05	,04	-,17	,00
3.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	,07	,14	-,12	,07
1.Uygulama Öncesi / Taburculuk Ağrı Şiddeti Değişim	,08	,02	,15	,08

Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Ö/S: Öncesi/ Sonrası

Not: Tüm sonuçlarda p>0,05 olarak bulunmuştur.

Tablo 11'da PGG'undaki annelerin erken doğum sonu dönemde değerlendirilen GKÖ'ne göre ağrı şiddeti puan ortalamaları ile doğum sonu konfor ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin doğum sonu başlangıç ve aynı zamanda birinci uygulama öncesi, birinci uygulama sonrası değişim, 2. uygulama öncesi/sonrası değişim, 3. Uygulama öncesi/sonrası değişim ve 1. Uygulama öncesi ve taburculuk öncesi değişim ortalamaları arasında anlamlı (p>0,05) bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 11).

Tablo 13. MG'nun Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları ve DSKÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Ortalamaları ile Arasındaki İlişki

AĞRI DEĞERLENDİRMESİ	MG n=50 DSKÖ DEĞERLENDİRMESİ			
	Fiziksel Konfor r	Psikospritüel Konfor r	Sosyokültürel Konfor r	DSKÖ TOTAL r
1.Uygulama Öncesi Ağrı Şiddeti	-,08	-,22	-,21	-,16
Taburculuk Öncesi Ağrı Şiddeti	,22	,05	,11	,19
1.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	,03	,19	,14	,1
2.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	-,16	-,06	,06	-,11
3.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	-,01	,23	-,02	,04
1.Uygulama Öncesi / Taburculuk Ağrı Şiddeti Değişim	,16	,25	,22	,23

Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Ö/S: Öncesi/ Sonrası

Not: Tüm sonuçlarda p>0,05 olarak bulunmuştur.

Tablo 12'de MG'undaki annelerin erken doğum sonu dönemde değerlendirilen GKÖ'ne göre ağrı şiddeti puan ortalamaları ile doğum sonu konfor ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin doğum sonu başlangıç ve aynı zamanda birinci uygulama öncesi, birinci uygulama sonrası değişim, 2. uygulama öncesi/sonrası değişim, 3. Uygulama öncesi/sonrası değişim ve 1. Uygulama öncesi ve taburculuk öncesi değişim ortalamaları arasında anlamlı (p>0,05) bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 12).

Tablo 14. KG'nun Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları ve DSKÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Ortalamaları ile Arasındaki İlişki

AĞRI DEĞERLENDİRMESİ	KG n=50 DSKÖ DEĞERLENDİRMESİ			
	Fiziksel Konfor r	Psikospritüel Konfor r	Sosyokültürel Konfor r	DSKÖ TOTAL r
1.Uygulama Öncesi Ağrı Şiddeti	-,16	-,22	,01	-,15
Taburculuk Öncesi Ağrı Şiddeti	,03	-,29	,01	-,12
1.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	,05	-,08	-,04	,00
2.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	,05	-,10	,10	-,02
3.Uygulama Ö/S Ağrı Şiddeti Değişim	-,13	-,17	-,25	-,24
1.Uygulama Öncesi / Taburculuk Ağrı Şiddeti Değişim	,18	,06	-,02	,09

Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Ö/S: Öncesi/ Sonrası

Not: Tüm sonuçlarda p>0,05 olarak bulunmuştur.

Tablo 13'de KG'undaki annelerin erken doğum sonu dönemde değerlendirilen GKÖ'ne göre ağrı şiddeti puan ortalamaları ile doğum sonu konfor ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin doğum sonu başlangıç, birinci değerlendirme öncesi/ sonrası değişim, 2. değerlendirme öncesi/sonrası değişim, 3. değerlendirme öncesi/sonrası değişim ve 1. değerlendirme ve taburculuk öncesi değişim ortalamaları arasında anlamlı (p>0,05) bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 13).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Tartışma

Erken doğum sonu dönemde kadın ebeveyn olmakla beraber, psikolojik ve fiziksel olarak birçok değişim yaşamaktadır. Bu değişimlere hızlı bir şekilde uyumunun sağlanması ve yeni doğan bebeği ile sağlıklı bir etkileşiminin başlatılabilmesi için yeni doğum yapmış annenin rahatlatılması, konforunun yükseltilmesi, doğum sonu kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakımının temelidir. Doğum sonu dönemde annenin rahatlatılması, konforunun yükseltilmesi için ağrısının azaltılması ve bu ağrının azaltılmasında farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasının önem taşıdığı görülmektedir (Şirin, 2008; Özveren, 2011; Çapık ve ark., 2014; İçke,2018) Bu çalışmada vajinal doğum yapmış annelere doğum sonu dönemde uygulanan gevşeme tekniklerinin, annenin ağrı şiddeti ve doğum sonu konforuna etkisi değerlendirilmiştir ve araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ve araştırma hipotezleri dikkate alınarak 3 bölümde tartışılmıştır.

7.1.1. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik bilgilerinin değerlendirilmesi

TNSA 2013 verilerine göre tüm kadınların %16'sı 15-19, %14'ü 20-24 yaş aralığında olduğu, evlenmiş kadınların %2'si 15-19 ve %9'u 20-24 yaş aralığındadır. İlk doğumda anne yaşı ortalamasında 25-49 yaş arasındaki tüm kadınlarda 22,9'dur. (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi; 06.06.2019). Aslan ve Okumuş'un (2017) yapmış oldukları çalışmaya göre primipar gebelerin yaş ortalaması 29,77±4,54 olduğu belirlenmiştir (Aslan ve Okumuş 2017). Bal'ın (2019) ilk gebeliği olan kadınlarla yapmış olduğu araştırmada ise, kadınların yaş ortalamasının %24,44 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin yaş ortalamaları 24,2 ± 4,3 olduğu ve Okumuş ve Aslan'ın yapmış olduğu çalışmadaki annelerin yaşından düşük, TNSA 2013 verilerine göre de yüksek olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerinden anne yaşının yüksek olmasının sebebi TNSA nın Türkiye genelini alması, bizim çalışmamızın sadece İstanbul'da bir devlet

hastanesinde olmasından ve Okumuş ve Aslan'ın çalışmasının da İstanbul'da bir özel hastanede gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmadaki yaş ortalaması Bal'ın çalışması ile benzer olduğu görülmektedir.

Türkiye'de nüfus konusunda en önemli saha çalışması olan TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş grubundaki tüm kadınların ve en az bir kez evlenmiş kadınların, lise ve üzeri eğitim alma durumunun %31,1 olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan yeni doğum yapmış annelerin eğitim durumlarının %58'inin en az lise mezunu olduğu bulunmuştur. Aslan ve Okumuş'un çalışmasında yeni doğum yapmış annelerin %91'inin en az lise mezunu olduğu, Bal'ın (2019) primiparlar ile yapmış olduğu çalışmada ise en az lise mezunu olan katılımcı oranını %55,5 olarak belirtmiştir. TNSA verilerine göre çalışmamızdaki eğitim durumunun daha yüksek olduğu bu durumun sebebinin çalışmamızda sadece İstanbul ilinde bir kamu hastanesinde olmasından ve TNSA'nın tüm Türkiye ortalamasını almasından kaynaklandığı tahmin edilmekle birlikte, yıllar içerisinde eğitim düzeyinin arttığını düşündürmektedir. Araştırmamız, Bal'ın çalışması ile benzer ancak Okumuş ve Aslan'ın araştırmasına göre eğitim düzeyi düşük bulunmuş, bu farkın bizim araştırmamızın İstanbul ilinde bir kamu hastanesinde, Okumuş ve Aslan'ın araştırmasının İstanbul'da özel bir hastanede yapılmış olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Özlü ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %91,2'sinin, İçke (2018) %85'inin, bizim çalışmamızda ise kadınların %68'inin çalışmadığı görülmüştür. Yani bu sonuç bizim çalışmamızda çalışan kadın oranı diğer çalışmalardan yüksek olduğunu bize göstermekte olup, bu durum araştırmanın İstanbul ilinde gerçekleşmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin %64'ü gelir durumunu, gelirinin giderine denk olarak tanımlamıştır. İçke (2018) çalışmasında katılımcıların %54,55'inin gelirinin giderine denk olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda gelir giderin eşit olduğunu ifade edenlerin oranı İçke'nin (2018) araştırmasından daha yüksek olduğu, gelir durumundaki farkın bizim çalışmamızdaki kadınların çalışma oranının yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Bal'ın (2019) primipar gebelerde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %90,2 sinin sosyal güvencesinin olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda %88 inin sosyal güvencesinin olduğu görülmüştür. Her iki çalışmada da sosyal güvenceye sahip olma oranı oldukça yüksektir. Bu durum iki çalışmanın da kamuya bağlı hastanede yapılmış olması ile açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların %85,3'ünün çekirdek ailede yaşadıkları saptanmıştır. Bal'ın (2019) çalışmasında çekirdek aile oranının %79,3 olduğu ve bizim çalışmamızda çekirdek aile oranından biraz yüksek olduğu belirlenmiştir. Az da olsa bu farkın Bal'ın çalışmasının Malatya ilinde yapılmış olmasından ve kültürel olarak doğu Anadolu bölgelerinde geniş aile kültürünün daha yüksek olduğundan olduğu düşünülmektedir.

Yeni doğum yapmış annelerin obstetrik özelliklerine göre bakıldığında, Çapık ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu daha önce doğum yapmış kadınları da dahil ettiği çalışmaya göre, katılımcıların %80,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu, bizim çalışmamızda ise sadece ilk kez doğum yapan annelerin gebeliklerinin planlı olma durumu %74,7 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamızda örneklem grubumuz ilk kez anne olan kadınlarla yapmamıza göre, Çapık ve arkadaşlarının (2014) çalışmasından düşük bulunmuş bu durum araştırmanın farklı illerde yapılması, araştırmamıza katılan kadınlarda çalışma oranının diğer araştırmalara göre yüksek olması ve çocuk sahibi olmaya yönelik kültürel bakış açısı ile açıklanabilir.

Çapık ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmaya göre, doğum sonu bakıma yönelik eğitim alma durumunun %37,3 olduğu görülmüştür. Çalışmamızda doğum sonu bakıma yönelik eğitim alma durumu %63 olmakla beraber bu eğitimin sadece %46,3 ü sağlık kuruluşundan alındığı belirlenmiştir. Yıllar içinde eğitim alma durumu artmakta ancak halen araştırmaya katılan lohusalar arasında sağlık kuruluşundan eğitim alan katılımcı oranının %50 nin altında kaldığı görülmektedir.

Bu çalışmada ağrı kontrolünde ilaç dışında yöntem bilme durumu tüm katılımcılar arasında %48 bilinirliğe sahip iken yöntem kullanma oranı %27,3 olarak bulunmuş, yöntemlerden sıcak soğuk uygulama (%34), müzik (%22,7), solunum egzersizleri (%20,7) en çok bilinenler, sıcak soğuk uygulama (%12), bitki çayı

(%6,7) en çok kullanılanlar olduğu görülmüştür. Çankaya'nın (2018) yapmış olduğu araştırmaya göre ilaç dışı yöntem bilme oranı %50 iken ilaç dışı yöntem kullanma oranı %45 bulunmuş ve yöntem kullanımı bilinmesine rağmen %5'lik oranda kullanılmadığı görülmüştür (Çankaya 2018). Yöntem bildiğini ifade edenler arasında bitkisel tedavi %82 oranda bilinirliğe sahip olduğu görülmüştür. Özlü ve arkadaşlarının 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada katılımcıların ilaç dışı yöntemlerden sıcak-soğuk uygulama (%25,4), masaj (%32,7) ağrı kontrolünde kullanılma düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur. Her iki çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi yöntem kullanım oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar bize 20'li yaş grubundaki kadınların ilaç dışı yöntem bilme ve kullanım durumlarının az olduğunu konusunda fikir sahibi olmamızı sağlamıştır.

7.1.2. Katılımcıların ağrı şiddetlerinin değerlendirilmesi

Literatürde vajinal doğum gerçekleştiren kadınların yarısından fazlasının ağrı duyduklarını ve ağrının etkin yönetimi için ağrı değerlendirmesinin önemini vurgulamışlardır (Ramasamy ve Hepzi, 2014). Jean Watson, hemşirelik bakımında bakım-iyileşme modelini önermektedir, bu bakımın temelinde de farmakolojik olmayan uygulamalar yer almaktadır. Literatür doğrultusunda bakıldığında çalışmaların çoğunluğunda farmakolojik olmayan yöntem kullanımının ağrıyı azalttığı görülmektedir (Watson, 2012).

Ağrı ile baş etmede farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden biri olan müzik tarih boyunca her toplumda yaygın olarak kullanılmıştır (Koç ve ark., 2016). Aynı zamanda son yıllarda PGE'lerinde ağrı kontrolünde kullanıldığı araştırmaların olduğu görülmektedir (Özlü ve ark., 2016; Kısaarslan 2018).

Bu çalışmada, erken doğum sonu dönemde doğumhaneden doğum sonu servisine transferinden hemen sonra çalışmamıza katılan annelerin ağrı şiddetleri uygulama yapılmadan önce değerlendirildiğinde; PGG unun 3,5 ± 1, MG unun 3,6 ± 1,1 ve KG unun 3,8 ± 1,4 şiddetinde ağrı hissettikleri belirlenmiştir. İlk değerlendirmede gruplar arasında fark olmadığı bulunmuş ve her bir grupta yeni doğum yapmış annenin doğum sonu erken dönemdeki ağrı şiddetinin benzer olması araştırma açısından olumlu ve çalışmanın güçlü bir yönü olarak değerlendirilmiştir.

İlk uygulama sonrasında yapılan ağrı değerlendirmesinde; PGG unun 1,9 ± 1,2, MG unun 2 ± 1,1 ve KG unun 3,6 ± 1,4 şiddetinde ağrı hissettikleri ve uygulama öncesine göre KG unda fark olmadığı, ancak PGG ve MG unun ağrı şiddet ortalamasının uygulama sonrasında istatistiksel olarak düşük olduğu bulunmuştur. KG unun, MG ve PGG una göre ağrı düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İlk uygulama öncesine benzer şekilde ikinci uygulama öncesinde de, gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Çalışmada 2. uygulamadan sonra yapılan ağrı değerlendirmesinde MG ve PGG unun ağrı düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu görülürken, KG nun ağrısının 2. Uygulama öncesine ve deney gruplarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 8). Bu artışın epizyotomi işleminde uygulanan lokal anestezik etkisinin geçmiş olmasına bağlı ağrıda artış olduğu tahmin edilmektedir.

Üçüncü uygulama öncesinde değerlendirilen ağrı şiddetlerinde, PGG unun 2,33 ± 0,90, MG unun 2,23 ± 0,93 ve KG unun 2,83 ± 1,19 şiddetinde ağrı hissettikleri görülmüştür. Bu verilere göre KG'nun ağrı düzeyinin MG una göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüş bu durum 2. uygulamadan sonra yapılan uygulamanın etkinliğinin uzamasının sebep olabileceği düşünülmüştür.

Taburculuk öncesi değerlendirilen ağrı şiddetlerinde, PGG unun 0,4 ± 0,3, MG unun 0,5 ± 0,5 ve KG unun 1,7 ± 0,9 şiddetinde ağrı hissettikleri görülmüştür. KG, PGG ve MG taburculuk öncesi ağrı şiddeti 1.ağrı şiddetine göre anlamlı ($p < 0,05$) düşüş gösterdiği saptanmıştır. KG taburculuk öncesi ağrı şiddeti PGG ve MG'undan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 8). Bu sonuca göre gevşeme tekniklerinin yeni doğum yapmış annelerin, erken doğum sonu dönemde ağrılarını etkin bir şekilde azalttığı söylenebilir. İlk değerlendirmeye göre tüm gruplarda ağrı düzeyinde düşüş olması, doğum sonu dönemde uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrının ilk saatlerde daha şiddetli olmasından ve zaman içerisinde azalmasından kaynaklı olabileceğini söylenebilir (Şirin, 2008).

Çalışmamızın hipotezlerinden, progresif gevşeme egzersizlerini uygulayan annelerin doğum sonu dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür hipotezi (H-1a) doğrulanmıştır. Bir diğer hipotez olan müzik dinleyen annelerin doğum sonu dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür hipotezi (H-1b) de aynı şekilde doğrulanmıştır.

Randomize kontrollü bir çalışmada doğum sonu dönemde ki kadınlara dinletilen müziğin, stress ve anksiyeteyi azaltmada etkili olmadığı belirlenmiştir. (Tseng, Chen and Lee 2010). Benzer olarak Reza ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doğum öncesi dinletilen İspanyol müziğinin doğum sonu ağrı ve anksiyeteyi azaltma üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur (Reza ve ark., 2007).

Simavlı ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada normal vajinal doğum yapan kadınlara doğum esnasında dinletilen müziğin doğum sonu dönemde hastanın aneljezik ihtiyacını azalttığı sonucuna varılmıştır (Simavlı ve ark., 2014).

Uyar ve Korhan'ın 2011 yılında yapmış olduğu çalışma sonucunda yoğun bakım hastalarında müziğin hastalarda ağrıyı ve anksiyeteyi azalttığı, gevşemeyi sağladığı araştırma sonucunda elde edilmiştir (Uyar ve Korhan, 2011).

Doğum sonu dönemde müzik dinletilerek yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında yurt dışında yapılan araştırma sonuçlarına göre ağrı, stres ve anksiyeteyi azaltmadığı, yapılan ulusal çalışma sonuçlarına göre ise ağrıyı, anksiyeteyi ve analjezik ihtiyacını azalttığı gevşemeyi sağladığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise PGG ve MG'undaki annelerin ağrı şiddetleri kontrol grubuna göre düşüktür. Her uygulama sonrası ise düşmeye devam etmiştir. Bu sonuç ulusal literatür ile benzer uluslararası bazı çalışma sonuçlarından farklıdır. Farkın dinletilen müzik ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Özlü ve arkadaşları (2016) sezaryen ile doğum yapmış PGE'leri CD sini kulaklık ile dinleterek 1 kez araştırmacı ile birlikte 2 kez hastanın kendisine yaptırarak uygulama öncesinde ve sonrasında ağrı değerlendirmesi yapılmış,

değerlendirme sonucunda deney grubu hastalarının ağrı düzeylerinde değişim olduğu saptanmıştır (Özlü ve ark., 2016).

Kısaarslan (2018) açık böbrek cerrahisi yapılan hastalarda uygulanan PGE'nin ağrıya etkisi değerlendirmiş ve PGE uygulanan hastaların ağrı düzeylerin anlamlı düzeyde azalmış olduğunu ortaya koymuştur (Kısaarslan, 2018).

Araştırmamızda erken doğum sonu dönemde 3 kez PGE yaptırıldığı PGG'unun ağrı şiddetleri her uygulama sonrası KG'una göre düşük olduğu, ilk uygulama öncesine göre her ölçümden sonra düşüşün devam ettiği gözlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak KG'una göre ve grup içinde de ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Özlü ve ark. (2016) sezaryen sonrası Kısaarslan'ın açık böbrek cerrahisi ameliyatları sonrası ağrının yönetiminde PGE'ni kullandıkları araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmesi, normal doğum, sezaryen ve pelvik bölge operasyonları sonrası ağrının yönetiminde PGE'lerin etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Babacan ve Şirin'in (1999) sezaryen sonrası ağrı kontrolünde masaj ve müziğin etkinliğini incelediği araştırmada, doğumdan 2 saat sonra ağrı şiddetleri değerlendirilmiş ve bir gruba 30 dakika masaj yapılmış, bir gruba 30 dakika müzik dinletilmiş ve kontrol grubuna girişim yapılmamıştır. Uygulamadan 1 saat sonra yapılan ağrı değerlendirmesi sonucunda deney gruplarında bulunan katılımcıların ağrı düzeylerinde anlamlı düşüş olduğu belirlenmiştir.

İçke'nin (2018) yapmış olduğu çalışmada, doğum sonu dönemde yapılan ayak masajının araştırma sonucunda ağrı şiddetini azalttığı saptanmıştır.

Midilli ve arkadaşları (2019) hemşirelerin ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntem kullanma durumlarını inceledikleri araştırmada, bu yöntemlerin %7,1 oranında kullanıldığını belirlemişlerdir. Ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerden müziği araştırmaya katılan hemşirelerin %69'unun, PGE'lerini ise %42,9'unun hastalarının ağrılarının yönetiminde hiç kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmaya göre yöntem kullananlar arasında en sık kullanılan yöntemin soğuk uygulama (%83,9) olduğu saptanmıştır.

Literatür doğrultusunda ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntem kullanımının hemşireler arasında bilinirliğinin ve kullanımın yaygınlaştırılması gerekliği belirtilmiştir (Babacan, 1999; Watson, 2012; Özlü ve ark., 2016; İçke, 2018; Akbaş ve Tosunöz, 2019; Midilli ve ark., 2019).

Yapılan çalışmalarda farmakolojik olmayan yöntemlerin ağrı yaşayan kişilerin ağrılarının azaltılmasında etkili olduğu görülmüş ve yapmış olduğumuz çalışmanın da benzer sonuçları olduğu tespit edilmiştir. Son yıllarda farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması ve bu yöntemlerin etkinliğinin sınandığı araştırmaların artmış olmasına rağmen ülkemizde ağrı kontrolünde ilaç dışı yöntemin sık kullanılmadığı çalışmalarda bildirilmiş ve kullanılmasının önemi vurgulanmıştır.

7.1.3. Katılımcıların doğum sonu konforlarının değerlendirilmesi

Konfor kişinin ihtiyaçlarına yönelik yardım, emosyonel olarak rahatlatma ve sorunların çözümüne odaklanan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlüğe ait kendini rahat hissetme halidir. Bu sebeple kişilerin rahatlatılmasına dayalı olan farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımının ağrının azaltılması ile birlikte hem fiziksel hem de psikolojik açıdan konforu yükselttiği düşünülmektedir. Travayda gebe uterus kontraksiyonları, doğum esnasında ıkınma, solunum egzersizleri için çok enerji sarf edip, doğum anında itme gücünü kullanarak enerjisini tamamen doğumda harcamış olarak doğum sonu servisine transfer edilmiştir. Doğum sonunda anneliğe uyum emzirme ve ağrı ile baş etme gibi konularda desteğe rahatlatılmaya yani konforunun sağlanmasına ihtiyacı vardır.

Şenol ve Aslan'ın (2017) çalışmasına göre, perineye soğuk jel uygulamasının doğum sonu ağrı ve konfora etkisinin incelendiği çalışmada, soğuk jel uygulamasının ağrıyı azalttığı ve doğum sonu konforunu arttırdığı görülmüştür. Konforun arttırılmasında ağrının önemli olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların doğum sonu konforları puan ortalamaları incelendiğinde; DSKÖ toplam puan ortalamaları, PGG unun 136,32 ± 12,52, MG'unun 134,66 ± 14,12 ve KG unun 113,90 ± 14,33 olduğu görülmüş, KG'unun PGG ve MG na göre daha düşük konfora sahip olduğu görülmüştür. Bu durumun

konfor alt boyutlarında da aynı olduğu görülmüştür (Tablo 9). Araştırma sonucuna göre araştırma PGE uygulayan annelerin doğum sonu konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir hipotezi (H-1c) ve müzik dinleyen annelerin doğum sonu konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir hipotezi (H-1d) doğrulanmıştır.

Lohusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan tanımlayıcı çalışmada, normal doğum yapan annelerin DSKÖ puan ortalaması 119,53±13,93 olarak tespit edilmiştir (Çapık ve ark., 2014). Çalışmamızla karşılaştırıldığında araştırmamızda DSKÖ taburculuk öncesi değerlendirilmiş, PGG ve MG gruplarının puanlarından düşük ancak standart doğum sonu bakım alan kontrol grubu konfor puan ortalaması ile benzer olduğu görülmektedir. Bu durum doğum sonu standart bakım alanlara göre PGE ve müzik gibi ağrının yönetiminde kullanılan non farmakolojik yöntemlerin doğum sonu konforlarını arttırdıkları şeklinde açıklanabilir.

Derya'nın (2012) sezaryen ile doğum yapan kadınlarda konfor kuramına göre verilen hemşirelik bakımının doğum sonu konfora etkisini değerlendirdiği çalışmada, deney grubunun DSKÖ puan ortalaması 138,7±8,79, kontrol grubunun ise 131,06±9,30 olduğu görülmüştür. Çalışmamız ile kıyaslandığında özellikle kontrol grubunun çalışmamızda düşük konfora sahip olduğu aradaki farkın, Derya'ın çalışmasında konforu doğum sonu 3. günde değerlendirmesinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda bu durum uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrının zaman içinde özellikle azalmasını ve ağrının azalması ile konforun arttığını düşündürmektedir.

İçke'nin (2018) yaptığı çalışmada deney grubunda bulunan kadınların ayak masajı uygulaması öncesi değerlendirilen DSKÖ puan ortalamaları 118,21±11,90 iken, uygulama sonrası 136,45±9,97 olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki doğum sonu konfor düzeylerinin literatür ile benzer olduğu görülmektedir.

Konfor alt boyutlarını incelediğimizde, doğum sonu konfor alt boyutlarında KG puan (fiziksel konfor puan ortalamasının 41,38±8,79, psikospirütüel konforunun 43,26±3,89, sosyokültürel konforunun 29,26±4,69) ortalamaları, MG (fiziksel

konforun 52,30±9,25, psikospirütüel konforunun 47,32±2,93, sosyokültürel konforunun 35,04±4,86) ve PGG (fiziksel konfor puan ortalamasının 53,50±7,56, psikospirütüel konforunun 47,70±3,28, sosyokültürel konforunun 35,12±5,05) na göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür.

İçke'nin 2018 yılında yaptığı çalışmada, deney grubunda bulunan kadınların ayak masajı uygulaması sonrasında fiziksel konfor puanı 53,61, psikospiritüel konfor puanı 47,55, sosyokültürel puan ortalaması 35,30 olarak, kontrol grubu fiziksel konfor puanı 41,03, psikospiritüel konfor puanı 44,45, sosyokültürel puan ortalaması 31,52 olarak değerlendirilmiş olduğu görülmüştür. Konfor alt boyutu sonuçlarının çalışmamız ile benzer olduğu görülmüştür.

Kore'de yapılan bir çalışmada doğum sonu dinletilen müziğin annelik hüznünü azalttığı ve anne bebek bağlanmasını arttırdığı belirlenmiştir (Lee, 2010). Annelik hüznünün azaltılması, annenin psikolojik adaptasyonunun artması ile birlikte doğum sonu konforunun yükselmesini yönünde etki göstermesi tahmin edilmektedir.

Bilgin ve Kömürcü (2016) standart doğum sonu bakım alan kadınların %62'sinin doğum sonu ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Doğum sonu ağrı, annenin konforunu olumsuz etkileyen şikayetlerdendir. Çalışmamızda KG'unun ağrı düzeyinin gevşeme tekniklerinden müzik ve PGE'lerinin uygulandığı gruplara göre daha yüksek olduğu, KG'unda DSKÖ puanın alt grupları ve toplam puan ortalamasında uygulama yapılan gruplara göre daha düşük konfora sahip olduğu görülmüştür. Yapılan ağrı ve doğum sonu konfor puanı arasında bir ilişki olup olmadığı korelasyon analizi ile incelendiğinde (Tablo 11, 12 ve 13) ise anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür. Fark görülmemesinin sebebinin normal vajinal doğum yapan hastalarda ağrı düzeyinin çok yüksek olmamasından ve uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrının tüm gruplarda zaman içerisinde azalmasından kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. Bu durumu uygulama yapılan gruplardaki konfor düzeyinin daha yüksek olması doğrulamaktadır.

Akgün'ün doğum sonu konforu etkileyen faktörlere baktığı çalışmasında, aldıkları bakımdan memnun olan annelerin ve bakımın kendisini rahatlattığını söyleyen kadınların DSKÖ puanları bakımdan memnun olmayanlara göre daha

yüksektir (Akgün, 2016). Kişinin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme, rahatlama, hastalığa karşı verdiği yanıt, beslenme gibi fizyolojik faktörleri içerdiğinden, anneye verilen hemşirelik bakımının fiziksel konforu yükselttiği söylenilebilir.

7.2. Sonuç

- Araştırma grupları arasında sosyo-demografik açısından fark olmadığı (p>0,05) görülmüştür (Tablo 3).
- Araştırma grupları arasında obstetrik açısından fark olmadığı (p>0,05) görülmüştür (tablo 5).
- Araştırma grupları arasında ilaç dışı yöntem bilme ve kullanma açısından fark olmadığı (p>0,05) görülmüştür (Tablo 6-7).
- 1. Uygulama ağrı değerlendirmesine göre, ağrı şiddetleri karşılaştırıldığında uygulama öncesi (1. GKÖ) ilk değerlendirmede tüm grupların ağrı şiddetleri arasında fark olmadığı (p>0,05), uygulama sonrası (2. GKÖ) MG ve PGG ağrı şiddetinin anlamlı düzeyde düştüğü ve iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). 2. GKÖ sonucuna göre KG ağrı şiddetinde anlamlı bir değişim olmadığı ve MG ve PGG'na göre ağrı şiddetinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p<0,05) görülmüştür (Tablo 8).
- 2. Uygulama ağrı değerlendirmesine göre, uygulama öncesinde yapılan değerlendirmede (3. GKÖ) gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). Uygulama sonrasında (4. GKÖ) MG ve PGG ağrı şiddetlerinde anlamlı olarak düşüş olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). 4.GKÖ değerlendirmesinde, KG ağrı şiddetinin 3.GKÖ puanına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ve PGG ve MG na göre aralarında fark olduğu (p<0,05) görülmüştür (Tablo 8).
- 3. Uygulama ağrı değerlendirmesine göre, uygulama öncesinde yapılan değerlendirmede (5. GKÖ) KG nun PGG ve MG na ağrı puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, PGG ve MG arasında fark olmadığı görülmüştür. Uygulama sonrasında (6. GKÖ) MG ve PGG ağrı şiddetlerinde anlamlı düzeyde düşüş olmuş ancak iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı

görülmüştür (p>0,05). KG nda 5. GKÖ ve 6. GKÖ arasında anlamlı bir değişim olmamış ve KG nünün ağrı düzeyi PGG ve MG na göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p<0,05) görülmüştür (Tablo 8).

- Taburculuk öncesinde (7. GKÖ) yapılan değerlendirmede tüm grupların 1. GKÖ ine göre ağrılarının anlamlı düzeyde düştüğü görülmüştür (p<0,05). Bunun yanında KG unun ağrı şiddeti MG ve PGG grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). MG ve PGG grubu arasında fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).
- DSKÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında KG unun PGG ve MG ye göre puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu (p<0,05) ve MG ve PGG arasında fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).
- DSKÖ alt boyutlarının tümünde KG unun PGG ve MG ye göre puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu (p<0,05) ve MG ve PGG arasında fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Çalışma sonuçları doğrultusunda çalışma hipotezleri doğrulanmış olup literatürle benzer sonuçlar görülmüştür.

7.3. Öneriler

- Annelerin gebeliklerinde doğum sonu bakım eğitimi alma oranlarının az olduğu görülmektedir, bunun için gebelik takibi içerisine doğum sonu bakım eklenmesi önerilir.
- Araştırma sonucunda kadınların ağrı kontrolünde farmakolojik yöntem bilme ve kullanma oranın az olduğu görülmüş, farmakolojik olmayan yöntemlerin güvenilir olması, yan etkisinin olmaması, ilaç kullanımın azaltılması için hastalara farmakolojik olmayan yöntemler öğretilmesi ve uygulatılması önerilir.
- Ebe ve hemşirelerin farmakolojik yöntem kullanma oranlarının literatür doğrultusunda bakıldığında az olduğu görülmüş olup, yapılan çalışmalarda farmakolojik olmayan yöntem kullanımının pozitif sonuçlar vermesi, aynı zamanda hemşirelikte bağımsız rolleri arttırmak ve bakım temelli yaklaşımlar için farmakolojik olmayan yöntemlerin hemşirelikte kullanımın arttırılması önerilir.

- Doğum sonu dönemde ağrı kontrolünde ve konforun arttırılmasında müziğin ve progresif gevşeme egzersizlerinin olumlu etkilerinin olmasından dolayı doğum sonu kliniklerinde kullanılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

Ak Bekdemir Ö., Vaginal Doğum Yapan Kadinlarda Postpartum Perineal Ağrinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2013, (Danışman; Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji)

Akbaş M., Tosunöz İ.K., Ağrı ile ilişkili girişimler konusunda hemşirelerin bilgi ve yaklaşımları, Çukurova Med J 2019;44(1):136-143

Akgün Ö., Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Erzurum, (Danışman; Yrd. Doç. Dr. Özlem Duran Aksoy).

Aksu S., Çatalgöl Ş., Kadınların Doğum Sonrası Uzun Dönem Fiziksel Sağlık Problemleri ve Algıladıkları Sağlık Düzeyi ile İlişkisi, KASHED, 2017 3 (2): 22-42

Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. 10. Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi 2004: 1-7

Aslan E. F, C.Ü. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1)

Aslan E. F, Sağlığın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2017 Ankara

Aslan Ş., Okumuş F., Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi, Hsp 2017;4(1):32-40

Babacan Selver, S., Sezeryan Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (Masaj/ Dokunma ve Müzik/ Gevşeme) Etkililiğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi, Ege Üniversitesi Doktora Tezi, 1999, (Danışman; Doç. Dr. Ahsen Şirin)

Bahçeli A., Karabulut N., Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Ağrı ve Uyku Kalitesine Etkisi, Tez, 2014, (Danışman; Doç. Dr. Neziha Karabulut)

Bal Z., Travayda Primiparlara Verilen Ebelik Desteğinin Doğum Sonu Posttravmatik Stres Bozukluğu Ve Doğum Korkusuna Etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019 (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Tuba Uçar)

Balkaya A. Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. CÜHYO Dergisi 2002; 6(2): 42-9

Bayındır S.K., Çürük G.N., Türkiye'de Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Konusundaki Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2015;12 (3): 162-169

Beji Kızılkaya N., Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015 Syf: 355-496

Berde CB, Strichartz GR. Local Anesthetics: Anesthesia Miller RD (ed), 5.baskı Churchill Livingstone, Phileldelphia 2000; s:491-521

Bilgin Z, Kömürcü N. Uterus Masajlarının Kadınların Postpartum Ağrı Şiddetini Algılamasındaki Etkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2016;47(2):39- 44

Birinci A.B., Antenatal Dönemde Verilen Hipnoz ile Doğum (Hypnobirthing) Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korkusu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, (Danışman; Prof. Dr. Neriman Soğukpınar, 2. Danışman Doç. Dr. Fatma Deniz Sayıner)

Boz İ., Selvi N., Doğum Sonu Dönemde İyi Bakım Uygulamaları: Kanıtlarla Tamamlayıcı Terapiler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Özel Sayı 2016;19

Buttner MM, Brock RL, O'Hara MVV, Stuart S. Efficacy of Yoga For Depressed Postpartum Women: A Randomized Controlled Trial. Complement Ther Clin Pract 2015; 21(2):94-100

Chen CH. Effects of Herbal Tea on Postpartum Sleep Quality. 25th Internatonal Nursing Research Congress. July 2014; Hong Kong. Erişim tarihi; 09.06.2019

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D., Williams Doğum Bilgisi, Normal Doğum ve Yönetimi. Çeviren; Akman A.C., Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2005, 21. Baskı. 2. Cilt., s: 309–329

Çankaya S., Sezaryenla Doğum Yapan Annelerde Ayak Masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Konfora Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2018, (Danışman; Doç. Dr. Gülay Rathfisch)

Çapık A., Özkan H., Apay E.S., Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014,7(3)

Çelik A.S., Türkoğu N., Pasinoğlu T., Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;17:3

Değirmen N, Özerdoğan N, Sayıner D, Kösgeroğlu N, Ayrancı U. Effectiveness Of Foot And Hand Massage İn Postcesarean Pain Control İn A Group Of Turkish Pregnant Women. Appl Nurs Res 2010; 23(3):153-8.

Derya Y.A., Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum, (Danışman Prof. Dr. T. Pasinlioğlu).

Deussen Ar, Ashwood P, Martis R. Analgesia For Relief Of Pain Due To Uterine Cramping/İnvolution After Birth. Cochrane Database Syst Rev 2011;(5). Erişim Tarihi 18.05.2019

Doğaner G, Bekar M., Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanının bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2006;16(4).

East C.E., Begg L., Henshall N.E., Marchant P.R., Wallace, K., Local Cooling for Relieving Pain from Perineal Trauma Sustained During Childbirth, Cochrane Database of Systematic Reviews, Erişim tarihi; 06.06.2019

El-Aziz Abd Sayed K., Mamdouh M. A., Effect Of Relaxation Exercises On Postpartum Depression, International Journal Of Pharmtech Research CODEN (USA): IJPRIF, ISSN: 0974-4304 Vol.9, No.3;09-17, 2016

Erbaba H., Pınar G., Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi Ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2016;13 (3): 272-281

Erin N. Complementary and alternative medicine. Holistic Nursing Practice September/October, 2006;242-246

Eshkevari L, Trout KK, Damore J. Management Of Postpartum Pain. J Midwifery Women's Heal. 2013;58(6):622–31

Eti Z. Ağrıda Kullanılan Farmakolojik Ajanlar. İçinde: Aslan FA (editör). Ağrının Doğası ve Kontrolü, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 103-11

Ettrich U., Seifert J., Scharnagel R, Günther KP. A multimodal and multidisciplinary postoperative pain management concept. Orthopade 2007;36(6):544, 546-51

Eyigör C., Köken İ., Kronik bel-boyun ağrılı hastada adjuvan analjezikler, TOTBİD Dergisi 2017; 16:133–138

Gönenç İ.M., Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj Ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine Ve Maliyete Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013, Doktora Tezi (Danışman; Prof. Dr. Füsun Terzioğlu)

Gözüm, S., Kılıç, D., Health problems related to early discharge of Turkish women. Midwifery, 2005;21, 371-8

Güneri E. S. Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi: 2015;4(3) 482

Haral G, Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018 (Danışman; Doç. Dr. Hatice Yıldız)

Hüseyinoğlu Ü., Ülker K., Temur İ., Mustafa Kütük Elektif Sezaryen Doğum Sonrası Postoperatif Ağrı Gideriminde Meperidin ve Tramadolün Karşılaştırılması, Kafkas J Med Sci 2011; 1(2):53–56

Imanishi J, Kuriyama H, Shigemori I, et al: Anxiolytic effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. eCAM 2009; 6:123-128

İçke S. Vajinal Doğum Yapmış Annelere Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sonu Konfor ve Ağrı Düzeyine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, İzmir (Danışman; Doç. Dr. Rabia Ekti Genç)

Karabacak Ü, Acaroğlu R, Konfor Kuramı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2011;4.1:197-202

Karaçam Z., Eroğlu K., Effects Of Episiotomy On Bonding And Mother's Health. Journal Of Advanced Nursing 2003, 43(4),384-394.

Karadeniz, G., Akdemir, N. ve Özmen, D. "Masajın Ağrı Giderme ve Endorfin Salınımı Üzerine Etkisi", Spor ve Tıp ,1997; 5, 3-15,

Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1):5565.

Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Yar. Doç. Dr. Hatice Yıldız Eryılmaz).

Kartal B., Özhan T ve Ark., Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(4)

Kaya Ersanlı C., Kömürcü N., İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; Cilt:1 Sayı:2

Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ Clinical Evidence 2008; 2008:1401

Kısaarslan M., Açık Böbrek Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizinin Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2018 (Danışman; Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Aksoy)

Kirlek F, Balkaya NA. Erken postpartum dönemde meme başı ağrısı ve çatlaklarının önlenmesinde anne sütü ve zeytinyağının etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(2): 17-34

Ko YL., Lee HJ., Randomised Controlled Trial Of The Effectiveness Of Using Back Massage To Improve Sleep Quality Among Taiwanese Insomnia Postpartum Women. Midwifery 2014

Koç E.M., Başer A.D., Kahveci R, Özkara A. Ruhun ve Bedenin Gıdası: Geçmişten Günümüze Müzik Ve Tıp, Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(1):51-55.

Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research. Springer Publishing Co, New York, 2003.

Kolcaba K., A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, 1994, 19(6), 1178–1184

Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic review of relaxation ınterventions for pain. Journal of Nursing Scholarship 2006; 38: 3, 269-277

Lee SM. The Effects Of Music Therapy On Postpartum Blues And Maternal Attachment Of Puerperal Women. J Korean Acad Nurs 2010; 40(1):60-8.

Li CY., Chen SC., Li CY., Gau ML., Huang CM., Randomised Controlled Trial Of The Oeffectiveness Of Using Foot Reflexology To Improve Quality Of Sleep Amongst Taiwanese Postpartum Women. Midwifery, 2011,27(2):181-6

Lloyd G. Nurses Attitudes Towards Management Of Pain, Nursing Times 90 1994;(43): 40-43

Mamuk R., Davas İ.N., Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 44(3), 2010

Mamuk, R., Gençalp, N. S. Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. International Journal of Human Sciences, 10(2), 48-66. 2013

McCallie MS, Blum CM, Hood CJ. Progressive muscle relaxation. Journal of Human Behavior in the Social Environment 2006; 13: 51-66

Midilli T.S., Eşer İ., Yücel Ş., Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, ACU Sağlık Bil Dergisi 2019; 10(1):60-66.

Midilli TS, Eser I. Effects Of Reiki On Postcesarean Delivery Pain, Anxiety, And Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. Pain Manag Nurs 2015; 16(3):388-99.

Mikolasek M, Berg J, Witt CM, Barth J. Effectiveness of Mindfulness and Relaxation-Based Health Interventions for Patients with Medical Conditions: a Systematic Review and Synthesis. Int.J. Behav. Med. 2018;25(1): 1–16.

Özer G. H., Travaydaki gebelere uygulanan gevşeme, solunum egzersizleri ve dokunmanın durumluk anksiyetesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi Ebelik AD Yüsek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin, 2009, (Danışman; Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan)

Özlü Karaman Z., Ve Ark., Sezaryen Ameliyatı Olan Lohusalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:158

Özveren H., Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011;18

Özveren H., Faydalı S., Özdemir S., Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları, Turk J Clin Lab 2016: 7(4): 99-105

Pınar, G., Doğan, N., Algıer, L., Kaya, N. ve Çakmak, F., Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 2009:36(3), 184-190

Ramasamy P, Hepzi L S., Effectiveness Of Selected Nursing Measures On Level Of After Birth Pain Among Primipara Mothers 2014;2(6):100-5.

Reed J, Mcgılvery C. Practical handbook the complete guide to massage. USA: By Lorenz Book. 2002

Reza N, Ali SM, Saeed K, Abul-Qasim A, Reza TH. The Impact of Music on Postoperative Pain and Anxiety Following Cesarean Section. Middle East J Anaesthesiol 2007; 19(3):573-86.

Richards, J. Too choosy about choice: the responsibility of the midwife. British Journal of Midwifery, 1997;5, 163-168

Sapmaz, E., Altungül Çelik, A., Sağ Medyolateral Epizyotomi Vakalarında Ağrı Kesici Olarak Tenoksikam ile Parasetamolün Karşılaştırılması, Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(2): 76-79

Sayıner F.D., Demirci N., Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 2007;15 (60): 146-154

Sert E, Sert A, Kalaycı MZ, Sakarya AA, Yüksel ŞB. Ağız ve diş sağlığı'nda fitoterapinin yeri. Integr Tıp Derg. 2015;3(2):35-40

Sever N., Doğum Ağrısının Azaltılmasında Transkutanöz Elektiriksel Sinir Uyarımı Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011 (Danışman: Doç. Dr. Sağ. Alb. Aygül Akyüz)

Simavlı S., Gümüş I., ve ark., Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial. Gynecologic and Obstetric Investigation, 2014;78(4):244-50.

Siefert M., L., Concept Analysis of Comfort. Nursing Forum, 2002; 37(4):16-23

Sutton CD, Carvalho B. Optimal Pain Management After Cesarean Delivery. Anesthesiol Clin 2017;35:107-24 Erişim Tarihi: 18.05.2019

Şahin NH, Yıldırım G, Aslan, E., Evaluating the Second Stages Of Deliveries Maternity Hospital, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2007;17(1); 37-43

Şenol D.K., Aslan E., Vajinal Doğum Sonrası Perineal Soğuk Uygulamanın Fiziksel Aktivitelere Etkisi, F.N. Hem. Derg, 2016; 24(3): 133-142. Issn 2147-4923

Şimşek Ç., Esencan T.Y., Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı, Zeynep Kamil Tıp Bülteni;2017;48(4):183-189

Şirin, A., Kadın Sağlığı Kitabı, Doğum Sonu Dönem, Ekim 2008, İstanbul, 707-757

Taşçı, E., Sevil, Ü., Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar, Genel Tıp Dergisi, 2007;17(3):181-6

Taşkın, L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2012.

Terzi B., Kaya N., Konfor Kuramı ve Analizi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20:1 67

Tetik B.K., ve Tekinemre I.G., Emziren annelerde ilaç kullanımı, http://www.turkishfamilyphysician.com/ 2017 Cilt: 8 Sayı: 3 / e-ISSN: 2148-550X doi: 10.15511/tjtfp.17.00383, Erişim Tarihi: 26.05.2019)

Tournaire M, Theau-Yonneau A: Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. eCAM 2007; 1-9

Tseng YF, Chen CH, Lee CS. Effects of Listening to Music on Postpartum Stress and Anxiety Levels. J Clin Nurs 2010; 19(7-8):1049-55.

Turan N., Öztürk A., Kaya N., Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3, Sayı:1.2010

Turan Z, Doğumun Üçüncü Evresinde Uygulanan Tensel Temasın, Plasentanın Ayrılma Süresi, Annenin Oksitosin ve Ağrı Düzeyine Olan Etkisi, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016 (Danışman, Doç Dr. A. Şentürk Erener)

Türkmen C., Köse N., Vibrasyon: Fizyoterapide Kullanımı ve Etkileri, Fizyoterapistler ve öğrencileri için e-kitap 2016 (2), Yayınevi: H.Ü.SBF Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Türkmen H., Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, (Doç. Dr. Nazan Tuna Oran)

Uyar M., Korhan E.A., Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi, 2011;23(4):139-146

Uyar M., Köken İ., Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. TOTBİD Dergisi, 2017; 16:70–76.

Vakilian K, Atarha M, Bekhradi R. and Chaman R. Healing Advantages of Lavender Essential Oil During Episiotomy Recovery: A Clinical Trial, Complement Ther Clin Pract 2011;17(1):50-3.

Velioğlu E., Epizyotomi Sonrası Perineye Buz Uygulamasının Ağrıyı Azaltmaya ve Yara İyileşmesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014 (Danışman: Doç. Dr. Nurdan Demirci)

Walker L., Wilging S., Rediscovering the 'M' in 'MCM': Maternal Health Promotion after Childbirth. JOGNN 2000; 29(3): 229-35

Watson, J., Human Caring Science: A Theory of Nursing. Jones & Bartlett Learning, 2 nd edn. Sudbury, MA; 2012

Weetman C., Allison W. Use of epidural analgesia in postoperative pain management. Nurs Stand 2006;20(44):54-64

White JM. Music As İntervention: A Notable Endeavor To İmprove Patient Outcomes. Nurs Clin North Am. 2001;36(1):83-92

Wilson, L., & Kolcaba, K., Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. Journal of Perianesthesia Nursing, 19 (3), 2004

Wong L, Cyna A.M, Matthews G. Rapid Hypnosis as an Anaesthesia Adjunct For Evacuation of Postpartum Vulval Haematoma. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2011;51(3):265-7.

Yağız On A. Ağrıda soğuk uygulamalar, Ağrı 2006; 18(2):5-14

Yıldırım, A. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013 (Danışman; Doç. Dr. Merdiye Şendir)

Yıllar Z., Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına Ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, (Danışman Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu)

Yücel Ç., Ş., Kolcaba'nın Konfor Kuramı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 27 (2) : 79-88, 2011

Zhang Y, Huang L, Ding Y, Shi Y, Chen J, McArthur A. Management of perineal pain among postpartum women in an obstetric and gynecological hospital in China. JBI Database Syst Rev Implement Reports 2017;15(1):165–77

9. EKLER

Ek1 Etik kurul izni

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

EY.FR.22

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya Ve Doğum sonu Konfora Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 132**	**Tarih: 19.09.2018**	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Başkan Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Ömer KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Rabia Gönül SEZER	Çocuk Sağ. Ve Hast.	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Murat Mahcu	Kad. Hast. ve Doğum	Sultan Abdulhamid Han Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mustafa EROĞLU	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Av. Volkan YALÇINKAYA	Hukuk	Aras Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Levent KABASAKAL	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Handan ÇETİNER	Patoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Ahmet ÇETİNALP	Mimar	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*-Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

	ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU **EY.FR.22**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya Ve Doğum sonu Konfora Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Zeynep Kamil Mah. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Sok. No:4/3 Üsküdar 34668
	TELEFON	0216 391 06 80
	FAKS	0216 343 92 51
	E-POSTA	www.etikkurulsekretarya@zeynepkamil.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Marmara Üniversitesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 2 Kurum İzni

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
04/12/2018 08:05 - 16867222 - 604.01.01 - E 3846
00082105079

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ayşegül ÜNAL'ın Tez Çalışması

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 24/10/2018 tarihli ve 71211201-1800292754 sayılı yazı.
b) 30/11/2018 tarihli ve 11391090-772.99-170 sayılı yazınız.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ayşegül ÜNAL'ın **"Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi"** konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

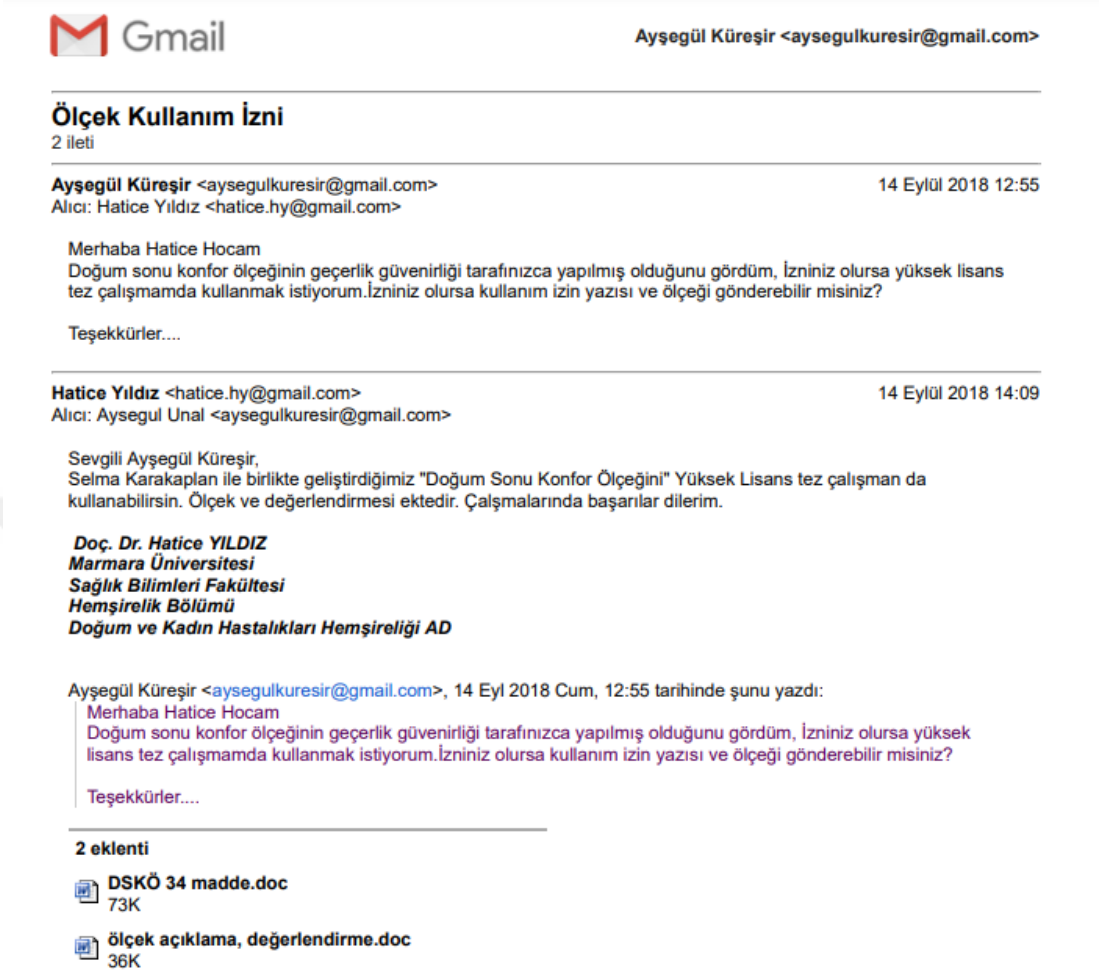
Söz konusu araştırma ilgi b) sayılı uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul
Faks No:0 212 638 33 99
e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi: selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr
Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0 212 638 33 99
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden aef54c29-ce21-494e-b53e-405b19eefc85 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3 DSKÖ Kullanım İzni



Gmail — Ayşegül Küreşir <aysegulkuresir@gmail.com>

Ölçek Kullanım İzni
2 ileti

Ayşegül Küreşir <aysegulkuresir@gmail.com> 14 Eylül 2018 12:55
Alıcı: Hatice Yıldız <hatice.hy@gmail.com>

Merhaba Hatice Hocam
Doğum sonu konfor ölçeğinin geçerlik güvenirliği tarafınızca yapılmış olduğunu gördüm, İzniniz olursa yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum.İzniniz olursa kullanım izin yazısı ve ölçeği gönderebilir misiniz?

Teşekkürler....

Hatice Yıldız <hatice.hy@gmail.com> 14 Eylül 2018 14:09
Alıcı: Aysegul Unal <aysegulkuresir@gmail.com>

Sevgili Ayşegül Küreşir,
Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz "Doğum Sonu Konfor Ölçeğini" Yüksek Lisans tez çalışman da kullanabilirsin. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir. Çalşmalarında başarılar dilerim.

Doç. Dr. Hatice YILDIZ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

Ayşegül Küreşir <aysegulkuresir@gmail.com>, 14 Eyl 2018 Cum, 12:55 tarihinde şunu yazdı:
> Merhaba Hatice Hocam
> Doğum sonu konfor ölçeğinin geçerlik güvenirliği tarafınızca yapılmış olduğunu gördüm, İzniniz olursa yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum.İzniniz olursa kullanım izin yazısı ve ölçeği gönderebilir misiniz?
>
> Teşekkürler....

2 eklenti

DSKÖ 34 madde.doc
73K

ölçek açıklama, değerlendirme.doc
36K

Ek 4 Progresif Gevşeme Egzersizleri CD Kullanım İzni



TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ

Sayı :2018/103
Konu :CD Kullanım İzni
İlgi :17.05.2018 tarihli dilekçenize cevap

Fethiye Sokak 5/1 GOP
Çankaya 06680 Ankara

T. +90 (312) 425 67 65
F. +90 (312) 417 40 59

www.psikolog.org.tr
bilgi@psikolog.org.tr

Sn. Ayşegül ÜNAL
Kırıkkale

Sayın Ayşegül ÜNAL, Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümü'nde yaptığınız yüksek lisans teziniz için Progresif Gevşeme Egzersizleri CD'sini kullanmanızda bir sakınca görülmemektedir. Başarılar dileriz.

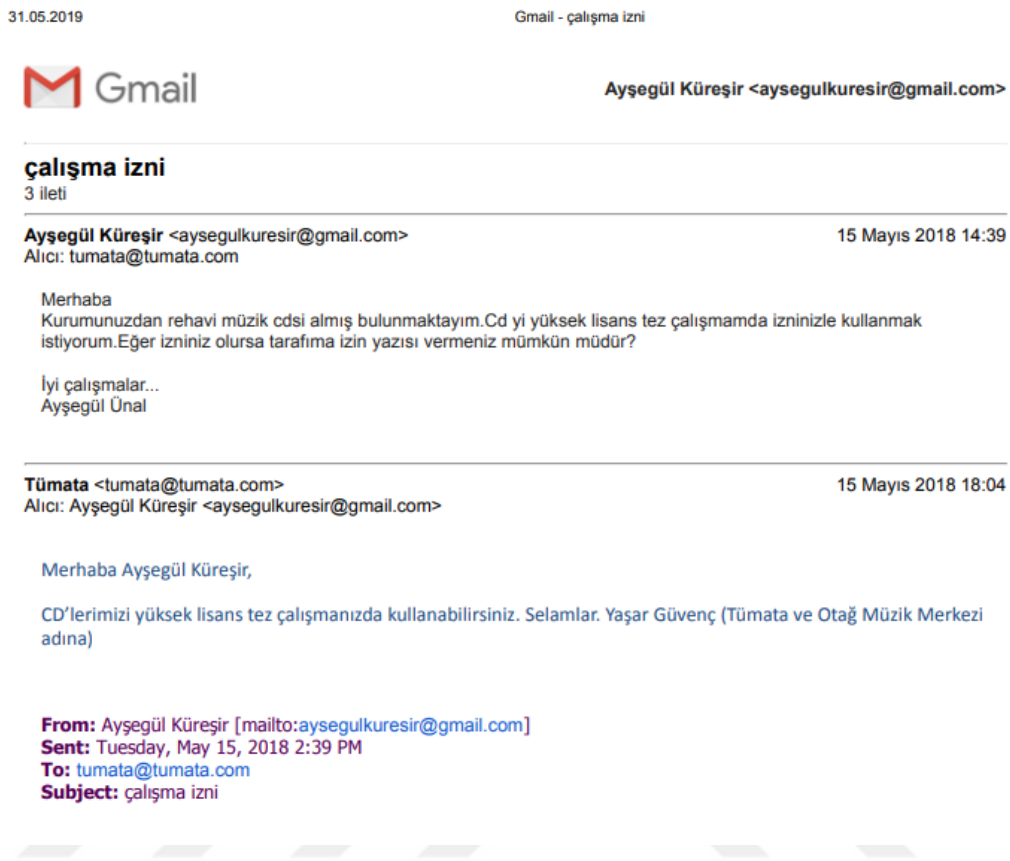
Saygılarımla,

TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ GENEL BAŞKANLIĞI

Cansu BALKAN
TPD İdari Asistanı

Scanned by CamScanner

Ek 5 Rehavi CD Kullanım İzni



31.05.2019 Gmail - çalışma izni

Gmail

Ayşegül Küreşir <aysegulkuresir@gmail.com>

çalışma izni
3 ileti

Ayşegül Küreşir <aysegulkuresir@gmail.com> 15 Mayıs 2018 14:39
Alıcı: tumata@tumata.com

Merhaba
Kurumunuzdan rehavi müzik cdsi almış bulunmaktayım.Cd yi yüksek lisans tez çalışmamda izninizle kullanmak istiyorum.Eğer izniniz olursa tarafıma izin yazısı vermeniz mümkün müdür?

İyi çalışmalar...
Ayşegül Ünal

Tümata <tumata@tumata.com> 15 Mayıs 2018 18:04
Alıcı: Ayşegül Küreşir <aysegulkuresir@gmail.com>

Merhaba Ayşegül Küreşir,

CD'lerimizi yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Selamlar. Yaşar Güvenç (Tümata ve Otağ Müzik Merkezi adına)

From: Ayşegül Küreşir [mailto:aysegulkuresir@gmail.com]
Sent: Tuesday, May 15, 2018 2:39 PM
To: tumata@tumata.com
Subject: çalışma izni

Ek 6 Katılımcı Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya ve Doğum sonu Konfora Etkisi" dir.

Bu araştırma, Doğum sonu dönemde dinletilen müziğin ve gevşeme egzersizlerinin ağrıya etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada çalışma dahilinde 3 grup yapılması planlanmıştır. Araştırmacı tarafından renkli zarf seçtirilecek ve seçtiğiniz renge karşılık gelen müzik, gevseme teknikleri içeren cd dinleticek yada herhangi bir uygulama yapılmadan standart bakım alacaksınız. Uygulama öncesinde anket ve ağrı değerlendirmesi yapılacak, sonrasında yine ağrı değerlendirmesi, doğum sonu konforunu değerlendirmek amacıyla anket yapılacaktır. Hasta dosyasında bulunan bilgileriniz kullanılacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler başka hastaların bakım süreçlerinde de etkili olacak ve kaynak olarak kullanılacaktır.

Araştırma süresince sizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Katılmayı kabul ettiğinizde dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler

herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Araştırmacılar;

Ayşegül Ünal

Görev yeri: Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-posta adresi: aysegulkuresir@gmail.com

Telefon:05543126429

Ek 7

TANILAMA FORMU

Sevgili Katılımcı;

Bu araştırma: 'Gevşeme tekniklerinin Doğum sonu ağrıya ve doğum sonu konfora etkisini değerlendirmek' amacıyla oluşturulmuştur.

Sorulara vereceğiniz cevaplar, sadece araştırma sonuçlarını değerlendirmek amacıyla kullanılacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ayşegül ÜNAL

Form sıra no:.....

A. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Öğrenim durumunuz nedir?

1.Okur-Yazar 2.İlköğretim 3.Lise 4.Lisans 5.Yüksek lisans ve üzeri

3.Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış

4.Çalışıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

5.Mesleğiniz? 1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest meslek

6.Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1.Okur-Yazar 2.İlköğretim 3.Lise 4.Lisans 5.Yüksek lisans ve üzeri

7. Eşiniz Çalışıyor mu? 1.Evet 2.Hayır

8. Eşinizin Mesleği? 1. İşçi 2. Memur 3. Serbest meslek

9.Sosyal güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır

10.Aile tipiniz nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile

11.Ailenizin aylık ortalama geliri nasıl?

1.Çok iyi(Geliri giderinden fazla) 2.İyi(Gelir ve gider eşit) 3.kötü(gider gelirden fazla)

12.En uzun süre yaşadığınız yer? 1.İl 2.İlçe 3.Köy

13.Kaç yıllık evlisiniz? .....

14.Eşinizle/ Partnerinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. İyi 2. Orta 3.Kötü

15.Ağrınız olduğunda ilaç dışında bir yöntem biliyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Cevabınız Evet ise hangi yöntemleri biliyorsunuz?

Müzik	1. Evet	2. Hayır
Solunum Egzersizleri	1. Evet	2. Hayır
Prograsif Gevşeme Egzersizleri	1. Evet	2. Hayır
Odaklanma	1. Evet	2. Hayır
Hipnoz	1. Evet	2. Hayır
Aromaterapi	1. Evet	2. Hayır
Yoga	1. Evet	2. Hayır
Meditasyon	1. Evet	2. Hayır
Sıcak-Soğuk uygulama	1. Evet	2. Hayır

Diğer.....

16. Ağrınız olduğunda ilaç dışı yöntem kullanıyor musunuz?

1. Evet (hangi yöntem) ..... 2. Hayır

B. Obstetrik Bilgiler

17.Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi? 1.Evet 2.Hayır

28.Gebeliğinizde ilk muayeneye ne zaman gittiniz?

1. 4. Haftada 2. 5-8 Haftada 3. 8-12 Haftada 4.12 Haftadan sonra

19.Gebelik döneminde doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

20. Doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgiyi nereden aldınız?

1.Sağlık kuruluşu/personeli 2. Gebe eğitim sınıfı-okulu 3.Kitap/dergi 4.İnternet 5.arkadas-akraba-komşu diğer.....

Ek 8 Kontrol Çizelgesi

Uygulama 1 Uygulama saati postpartum 2-4 saat Yapıldı □ Yapılamadı □ Nedeni		Uygulama 2 Uygulama saati postpartum 6-8 saat Yapıldı □ Yapılamadı □ Nedeni		Uygulama 3 Uygulama saati postpartum 10-12 saat Yapıldı □ Yapılamadı □ Nedeni		Taburculuk Öncesi
Uygulama Öncesi Saat:	Uygulama Sonrası Saat:	Uygulama Öncesi Saat:	Uygulama Sonrası Saat:	Uygulama Öncesi Saat:	Uygulama Sonrası Saat:	Saat:

Dayanılmaz Ağrı	**Dayanılmaz Ağrı**	**Dayanılmaz Ağrı**	**Dayanılmaz Ağrı**	**Dayanılmaz Ağrı**	**Dayanılmaz Ağrı**	**Dayanılmaz Ağrı**
Ağrı Yok	**Ağrı Yok**	**Ağrı Yok**	**Ağrı Yok**	**Ağrı Yok**	**Ağrı Yok**	**Ağrı Yok**

Ek 9 Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

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

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

17.	Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi 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 10 Enstitü Onay Formu

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 03.10.2018
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2018 / 30

KARAR NO: 2018/30-65

Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Ayşegül ÜNAL'ın, tez konusunun aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı:
"Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Gevşeme Tekniklerinin Ağrıya ve Doğum Sonu Konfora Etkisi''

Cansın KALENDER
Enstitü Sekreteri

Marmara Üniversitesi
Başıbüyük Kampüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü 34854
Maltepe / İSTANBUL
0 (216) 418 00 69 (Faks)
0 (216) 414 44 23 / 1116
saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
http://saglik.marmara.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için:
Nazlı YÜRÜR

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Cansın KALENDER tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://ebys.marmara.edu.tr/QR/69F5F3025BA34627

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ayşegül	**Soyadı**	Ünal
Doğum Yeri	Çan	**Doğum Tarihi**	23.04.1989
Uyruğu	T.C	**Tel**	5543126429
E-mail	aysegulkuresir@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Uludağ Üniversitesi	2011
Lise	Çan İbrahim Bodur Anadolu Lisesi	2007

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1 Hemşire	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	8 yıl

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66,5	62,1	65,8
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Excel, Word, Power Point, Publisher	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Ek1: Anne sütünün faydalarini ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi araştırma makalesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:4

Ek2: Ebe ve Hemşirelerin Bilişim Teknolojileri Hakkındaki Farkındalığının Değerlendirilmesi, Araştırma Kongre Sözel Sunum, 1. Uluslararası inovatif hemşirelik kongresi

Ek3: Doğum Acile Gelen Gebelerin Başvuru Nedenlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Araştırma Kongre Sözel Sunum, 1. Uluslararası İstanbul Ebelik Günleri

Ek4: Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri, FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(1): 31-43.