

SEYHAN ÇANKAYA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2017



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

(DOKTORA TEZİ)

**SEZARYENLA DOĞUM YAPAN ANNELERDE AYAK
MASAJININ LAKTASYONA VE DOĞUM SONU KONFORA
ETKİSİ; RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

SEYHAN ÇANKAYA

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. GÜLAY RATHFISCH**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

1. TEZ ONAYI

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Seyhan Çankaya tarafından Doç.Dr.Gülay Rathfisch danışmanlığında hazırlanan "Sezaryenle Doğum Yapan Annelerde Ayak Masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Konfora Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 21 / 03 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

N. Hotun

Jüri

Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Jüri

Doç.Dr.Senja Yılmaz
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Jüri-Danışman

Doç.Dr.Gülay Rathfisch
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.İlkay Güngör
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

2. 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 olmadığını beyan ederim.

SEYHAN ÇANKAYA



2. İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

3. TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya başladığım ilk günden bu yana emeğini ve yardımını esirgemeyen, her anlamda katkısı ve desteği olan, çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Gülay RATHFISCH hocam'a, bu çalışmanın ortaya çıkmasında ve oluşturulmasında bilgi, görüş ve önerileriyle destek olan, tez dönemim boyunca her zaman ilgili, yardımcı ve motivasyon kaynağım olan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Sema YILMAZ'a, tez dönemim boyunca ilgi, yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. İlkey Güngör hocam'a, tez çalışmam dönemimde desteğini esirgemeyen Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Başkanı Sayın Prof. Dr. Hüseyin GÖRKEMLİ hocam'a ve serviste görev yapan sağlık ekibi üyelerine, araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesinde destek aldığım Sayın Saniye ÇİMEN hocam'a, bu araştırmayı yapmaya karar verdiğim ilk günden itibaren bilgisini, deneyimlerini ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Yrd. Doç. Hacer ALAN DİKMEN'e ve Öğr. Gör. Mine Yılmaz Koçak'a ve bu yola adım attığım ilk günden bugüne kadar her türlü maddi, manevi desteklerini, ilgilerini esirgemeyen biricik motivasyon kaynaklarım sevgili anneme ve babama teşekkür ederim.

4. İÇİNDEKİLER

1. TEZ ONAYI	İİ
2. İTHAF	İV
3. TEŞEKKÜR	V
4. İÇİNDEKİLER	Vİ
5. TABLOLAR LİSTESİ	X
6. ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
7. SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Anne Sütünün Önemi	5
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Emzirme Oranları	7
2.3. Sezaryen Doğum	8
2.3.1. Sezaryen Endikasyonları	8
2.3.2. Dünyada ve Türkiye’deki Sezaryen Oranları	9
2.3.3. Sezaryende Kullanılan Anestezi Türleri	11
2.3.3.1. Genel Anestezi	12
2.3.3.2. Rejyonel Anestezi	13
2.3.3.2.1. Spinal Anestezi	13
2.3.3.2.2. Epidural Anestezi	14
2.3.3.2.3. Kombine Spinal-Epidural Anestezi	14
2.4. Sezaryende Doğum Sonrası Hemşirelik Bakımı	15
2.5. Sezaryen Doğum Sonrası Erken Dönemde Emzirmeyi ve Süt Salgılanmasını Olumsuz Etkileyen Yaygın Sebepler	18
2.6. Konfor Kuramı	21
2.6.1. Konfor Kavramı Gelişimi	21
2.7. Sezaryen Doğum Sonrası Konforun Önemi ve Hemşirelik Bakımı	23
2.8. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı	26
2.9. Tamamlayıcı Tıp Kapsamında Refleksoloji	30
2.9.1. Refleksolojinin Tanımı ve Kapsamı	30
2.9.2. Refleksolojinin Etki Mekanizması ve Geliştirilen Teoriler	32

2.9.3. Refleksolojinin Tarihi Gelişimi	34
2.9.4. Refleksoloji Uygulamasının Sakıncalı Olduğu Durumlar	42
2.9.5. Refleksolojinin Jinekolojik ve Obstetrik Semptomlar Üzerine Genel Yararları	42
2.9.6. Refleksolojinin Sezaryenle Doğum Sonrası Rahatsızlıklar Üzerine Etkisi	45
2.9.7. Sağlık Bakanlığının Refleksoloji Sertifikası Eğitim Standartları	49
2.10. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)’in Hukuksal Düzenlemeleri ve Etik Yaklaşımlar	50
2.11. Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)’in Hukuksal ve Etik Boyutu	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	62
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	62
3.3. Randomizasyon ve Körlük	63
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	66
3.5. Araştırmanın Hipotez ve Değişkenleri	66
3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar	66
3.6.1. Veri Toplama Araçları	66
3.6.2. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek-I):	67
3.6.3. Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı (LATCH) (Ek-II)	67
3.6.4. Laktasyonun Başlama Belirtileri Skalası (EK-III)	68
3.6.5. Görsel Analog Hasta Tatmini (Memnuniyet) Skalası (GAHTS) (Ek-IV)	68
3.6.6. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek-V)	70
3.7. Araştırmacının Ön Hazırlığı	70
3.8. Araştırmanın Ön Uygulama	71
3.9. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci	71
3.10. Refleksoloji Uygulama Basamakları	74
3.11. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	81
3.12. Araştırmanın Etik Boyutu	81
3.13. Araştırmanın sınırlılıkları	81
3.14. Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler	81
4. BULGULAR	84
4.1. BİRİNCİ BÖLÜM	84

4.1.1. Annelerin Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulguları	87
4.1.2. Annelerin Tamamlayıcı Tıp Uygulamasını Bilme ve Kullanma Özelliklerine İlişkin Bulguları	89
4.2. İKİNCİ BÖLÜM.....	90
4.2.1. Annelerin Emzirme Özelliklerine İlişkin Bulguları	90
4.2.2. Annelerin Doğum Sonu Destek İhtiyacı ve Sorun Yaşama Durumlarına İlişkin Bulguları.....	92
4.2.3. Annelerin Sezaryenden Sonra İlk Üç Gün Süresince Anesteziye Bağlı Oluşabilecek Sorunlarına İlişkin Bulguları.....	94
4.2.4. Annelerin Yenidoğan Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	95
4.2.5. Annelerin LATCH Emzirme Puanlarına İlişkin Bulguları	97
4.2.6. Annelerin Emzirme Memnuniyetine İlişkin Bulguları	98
4.2.7. Annelerin İlk Sütün Gelme Zamanına İlişkin Bulguları.....	100
4.2.8. Annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına (DSKÖ) İlişkin Bulguları	101
4.2.9. Ayak masajı Uygulanan Annelerin Görsel Analog Hasta Tatmin Skalasına (GAHTS) İlişkin Bulguları	102
4.2.10. Annelerin Memelerinde Görülen Süt İnme Belirtilerine İlişkin Bulguları ...	103
5. TARTIŞMA	106
5.1. Tablo 4-4: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Emzirme Özelliklerinin Tartışılması	106
5.2. Tablo 4-5: Uygulama ve kontrol grubundaki Annelerin doğum sonu destek ihtiyacı ve sorun yaşama durumlarının Tartışılması.....	108
5.3. Tablo 4-6: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Sezaryenden Sonrası İlk Üç Günde Anesteziye Bağlı Oluşabilecek Sorunların Tartışılması.....	111
5.4. Tablo 4-8 ve Tablo 4-9: Uygulama ve Kontrol Grubunda LATCH ve Emzirme başarı puan Ortalamalarının Tartışılması.....	111
5.5. Şekil 4-1: Annelerin İlk Sütün Gelme Zamanına İlişkin Bulgularının Tartışılması	112
5.6. Tablo 4-10: Annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına (DSKÖ) İlişkin Bulgularının Tartışılması	113
5.7. Annelerin Memelerinde Görülen Süt İnme Belirtilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	114
6. KAYNAKLAR	117

7. FORMLAR	144
8. ETİK KURUL KARARI, KURUM İZİNİ VE REFLEKSOLOJİ SERTİFİKASI...	153
9. ÖZGEÇMİŞ	156



5. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Konfor Kavramının Taksonomik Yapısı.....	22
Tablo 2-2: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Sağlık Merkezi'nin (NCCAM) Alternatif Tıp Uygulamalarının Sınıflandırılması.....	27
Tablo 3-1: Ölçüm Araçlarının Refleksoloji Grubuna Uygulama Takvimi.....	73
Tablo 3-2: Ölçüm Araçlarının Kontrol Grubuna Uygulama Takvimi.....	73
Tablo 4-1: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n: 100).....	85
Tablo 4-2: Uygulama ve Kontrol Grubunun Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (n: 100).....	87
Tablo 4-3: Uygulama ve Kontrol Grubunun Tamamlayıcı Tıp Uygulamasını Bilme ve Kullanma Durumunun Karşılaştırılması (n: 100).....	89
Tablo 4-4: Uygulama ve Kontrol Grubunun Emzirme Özelliklerinin Karşılaştırılması (N: 100).....	90
Tablo 4-5: Uygulama ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Destek İhtiyacı ve Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N: 100).....	92
Tablo 4-6: Grupların Sezaryenden Sonra İlk Üç Gün Süresince Anesteziye Bağlı Oluşabilecek Sorunların Dağılımının Karşılaştırılması.....	94
Tablo 4-7: Grupların Yenidoğan Bebeğe Ait Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	95
Tablo 4-8: Uygulama ve Kontrol Grubunda LATCH Emzirme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	97
Tablo 4-9: Uygulama ve Kontrol Grubunun Emzirme Başarısı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	98
Tablo 4-10: Uygulama ve Kontrol Grubunda DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	101
Tablo 4-11: Uygulama Grubundaki Annelerin GAHTS Puan Ortalaması.....	102
Tablo 4-12: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Memelerinde Görülen Süt İnme Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	103

6. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Eski Mısırdaki Refleksoloji Tedavisi.....	34
Şekil 2-2: Buddha'nın Ayak Tabanındaki Kalp Ve İç Organları Gösteren Çakrası.....	35
Şekil 2-3: Bölge Terapisi Teorisine Göre Vücut Bölgeleri.....	36
Şekil 2-4: Riley'in Ayak Tabanı Üzerindeki Refleks Noktaları.....	37
Şekil 2-5: Ingham Orjinal Çizimlerinin Diyagramı.....	38
Şekil 2-6: Ayaklar Üzerinde Organ Yerlerinin Anatomik Temsillerinin Gösterimi.....	39
Şekil 2-7: Diğer Açılardan Ayak Refleks Noktaları.....	40
Şekil 2-8: Ayaklar Üzerinde Organ Yerlerinin Anatomik Temsillerinin Gösterimi.....	41
Şekil 3-1: Consort 2010 Akış Diyagramı	65
Şekil 3-2: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS).....	69
Şekil 3-3: Ayağı Isıtma ve Gevşetme Hareketleri.....	76
Şekil 3-4: Beyin (A), Hipofiz Bezi (B), Tiroid ve Paratiroid Bezi (C), Akciğer (Ç), Böbrek Üstü Bezi ve Karaciğer (D), Göğüs ve Üst Lenfler (E), Alt Lenfler Bölgesi (F).....	77
Şekil 3-5: Beyin (A), Hipofiz Bezi (B), Tiroid Ve Paratiroid Bezi (C), Akciğer (Ç), Böbrek Üstü Bezi Ve Karaciğer (D), Göğüs Ve Üst Lenfler (E), Alt Lenfler Bölgesi (F), İnen Kolon (G), Sigmoid Kolon (Ğ), Transvers Kolon (H), İnce Bağırsaklar (I), Solar Plexus (İ).....	79
Şekil 3-6: Uterus (J), Mesane (K), Overler (M) Ve Fallop Tüpleri (N) Refleks Noktaları.....	80
Şekil 3-7: Araştırmanın Uygulama Akış Şeması.....	83
Şekil 4-1: Gruplara Göre Annelerin İlk Sütün Gelme Zamanı Kaplan Meier Grafiği..	100
Şekil 4-2: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Memelerinde Görülen Süt İnme Belirtilerinin Karşılaştırma Grafiği.....	104

7. SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AAP: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

ACOG: American College of Obstetrics and Gynecology (Amerikan Jinekolog ve Obtrisyen Koleji)

AUK: Anormal Uterin Knamalar

CAMBrella: A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM)

CONSORT: Consolidated standarts of reporting quality (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)

DS: Doğum Sonu

DSKÖ: Doğum Sonu Konfor Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GAHTS: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası

LATCH: Latch on Breast (Memeyi kavrama), Audible Swallowing (Bebeğin yutkunma sesinin duyulması), Type of Nipple (Meme başının tipi), Comfort of Breast/Nipple (Annenin meme başı ile ilgili rahatsızlığı), Hold/Positioning (Bebeği emme pozisyonuna yerleştirme)

NCCAM: The US National Institues for Health Center for Complementary and Alternative Medicine (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi)

PKOS: Polikistik Over Sendromu

PMS: Premenstruel Sendrom

SB: Sağlık Bakanlığı

SSS: Santral Sinir Sistemi

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizatio (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

VAS: Vizüel Analog Skala

ÖZET

Çankaya, S. (2017). Sezaryen ile Doğum Yapan Primipar Annelerde, Ayak Masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Dönemde Konfora Etkisi; Randomize Kontrol Çalışması, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi, İstanbul.

Amaç: Çalışma, sezaryen ile doğum yapan primipar annelerde, ayak masajının laktasyona ve doğum sonu dönemde konfora etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü olarak yapıldı.

Materyal ve Metod: Araştırma, Konya'da bir üniversite hastanesinde ilk doğumunu yapmak üzere başvuran ve sezaryen olan kadınlar üzerinde yapıldı. Kadınlar basit randomizasyonla gruplara atandı. Çalışma sonunda, uygulama grubunda 50 ve kontrol grubunda 50 olmak üzere toplam 100 anne değerlendirildi. Uygulama grubundaki annelere doğum sonrası üç gün boyunca günde üç kez, sekiz saat arayla 30 dk ayak masajı uygulaması yapıldı. Her iki gruptaki annelere aynı ebe/hemşirelik bakımı verildi. Verilerin toplanmasında, anne ve bebeğe ait yapılandırılmış bilgi formu, doğum sonrası dönemde bebeğin emme durumunu belirlemek için Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı (LATCH), laktasyon başlama belirtilerini tespit etmek için Vizüel Analog Skala (VAS) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) kullanıldı.

Bulgular: Uygulama grubundaki annelerin LATCH puan ortalamalarının ve emzirme başarılarının, kontrol grubundaki annelere göre çok iyi düzeyde olduğu, uygulama grubundaki annelerde ilk sütün gelme (ortalama 2,82 saat) sürecinin, kontrol grubundakilere (ortalama 8,88 saat) göre daha kısa sürede olduğu saptandı. Memelerde; gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyinin ortalamalarının, uygulama ve kontrol grubundaki annelerin birinci günde benzer olduğu, ikinci ve üçüncü günlerde uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundakilere göre daha fazla olduğu belirlendi. Uygulama grubundaki annelerin toplam DSKÖ puan ortalamasının kontrol grubundakilere göre daha iyi olduğu saptandı.

Sonuç olarak; Ayak masajı uygulaması, özellikle sezaryen ile doğum yapan annelerin iyileşme sürecini hızlandırmakta buna bağlı olarak laktasyonu erkenden başlatmakta, emzirme sürecini desteklemekte ve doğum sonu konforu arttırmaktadır.

Anahtar kelimeler: ayak masajı, laktasyon, emzirme, doğum sonu konfor, ebe/hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Cankaya, S. (2017). The Effect of Foot Massage on Lactation and Postpartum Comfort in Primiparas Giving Births via Cesarean Section; A Randomized Controlled Study, Istanbul University, Health Sciences Institute, Nursing Department of Women Health and Diseases, Thesis of Doctorate, Istanbul.

Objective: The study was designed as a randomized and controlled study to evaluate the effects of foot massage on lactation and postpartum comfort in primiparas giving births via cesarean section.

Material ve Method: The study was performed in women a universitie hospital in Konya due to first births via cesarean section. Womens were assigned to simple randomization groups. At the end of the study were evaluated a total of 100 mothers, 50 in the study group and 50 in the control group. Expectant mothers in the study group were exposed to foot massage in postpartum period over 30 min every eight hours three times a day for three days. Expectant mothers in both groups had the same midwifery and nursing care. To collect data, the mothers and newborns' structured information questionnaire, the breastfeeding chart system (LATCH) to define newborns' brestfeeding, the visual analogue scale (VAS) to determine the signs of starting of lactation and the postpartum comfort questionnaire (PPCQ) were used.

Results: It was found that mean LATCH scores and breastfeeding success rates of mothers in the study group were even higher than those in the control group, and first lactation period of mothers in the study group took place in a shorter period (mean 2.82 hours) than those in the control group (mean 8.88 hours). The averages of breast-tension, breast-heat and breast-pain were found to be similar in both groups on the first day, but to increase in mothers in the study group on the second and third days, compared to those in the control group. Mean PPCQ scores of mothers in the study group were detected to be better than those in the controls.

Conclusion: Foot massage procedure speeds up the healing process, especially in mothers giving births via cesarean section, and so is started lactation period in an earlier period, supports the breastfeeding period and increases mothers' postpartum comfort.

Key words: foot massage, lactation, breastfeeding, postpartum comfort, midwifery/nursing care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne sütü, tüm bebekler için doğal besindir. Amerikan Pediatri Akademisine (AAP) göre anne sütü bütün yenidoğanlar için önerilmelidir (American Academy of Pediatrics 2012). Helthly People'nın anne sütünü, tüm yenidoğanların %75'nin, doğumdan sonraki altı ay boyunca %50'sinin ve ilk bir yıl en az %25'nin almasını hedeflemektedir (U.S Department of Health and Human Services 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) emzirmeye erken başlanmasını (doğum sonrası ilk bir saat içinde) tavsiye etmektedir. DSÖ, emzirmenin artırılmasıyla her yıl 1,5 milyon bebeğin hayatının kurtarılabilirliğini bildirmektedir (WHO 2010) Emzirmeye erken başlamak yenidoğan ölümlerini %22 oranında azaltarak, Milenyum Gelişme Hedeflerine erişilmesini sağlayabilir. Küresel olarak, yaşamın ilk bir saati içinde emzirmeyi başlatmak suretiyle, her yıl bir milyondan fazla çocuğun hayatı kurtarılabilir. Yalnızca gelişmekte olan ülkelerde, çocuklardaki ishale ilgili hastalıklar ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından kaynaklanan ölümleri azaltmak suretiyle, her yıl 1,45 milyon hayat kurtarılabilir (World health statistics 2012; 2015).

Türkiyede sezaryen ile doğumlar Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) verilerine göre %37 iken, son beş yılda büyük ölçüde artarak %48'e yükselmiştir. Kentsel bölgelerde ve ülkenin batı kesiminde bu oran (%52) daha yüksektir (TNSA 2008; 2013). Daha önceki yapılan çalışmalarda, sezaryen ile yapılan doğumlarda annelerin insizyon yerinde hissedilen ağrı ve anestezinin etkisine bağlı olarak emzirmenin geç başladığı bildirilmiştir (Cakmak ve Kuguoglu 2007; Zanardo ve ark. 2010).

Doğum sonu (DS) dönem; çok hızlı bir yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal dengelerin bozulduğu, bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir. Sezaryen ile doğum yapan annelerin karşılaşılabileceği problemler ve sıkıntılar daha fazla olmaktadır (Zanardo ve ark. 2010). Sezaryen ameliyatından sonra ilk saatlerde anneler şiddetli ağrıları olduğu için sıkıntılı saatler geçirebilmektedirler. Bu yüzden sezaryen sonrası annelerin, kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini, yenidoğanın bakımını, emzirme problemleri gibi durumları yaşayabileceği unutulmamalıdır (Karakaplan ve Yıldız 2010). Sezaryen ile doğum yapan annelerde görülen ağrı, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri vb. gibi sebepler bu

annelerin konforunu negatif yönde etkilemektedir. Normal doğum yapan annelere göre sezaryen ile doğum yapan annelerin konfor puanlarında belirgin azalma olduğu bildirilmiştir (Çapık ve ark. 2014). Bunun yanında hem DS dönemin, hem de geçirilmiş bir operasyonun getirdiği zorlukları birlikte yaşayan annenin yenidoğan bakımında daha fazla problem yaşayacağı ve anne-yenidoğan etkileşimini olumsuz etkileyerek geç başlamasına sebep olabilir (Karakaplan ve Yıldız 2010; Çapık ve ark. 2014).

Tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanım sıklığı Türkiye’de genel popülasyonda ve özellikle kanser hastaları gittikçe artmaktadır. İlaveten lohusalarda süt salımını artırmak için ya da annenin rahatlamasını sağlamak için bazı bitkisel aromalı içecekler kullanılmaktadır. (Gökdoğan ve Balkaya 2010). Ancak ayak masajı veya refleksoloji tedavisinin doğum sonrasında kullanımı hem anneler tarafından hem de hemşireler tarafından bilinmemekte ve uygulanmamaktadır. Ayak masajı veya refleksoloji tedavisi dolaşım sistemini düzenleyerek, ağrı algısının azaltılması, annenin rahatlaması ve anne sütünün erken sürede gelmesi ve artırılması için kullanılabilir.

Bu çalışmada ayak masajı, refleks tekniğine uygun olarak, ayaktaki ilgili noktalara bası uygulaması şeklinde yapılmıştır. Refleksoloji, basınç (baskı) noktalarını kullanan doğal bir iyileştirme yöntemidir. Bu teknik, sağlığın iyileştirilmesi amacıyla, ellere, ayaklara veya kulakların belli noktalarına dokunma veya masaj uygulanmasını içermektedir (Çamlı ve ark. 2016). Refleksolojide sağlam bilimsel veriler olmamasına rağmen, refleksolojinin, diğer masaj biçimleri gibi rahatlamayı ve gevşemeyi artırdığı, dolayısıyla, emziren annelerde süt salgılanmasını (laktasyonu) artırabileceğine ilişkin bazı bilgiler vardır (Tipping ve Mackereth 2000; Tiran ve Chummun 2005). Uzmanlaşmış bir refleksoloji dalı olan annelik refleksolojisi, emzirmenin de içinde bulunduğu doğum eylemine yönelik kaygıları azaltarak, gebe kalma ve fertiliteden gebeliğe ve doğum ağrısına kadar annelere yardım etmeye çalışmaktadır (Tiran ve Chummun 2005; Öztürk ve Sevil 2013). Başarılı emzirmeyi desteklemeye ek olarak, refleksolojinin, gebelikle ilişkili rahatsızlıklardan kurtulmayı da sağladığını, doğum ağrısını ve süresini azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı ve doğum sonrası depresyon olasılığını da düşürdüğü bildirilmektedir ancak bu konuda kanıta dayalı bilgiler bulunmamaktadır (Tipping ve Mackereth 2000; Tiran ve Chummun 2005; Dolatian ve ark. 2011; Öztürk ve Sevil 2013; Çamlı ve ark. 2016).

Loganayagi ve ark.'nın (2014) yapmış olduğu yeni bir çalışmada ise, refleksolojinin, özellikle doğum sonu dönemde annelerde anne sütünün kısa sürede üretilmesine yardımcı olduğu ve ayrıca refleksoloji tedavisinin primipar annelerde emzirmenin erken zamanda başlatılmasında basit, yenilikçi ve etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir.

Refleksolojisinin hipogalakti (süt salgılama eksikliği) üzerindeki etkililiğini değerlendirmek için yapılan deneysel bir çalışmada 10 hipogalakti vakası alınarak ayak refleksolojisi uygulanmıştır. Rutin tedavilerle karşılaştırmalı bir şekilde, ayak refleksolojisinin bol ve stabil süt kaynağı sağladığı; anne ve bebeğin bağışıklık fonksiyonunu artırdığını; süt salgılanmasında hızlı etkisi olduğunu iddia etmişlerdir (Zhang veTianjun 1996).

Laktasyon süreci, yalnızca memenin yapısından ve endokrin sisteminden oluşmaz. Bu süreç; annelerin psikolojisinden, duygusallığından ve genetik, çevresel faktörlerinden etkilenir (Tipping ve Mackereth 2000). DS dönemde, kadında gelişen stres, korku ve endişe sinir sistemi ile beyine iletilerek bir stres cevabı meydana gelebilmektedir. Böylece sinir sistemi ile adrenalin salgılanır. Adrenalin de oksitosin hormonunu baskılayarak laktasyonu olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Tiran ve Chummun 2005). DS sonu dönemde refleksoloji uygulaması, hormonal dengenin korunması ve düzeltilmesine, endişenin azalmasına, dolaşım sistemini hızlandırarak vücuttan toksinlerin atılımına yardımcı olmaktadır (Tipping ve Mackereth 2000; Tiran ve Chummun 2005).

Doğumdan hemen sonra veya lohusalık sürecinde birçok kadın stres, yorgunluk, anksiyete, anestezi ve ağrı nedeniyle laktasyonun başlamasında problem yaşamakta ve bu önlenebilir sorunlardan dolayı bebek yeterli süt alamamaktadır. Bunu önlemek için hemşireler, refleksoloji uygulayarak özellikle sezaryen doğum yapan annelerde laktasyonu erkenden başlatabilir, etkili emzirmeyi ve annenin konforunu destekleyebilir, gereksiz tıbbi ilaç kullanımını azaltılabilir ve bebeğin beslenmesinde hazır mama kullanımının azaltılarak aile bütçesine katkıda bulunabilirler. Bu uygulama ile ayrıca bebeğin anne sütü almamasına bağlı olarak gelişebilecek dehidratasyon, enfeksiyöz hastalıklar ya da ek gıdaya bağlı ani ölümler önlenebilir. Bu çalışmadan da refleksolojinin doğum sonu dönemde hem anne hem de yenidoğan sağlığının korunup

geliştirilmesi bakımından hemşirelik literatürüne önemli kanıta dayalı bilgiler ve uygulamalar sunması beklenmektedir.

Çalışma, sezaryen ile doğum yapan primipar annelerde, ayak masajının laktasyona ve doğum sonu dönemde konfora etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütünün Önemi

Anne sütü bebekler için ilk doğal gıda olup, yaşamın ilk ayı için bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm enerjiyi ve besinleri sağlar ve birinci yaşın ikinci yarısı sırasında, çocuğun besin ihtiyacının yarısından daha fazlasını ve yaşamın ikinci yılı sırasında üçte birine kadarını sağlar (UNICEF, WHO, WABA 2008; UNICEF 2016). Anne sütü, doğumdan itibaren altı ay sonuna kadar olan dönemde, bebeğin tüm besinsel gereksinimlerine tek başına cevap verebilen mükemmel içeriğe sahip, yaşayan bir gıdadır. Anne sütü bebeklerin büyüme ve gelişmelerini destekleyen tek doğal besindir (American Academy of Pediatrics 2012). Anne sütü bilişsel ve duyuşsal gelişmeyi artırır ve bebeği enfeksiyonlara ve kronik hastalıklara karşı korur. Emzirme, ishal ve zatürree gibi yaygın çocuk hastalıklarından kaynaklanan bebek ölüm oranını azaltır ve hastalık sırasında daha hızlı iyileşmeye yardım eder (UNICEF, WHO, WABA 2008; UNICEF 2016). Ayrıca anne sütü alan bebeklerin, çocukluk çağında daha az hastalandıkları, yetişkinlik döneminde ise; kan basıncı, kolesterol ve obezite hastalıklarının daha az görüldüğü ve zekâ gelişimine katkıda bulunduğı ve 6 ay veya daha uzun süreli anne sütü alan bebeklerde çocukluk çağı lösemi hastalığını %14-%19 oranında önlediğı bildirilmiştir (Horta ve ark. 2007; Victora ve ark. 2015; Amitay ve Boker 2015).

Emzirme doğal bir insan faaliyetidir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 1989 yılında kabul ettiğı Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de "anne sütünün bebek için en iyi besin olduğı; toplumun bütün kesimlerinin emzirme konusunda bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve bu alandaki eğitim olanaklarına kavuşturulması" gerektiğı ifade edilmiştir (Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Ulusal İlk Rapor Türkiye 1999). DSÖ ve Amerikan Pediatri Akademisi, ilk altı ay boyunca bebeklerin sadece anne sütü ile almasını, ilk altı ay su dâhil hiçbir ek gıda verilmemesini ve altıncı ayda ek gıdalara başlayarak emzirmenin iki yaşına kadar devam edilmesini tavsiye etmektedir (American Academy of Pediatrics 2012; WHO 2007; 2010).

Gelişmekte olan 42 ülke çocukları arasında yapılan çalışmada mortalite ve morbidite ilgili bir küresel risk değerlendirmesinde, ishal hastalığı ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından ölümler için bebekliğin ilk altı ayı için sırasıyla %55 ve %53; ikinci altı ayı için %20 ve %18 ve hayatın ikinci yılındaki tüm ölüm nedenleri için %20

olduğu bildirilmiştir. Yazarlar, sadece 12 ay bebeğin anne sütü almasının bile beş yaş ve altındaki çocuk ölümlerinin yaklaşık %13,5'inin önlenebileceğini bildirerek emzirmeye ilk bir saat içinde başlamanın tüm yeni doğan ölümlerini %22 azaltabileceğini ortaya koyarak tüm anneleri emzirmeye davet etmişlerdir (Jones ve ark. 2003).

Küresel insidans, optimum emzirmenin çocuk sağ kalımı için en önemli müdahale olduğunu ve doğumun ilk saati içinde bebek ne kadar erken emzirilirse, o kadar iyi olduğunu göstermektedir (World health statistics 2012; Breastfeeding Report Card 2014). Yaşamın ilk bir saati içinde emzirmeyi başlatmak suretiyle yeni doğan ölümleri % 41,3'ü önlenebilir. Bu tüm yeni doğan ölümlerini %22,3'ünü önlemeye eşdeğerdir. Benzer şekilde, emzirmeyi ilk gün başlatmak, ikinci günden sonraki yeni doğan ölümlerin %30,2'sini azaltabilir. (Breastfeeding -CDC 2011; Breastfeeding Report Card 2014; UNICEF 2016).

DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund - UNICEF) geliştirmekte olan ülkelerde bugün 6 aylıktan küçük çocukların yalnızca %39'unun sadece anne sütüyle beslendiğini bildirmektedir (World health statistics 2015; UNICEF 2016). Gelişmemiş ve geliştirmekte olan ülkelerde bir yaş ve altındaki çocukların yetersiz ve dengesiz beslenmesi sonucunda, sık hastalanabilmekte ve hatta hayatlarını yitirmelerine sebep olmaktadır (Flores ve Fairchok 2004; American Academy of Pediatrics 2012). Doğum sonrası izleyen ilk altı ay içinde bebeğin sadece anne sütüyle beslenmesi sayesinde geliştirmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuk ölümlerinin %13 oranında azaltılabileceği ifade edilmektedir (UNICEF, WHO, WABA 2008). Anne sütüyle beslenme ile Amerika Birleşik Devletleri'nde postneonatal ölüm hızının %21 azaltıldığı da bildirilmektedir (American Academy of Pediatrics Policy Statement 2005).

Annelerin %'50'sinden fazlası bebeklerini yeterince emzirememiş olması annede, stres, yorgunluk, anksiyete ve anesteziye bağlı rahatsızlıklar'a, cerrahi müdahaleler'e, plasenta retansiyonu vb.' sebeplerden dolayı laktasyon başarısızlığı riskiyle karşı karşıya kalabildiklerini bildirmişlerdir (Edmond ve ark. 2006). Emziren annelerde, uterusun involusyon sürecini hızlandırdığı, doğum sonu kanama riskini azalttığı, yaşam boyu Tip II diyabet'in meme ve over kanserinin daha az görüldüğü bildirilmiştir (Ip ve ark. 2007). Bu çalışmalardan anlaşıldığı üzere özellikle sezaryen

sonrası emzirme, anne bebek etkileşimini arttırarak anne ve bebek sağlığını olumlu birçok etkileri bulunmaktadır.

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Emzirme Oranları

Dünyanın birçok yerinde, erken emzirmeye başlama oranları son derece düşüktür: UNICEF (2016), sağlık istatistiklerinde ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranının Dünyada %38 olduğunu bildirmiştir. Araştırmalarda en yüksek oranlar Güney Asya %49, Doğu ve Güney Afrika %52, Latin Amerika ve Karayipler %39, Doğu Asya ve Pasifikler %30, Afrikanın Batısı ve Merkezi %25, az gelişmiş ülkelerde %48’dir (UNICEF, WHO, WABA 2008; U.S. Department of Health and Human Services 2009; WHO, USAID, UNICEF, AED, FANTA, UC Davis 2010; World health statistics 2012). Düşük gelir düzeyindeki ülkelerde emzirme oranları %48 bulunurken bu oran yüksek gelire sahip ülkelerde ise %18 dir (UNICEF, WHO, WABA 2008; WHO, USAID, UNICEF, AED, FANTA, UC Davis 2010). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan bir araştırmada da, 0-6 ay bebeklerin yaklaşık %97’sinin emzirildiği ancak bu bebeklerin anne sütü ile birlikte %46’sının su, %12’sinin süt veya süt tozu, %9’unun formül mama, %15’inin sıvı gıda ve yaklaşık %22’sinin da katı gıda ile beslendiği bildirilmiştir (Marriott ve ark. 2007). Dünya genelinde yapılan çalışmalarda altı ay anne sütü alımı oranlarına baktığımızda Norveç’te %80 (Haggkvist ve ark. 2010), İsveç %14, (WHO, 2012), Meksika %14 (WHO, 2012), İzlanda %13 (2011), İspanya %29 (2012), Nepal %70, Bangladeşte %64, Hindistanda %46, Mozambik %41, Pakistan %37, Filipinler %34, Nijerya %27, Endonezya %32, çin %28, Ukrayna %18 olduğu bildirilmiştir (World health statistics 2012; WHO 2012; Marriott ve ark. 2007). Bu verilerden genel olarak ülkelerin gelir düzeyi yükseldikçe emzirme oranlarının düştüğünü görmekteyiz.

Türkiye’de ise emzirme yaygın ve geleneksel bir uygulama olmasına rağmen, çocukların %96’sı anne sütü ile belirli bir süre beslenmektedir (TNSA 2013). Ancak, bebeklerin yaşamın ilk iki ayında %58’i ve altı ayında ise %30,1’i sadece anne sütü ile beslenirken %8,1’i ise hiç anne sütü alamamaktadır. Emzirilen ve altı aylıktan daha küçük olan bebeklerin %28’ine hazır mama verilirken, 4-5 aylık bebek grubunun ise sadece %10’u anne sütü alabilmektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerin %50’sinin emzirilmeye başlanmasına rağmen, ilk 24 saat içinde bebeklere anne sütünden önce başka gıdaların (%26) verildiği bildirilmektedir (TNSA 2013).

Ülke genelin de yapılan çalışmalarda ilk altı ay emzirme oranlarına baktığımızda ise Malatya da yapılan çalışmada %28 (Kaya ve Pirinçci 2009), İzmirde yapılan bir çalışmada %8,7 (Ünsal ve ark. 2005) ve Kayseride yapılan bir diğer çalışmada ise %35,7 (Gün ve ark. 2009) olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmalarda anne sütünü tam alamayan yada anne sütünün yetersiz olduğunu düşünen ailelerin bebeklerine formül mama, şekerli su, inek sütü, bitkisel çaylar gibi diğer ekbesinlerle beslediklerini tespit ederek bu durumun emzirmenin erken sonlandırılmadısına sebep olabileceğini bildirmişlerdir (Ünsal ve ark. 2005; Gün ve ark. 2009; Kaya ve Pirinçci 2009).

2.3. Sezaryen Doğum

Sezaryen 20 haftadan büyük ve yaşabilecek duruma gelmiş bir fetüsün, abdominal duvar ve uterusu yapılan insizyonla plasenta ve membranları ile birlikte dışarıya çıkarılması amacıyla yapılan bir cerrahi işlemdir. Sezaryen doğum oranı 25 yıllık bir süreçte %25-30'a yükselmiştir. Operasyonun sadece anne açısından güvenilir hale gelmesi değil, uzamış eylem veya travmatik girişimlere bağlı infant morbiditesi de azalmıştır. Ayrıca hayat kalitesi ve çocuğun entellektüel gelişimi konusundaki endişeler, sezaryen doğum endikasyonlarının genişlemesine neden olmuştur (Posner ve ark. 2014).

2.3.1. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen doğum en sık; doğumun anne veya fetüs açısından güvenli olmadığı, eylemin indüklenemediği (baş- pelvis uygunsuzluğu), vajinal doğumun belirli riskler oluşturacağı distosi veya fetal problemler (makrozomi, fetal distres), fetal prezantasyon anomalileri (tranvers, alın, yüz geliş gibi), çoğul gebelikler, maternal sistemik rahatsızlıklar (diyabet, hipertansiyon) veya geçirilmiş uterus cerrahisi (sezaryen veya diğer operasyonlar) varlığı gibi durumlarda ve acil doğum gerektiren (kordon sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta) durumlarda uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010). Endikasyonların büyük çoğunluğu herkes tarafından kabul görürken, kişisel bazda selektif ve subjektif olan bazı endikasyon ve değerlerinin önemi tartışmalıdır. Birleşik devletlerde sezaryen ile doğumların %30'undan fazlasındaki neden mükerrer sezaryendir. Yüksek mükerrer sezaryen doğum oranları sonraki gebeliklerde plasental anomalilerin ve buna bağlı komplikasyonların nedenidir (Cunningham ve ark. 2005a; Gibbs ve ark. 2010; Posner ve ark. 2014).

Sezaryen girişimin sadece tıbbi endikasyonlar doğrultusunda uygulanması etik açıdan büyük önem taşımaktadır. Sezaryen ile doğum geçmiş yüzyılda maternal, perinatal mortalite ve morbiditenin düşürülmesinde ana rolü oynamıştır. Buna karşılık uygulamadaki bazı özel endikasyon içeren durumlarda önemli değişiklikler olmuştur. Önceleri bu operasyonun ana amacı obstrükte doğum eylemi olan olgularda anne hayatını kurtarılmasıyken, giderek fetüsün fazla belirgin olmayan bazı tehlikeli durumlarından kurtarılmasını da kapsamına almıştır. Dünyada ve Türkiye’de sezaryen endikasyonlarının artışının sebepleri incelendiğinde, daha iyi cerrahi tekniğin kullanımı ve anesteziik yöntemlerdeki ilerlemelerin yanı sıra kullanılan antimikrobialler kan transfüzyonu, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının yükselmesi, üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış gösterilmektedir (Cunningham ve ark. 2005a; Park ve ark. 2005; Şahin 2009; Gibbs ve ark. 2010).

2.3.2. Dünyada ve Türkiye’deki Sezaryen Oranları

DSÖ tüm doğumlar içinde sezaryen oranını %5-15 arasında olması gerektiği önerisinde bulunmuştur (World health statistics 2015). Sonyüzyılda birleşik devletlerde ve tüm Dünyada sezaryen oranları dramatik olarak artmıştır (Gibbs ve ark. 2010). DSÖ nün dünyada sezaryen oranlarına baktığımızda Amerika Birleşik Devleti (ABD)’nde %31,4 (2010), Kanada da %26,1 (2010), İtalya da %36,3 (2013), Almanyada %31,1 (2011), İrlanda da %26,6 (2010), Danimarkada %21,2 (2010), Fransada %20,2 (2011), Belçikada %19,9 (2010), İsviçrede %16,2 (2011), Finlandiya da %16,2 (2011), Hollandada %15,5 (2010) olduğunu bildirmiştir (ISTAT 2014; Gibbons ve ark. 2010). Türkiyede sezaryen oranı ise TNSA-2008 de ortalama %36,7 iken bu oran TNSA-2013 de %48’e yükselmiştir. Kentlerde bu oran ise ortalama %52 civarındadır. Sezaryen endikasyonları, kadınların eğitim seviyesinin ve ekonomik durumunu artması ile birlikte paralelik göstererek yaklaşık %66 civarında seyretmektedir. Bu oran kadınların eğitim ve ekonomik düzeyi yükseldikçe, düşük eğitim ve ekonomik düzeye sahip kadınlara göre sezaryen oranları iki katından daha fazladır (TNSA 2008; 2013). Ülkemizdeki sezaryen oranlarının DSÖ önermiş olduğu orana ve diğer ülkelerdeki sezaryen oranlarına göre oldukça yüksek olduğunu görmekteyiz. Günümüzde bu dramatik artışın birçok nedeni vardır. 1970-1980’li yıllar boyunca sezaryen ile doğum birçok obstetrik problem için çözüm olarak görülmüştür. Tıp’ta yasal problemler artış nedeni ile Kadın doğum uzmanları makat vajinal doğum ve operatif vajinal doğum yöntemlerini

kullanmayı aşamalı olarak bırakmış, intrapartum fetal distres tanımını genişletmiş ve distozi liberal olarak kullanmaya başlamışlardır. Bununla birlikte, ileri anne yaşında artış olmasında diğer sebepler arasındadır. Sonuç olarak, hem Dünyada hemde Ülkemizde, kadınların doğumdan korkma ve diğer sebeplerde annenin isteği dikkate alınmakta ve bu durumda kadın doğum uzmanlarının elektif sezaryene yönlendirmelerine neden olmuştur (Cunningham ve ark. 2005a; Gibbs ve ark. 2010).

Ulusal Sağlık Cemiyetleri; Mart 2006 tarihinde anne isteğine bağlı sezaryen ile ilgili bilimsel bir konferans düzenlemiştir. Bu konferans sonucuna göre elektif sezaryen doğum, risk ve yararlarını değerlendirmek için henüz yeterli kanıt olmadığı, kararın kişisel bazda verilmesi gerektiği ve birden fazla çocuk sahibi olmak isteyen olgularda anne isteğine bağlı sezaryenin uygun bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir. Bu toplantıda çıkan diğer sonuçlara göre de; ağrı tedavisinin motive edici faktör olmaması gerektiği ve sezaryen ile doğumun fetal matürite gösterilmemiş ise 39. haftadan evvel yapılmaması gerektiği önerilmektedir. Sezaryen ile doğum yapmak isteyen olguların temelde normal doğumu istememe nedenleri; doğum ve ağrı korkusu, ölüm-fetal yaralanma riski, sonrasında anal-üriner inkontinans, seksüel fonksiyon bozukluğuna neden olacak olası pelvik taban hasarları korkusu ve sezaryenin doğum zamanlaması planlaması açısından avantajlı olmasıdır. Tüm dünyada sezaryen ile doğumların %4-18'i gebenin isteği ile yapılmaktadır (Cunningham ve ark. 2005a; National Institutes of Health 2006; Gibbs ve ark. 2010).

Amerikan Jinekolog ve Obtetrisyen Koleji'nin (ACOG) 2006 yılında, sezaryen doğumun isteğe bağlı olmadan, koplasyon durumlarında yapılması gerektiğini bildirioştir. Ancak bazı klinisyenler, kadınların sezaryen veya vajinal doğumu seçme tercihlerinin olduğunu düşünmekte ve annenin sezaryen ile doğumu istemesini etik bulmaktadır (ACOG 2006). Sağlık bakanlığımız (SB) ve mesleki örgütler bu oranı düşürmek için stratejiler geliştirmektedir. Sağlık bakanlığımızda, anne sağlığını korumak ve DSÖ tarafından konulmuş hedeflere ulaşabilmek için, sezaryen endikasyonlarını ülke genelinde hastanelerde, üniveriste hastanelerinde ve anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında izlem çalışmalarına başlatmıştır. Sezaryen endikasyonlarını içeren protokoller hazırlanarak sezaryen oranlarının düşürülmesi hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; kadınları isteğe bağlı sezaryen doğuma yönlendiren sebepler genel olarak, kadınların doğum eylemi hakkında yeteri kadar bilgilendirilmemeleri, kontraksiyonlar ve doğumhane korkusu, doğumhane ortamının beğenilmemesi, doğum eyleminde kadına yeterince destek olunmaması gibi doğum ağrısını hafifletici alternatiflerin sunulmaması gibi faktörlerdir (Duran ve Atan 2011; Güleç ve ark. 2014).

DS dönemde, sezaryen ile doğum, hem fizyolojik yönden hemde psiko-sosyal yönden bazı problemler meydana getirebilir (Meloni ve ark. 2012; Posner ve ark. 2014). Yapılan çalışmalarda, ortalama %25 olguda açıklanamayan ateş, %1 oranında üriner sistem hasarı, üreteral zedelenme, intestinal komplikasyonlar, endometritis, kanama, yara enfeksiyonu, aspirasyon, komşu organ yaralanmaları, üriner enfeksiyon, tromboflebit ve pulmoner emboli gibi durumlar ve anesteziye bağlı bir çok postpartum komplikasyonlar vardır. Bu komplikasyonların dışında DS dönemde annenin iyileşmesinde ve tüm rol ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesinde gecikme, daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu ve artan tıbbi bakım maliyeti sezaryen doğumun belirtilen diğer dezavantajlı yönlerindedir (Cunningham ve ark. 2005a; Şahin 2009; Gibbs ve ark. 2010; Posner ve ark. 2014)

Yukarıda saydığımız dezavantajlarının yanında sezaryen operasyonun tüm abdominal ameliyatlarda içinde en güvenilir olduğu düşünülür. Batı dünyasında sezaryene bağlı maternal mortalite oranı düşüş göstermektedir. Birleşik Devletler'de 2008 yılında sezaryene bağlı mortalite oranı 100.000 doğumda 2,2 olarak bildirilmiştir. Bu sonuç, vajinal ve sezaryen doğum direkt olarak karşılaştırılırsa yanıtıcı olabileceği bildirilerek, yüksek riskli gebelik veya olumsuz medikal sorunlarının (yüksek oranda sezaryen doğum ile sonlandırılması) maternal mortalite oranlarını değiştirdiği bildirilmiştir. Sezaryen doğuma bağlı maternal mortalite klinik ortama ve sezaryen'i gerektiren duruma bağlı olarak değişiklik gösterir. Çoğu ölümün altında anestezi maddeleri, kalp rahatsızlıkları, renal hastalıklar, diyabet gibi altta yatan maternal kronik hastalıklara bağlı olduğu da bildirilmiştir (Cunningham ve ark. 2005a; Gibbs ve ark. 2010; Posner ve ark. 2014)

2.3.3. Sezaryende Kullanılan Anestezi Türleri

Sezaryen ameliyatı olarak günümüzde Genel Anestezi ve Rejyonel Anestezi (epidural anestezi, spinal anestezi, kombine spinal+epidural anestezi) olarak iki çeşit

anestezi uygulanmaktadır. Sezaryende ideal olan kesin bir anestezi yöntemi yoktur. Her iki anestezi yönteminin avantaj ve dezavantajları vardır. Uygulanacak anestezi tekniği ve ajanın seçimi; sezaryenin aciliyeti, maternal sistemik rahatsızlıklar, hekimin, annenin ve anesteziistin görüşü ve deneyimi v.b gibi birçok faktöre bağlıdır. Herhangi bir cerrahi operasyonda anestezi uygulanma durumunda sadece bir kişinin yaşam güvenliği söz konusu olurken; sezaryende hem annenin hemde fetüsün de güvenliği de sağlanmak zorundadır. Bu da sezaryen anesteziistine ayrı bir özellik kazandırmaktadır. Bu nedenle anestezi, anne ve fetüs için en güvenilir ve konforlu olan, yeni doğanı en az etkileyecek anestezi maddeleri seçerek ve cerrah için uygun çalışma koşullarını sağlamalıdır (Cunningham ve ark. 2005b; Gibbs ve ark. 2010).

2.3.3.1. Genel Anestezi

Anestezik ajanın intravenöz veya inhalasyon yoluyla verilerek bilinçte ve vücutta duyu kaybının olması durumudur. Genel anestezik ilaçlar SSS (Santral Sinir Sistemi)'nde selektif olmayan genel bir depresyon oluştururlar ve bu durum reversibldir (Şirin ve Kavlak 2008a).

Annenin merkezi sinir sistemini baskılayan istisnasız tüm anestetik ajanlar plesentaya geçerler ve fetal merkezi sinir sistemini baskırlar. Genel anesteziklerde bir başka değişmez risk ise mide içeriğinin ve partiküllü maddelerin aspirasyonudur. Trekeal entübasyondaki başarısızlık ise nadir görülür, ama halen anesteziyle ilişkili maternal ölümlerin en önemli nedenidir. Anestezi süresi, anestezik ajan maruziyeti arttıkça fetüsün durumu kötüleşir. İndüksiyon ve doğum süresindeki gereksiz gecikmenin önlenmesi ile olası ilerleyici fetal depresyon önlenir. Bu nedenlerden ötürü genel anesteziden özel endikasyonlar dışında kaçınılır. Genel anestezinin güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için eğitimli personel ve özel ekipman gerekir (Radzyminski 2003; Cunningham ve ark. 2005b; Gibbs ve ark. 2010).

Genel anestezinin avantajları; acil doğumlar için anestezi indüksiyonunun hızlı yapılabilmesi, hava yolu ve ventilasyonun daha iyi kontrol edilebilmesi, sempatik blok ve hipotansiyon'un nadir görülmesi avantajlarındandır. Dezavantajları ise; maternal gastrik içeriklerin aspirasyon riski, entübasyonun başarısız olabilmesi, annenin bilincinin tam kaybolmama ihtimali, fetüsün santral sinir sistemi üzerinde depresan etkisi ve larenkse dokunulması durumunda hipertansiyon oluşabilmektedir (Beji 2015a). UNICEF, WHO, Worldwide Alliance for Breastfeeding Action (2009),

bildirgesinde, doğum sürecinde analjezi ve anestezi almayan gebelerin yenidoğanlarının alanlara göre, doğumu takiben meme aramada daha koordineli davranış sergiledikleri belirtilmiştir.

2.3.3.2. Rejyonel Anestezi

Obstetrik anestezide en çok tercih edilen yöntem rejyonel anestezidir. Anestezi sonrası uyanıklık devam ettiği için genel anestezide görülen aspirasyon pnömonisi olasılığı bu anestezi çeşitlerinde görülmemektedir. Bu anestezi türünde santral blokaj uygulaması yapılmaktadır ve bu sebeple en sık görülen komplikasyon hipotansiyondur.

Sezaryen operasyonunda bu anestezi çeşidinin uygulanmasının artması sebepleri arasında; hem annenin hemde fetüsün solunumunu baskılamaması, doğum süresince gebenin uyanık olması, postpartum dönemde annenin daha erken sürede mobilize olması sebebiyle günümüzde çok tercih edilmektedir (Morgan ve Mikhail 2002; Toker 2003; Cunningham ve ark. 2005b; Şirin ve Kavlak 2008a; Beji 2015a).

2.3.3.2.1. Spinal Anestezi

Subaraknoid veya spinal blok, içerisine omurilik sıvısına anestezi solüsyonun enjektisi ile gerçekleştirilen bölgesel blok oluşturma tekniğidir. En az sekizinci Torakal dermatoma kadar olan duyuşal blokajla birlikte spinal anestezi sezaryen doğum için sık kullanılır.

Spinal anestezinin başlıca avantajları; lokal anestezi veya narkotik analjezik ilacın çok küçük dozlarının kullanılmasına rağmen mükemmel analjezi sağlayabilmesi, etkisinin hızlı ve kas gevşemesi yeterli düzeyde olması, uterus aktivitesi etkilememesi, solunum depresyonu ve postoperatif sedasyon durumları görülmemesi avantajlarındandır. Ayrıca Epidural anestezide göre daha kolay ve ekonomiktir. Dezavantajları ise; spinal blokta en sık görülen ciddi komplikasyon hipotansiyondur. Hipotansiyon tedavi edilmezse fetal asidoza neden olabilir. Ayrıca nadir de olsa dura delinebilir ve delinmesine bağlı başağrısı ve nöral hasar gelişebilir. Koagülasyon ve hemostaz bozukluğu, aortik ve pulmoner hipertansiyonu içeren belirli maternal hastalıklarda da spinal analjezi kontrendikedir. Ayrıca, tam spinal blok, anksiyete, postspinal başağrısı ve mesane diskfoksiyonunda diğer görülebilen dezavantajlarıdır (Cunningham ve ark. 2005b; Şirin ve Kavlak 2008a; Beji 2015a).

2.3.3.2. Epidural Anestezi

Spinal sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foramanlara uzanırken epidural veya peridural boşluğa yerleştirilen ince bir katater yoluyla verilen lokal anestezi maddesinin verilmesi yöntemidir (Beji 2015a). Epidural anestezi maternal katekolamin, beta endorfin, ACTH ve kortizol düzeyini azaltır. Fetüs ve yeni doğandaki katekolamin düzeylerini değiştirir. Böylece yeni doğanın ekstrauterin çevreye uyumu olumsuz yönde etkilenmez. Epidural anestezi kardiyak output ve kan basıncındaki artışı ortadan kaldırdığı için risk grubundaki bu gebeler için yararlı olmaktadır. Epidural anestezi opioid ve diğer sistemik ilaçlarla sağlanan analjeziye oranla maternal ve fetal asidozu azaltır. Aynı zamanda Epidural analjezi, uterusun hipoperfüzyonunu azaltır, uterus kan akımındaki düzensizlikleri ortadan kaldırır. Epidural anestezi doğum sırasında uzatılabilir ve sezaryen için modifiye edilebilir. Narkotik ve solunum anesteziplerinin aksine gebede tam bir analjezi sağlar. Düşük doz lokal anestezi kullanıldığından motor blok oluşmaz. Anne uyanık olduğu için doğum olayına aktif katılabilir ve doğum sonrasında yenidoğan ile erken teması sağlayabilir. Epidural anestezi; uzayan ve aşırı derecede ağrılı doğum, prematüre fetüs, preeklampsi riski veya preeklampşik gebelerde, annede kronik solunum yetmezliği, diyabet, kalp, hastalığı veya kronik böbrek hastalığının olması, ağrı eşiği çok düşük annelerde endikedir. Epidural anestezi pıhtılaşma bozukluğu olan hastalara uygulanmaz. Başlıca komplikasyonları; hipotansiyon, intratekal enjeksiyon, intra vasküler enjeksiyon, baş ağrısı, bel ağrısıdır (Cunningham ve ark. 2005b; Şirin ve Kavlak 2008a; Beji 2015a).

2.3.3.2.3. Kombine Spinal-Epidural Anestezi

Epidural iğnenin yerleştirilmesinden sonra, içinden daha küçük olan spinal iğne ilerletilir ve subaraknoid alana lokal anestezi madde enjekte edilir. Spinal ve epidural tekniklerin kombinasyonu, doğum eylemi ve sezaryen için hızlı ve etkin analjezi sağlayabilir. Bu kombine teknikte her ne kadar neonatal komplikasyonlar artmasa da, spinal, epidural ve kombine teknikler karşılaştırılırken maternal komplikasyonlarında içeren bir konsensüs bulunmamaktadır (American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia 1999). Nickells ve ark. (2000) yapmış oldukları bir çalışmada, kombine spinal-epidural analjezi verilen 69 kadınla, epidural analjezi verilen 73 kadını doğum analjezisinin başlama hızı açısından karşılaştırmışlardır. Kombine teknikte başlama hızı hafif yüksek bulunmuş (10.0'a karşı 12.1 dakika),

bununla birlikte kombine tekniğin daha fazla yan etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Cunningham ve ark. 2005b).

2.4. Sezaryende Doğum Sonrası Hemşirelik Bakımı

Doğum ister normal ister sezaryen ile gerçekleşsin her iki durumdada anne postpartum sürece girmektedir. Bu erken doğum sonrası süreç annenin ve bebeğin sağlık durumunun korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir dönemdir. DS dönem kadının yaşam döneminde kısa bir periyod içerse bile, bu dönem psikososyal dengelerin bozulduğu, bir dizi kompleks yenilenme sürecinin yaşandığı, kadının ve ailesinin stres, korku, anksiyete yaşayabileceği bir dönemdir (Konakçı ve Kılıç 2002; Aslam ve ark. 2003; Şahin ve ark. 2007). Sezaryen doğumdan sonra annenin bakım ihtiyaçları normal vajinal doğum yapan annelerin ihtiyaçları ile benzerdir. Ancak normal doğuma göre sezaryen doğumda anne ek olarak anestezi almıştır ve abdominal bir insizyonu vardır, bu nedenle bu annelerin daha fazla bakıma ihtiyaçları olabilir. Bu dönemde nitelikli, kaliteli ve bütüncül bir şekilde verilecek ebe/hemşirelik bakımıyla, anne ve yenidoğanın ihtiyaçları karşılanarak ortaya çıkabilecek sorunlar engellenmiş olacaktır (Beji 2015b). Anestezi sonrası iki saat süre ile ve annenin durumu stabil olana kadar her 15 dakikada bir iyileşme durumu, aktivite, solunum, kan basıncı, kalp atım sayısı, bilinç düzeyi ve deri rengi değerlendirilmelidir. Vital bulgular değerlendirilirken uterus, loşia, perine, ve insizyon bölgesinde değerlendirilmelidir. Annenin ayılma ünitesinde nakli anestezinin etkileri geçmeden yapılmamalıdır. Genel anestezi altında sezaryen olan anne ayılma odasından, zaman, yer ve kişi oryantasyonu tam olarak ayrılmalıdır. Anestezinin etkilerinin geçme süresi yaklaşık olarak 1,5-2 saatlik süreyi kapsamaktadır (Şirin ve Kavlak 2008b; Bilgin ve Potur 2010). Sezaryen doğum sonrası geçirilmiş bir cerrahi operasyonun ve anestezinin olumsuz etkileri (bulantı, kusma v.b), insizyon bölgede ağrı, gaz ağrısı, uterusun involusyonuna bağlı ağrı, boğazda ağrı veya ses kısıklığı, baş ağrısı, uyku hali, halsizlik gibi sebeplerle annenin konforunu vajinal doğum yapanlara göre daha az olduğu bildirilmektedir (Şahin ve ark. 2007; Bilgin ve Potur 2010). Sezaryen doğum sonrası annenin ağrı kontrolü için 24-72 saat içerisinde doktor istemine göre ihtiyaç halinde analjezikler uygulanmaktadır. Analjeziklerin emzirme, laktasyon ve yenidoğan üzerine negatif etkileri olduğu için öncelikli olarak hemşireler, hemşirelik bakımında annelerin ağrıyla baş etmelerinde nonfarmakolojik ve alternatif yöntemleri tercih etmelidirler. Annenin, derin nefes egzersizleri, masaj, gevşeme teknikleri, dikkati

başka yöne çekme, pozisyon değişikliği, koku ve gürültüyü önleyerek dinlenmesi sağlanarak ağrıyla baş etmesi desteklenmelidir (Çetin, ve ark. 2005; Gözükara ve Eroğlu 2008; Bilgin ve Potur 2010).

Vajinal doğum yapan anneler, sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha az sorun yaşamaktadırlar. Genel anestezi alan anneler hareket etmede, öksürmede ve derin solunum yapmada biraz zorlanmaktadırlar, buyüzden bu annelere hemşirelik bakımında normal doğum yapan annelere göre daha fazla yardım edilmelidir. Yatağın baş kısmının hafifçe yükseltilmesi daha derin soluk almaya yardım edebilir ve insizyon bölgesinin yastıkla desteklenmesi öksürürken olan ağrıyı azaltabilir. Uterus involusyon süreci değerlendirilmeli, fundus yüksekliği, uterus kıvam ve sertlik yönünden kontrol edilmelidir. Loşia renk, koku ve miktar yönünden izlenmeli ve kanama kontrolü yapılmalıdır. Ayrıca erken ambulasyonun sağlanması; barsak hareketlerinin başlaması, konstipasyonu önlemek, dokunun daha çabuk iyileşmesi ve ameliyet sonu komplikasyon gelişme riskini azaltma açısından önemlidir. Bu sebeple ilk 8 saat içerisinde yatak içi egzersizlerin yapılması ve 8 saatin sonunda annenin yürütülmesi gereklidir. Annenin barsak hareketleri başlayıncaya kadar sıvı elektrolit dengesini korumak amacıyla İntra Venöz (IV) sıvılarla desteklenmelidir (Bilgin ve Potur 2010; Ejder 2011).

Foley katater genellikle 12-24 saat ya da intravenöz sıvı tedavisi kesilene kadar devam etmektedir. İdarar katateri olan hastada idrar akış hızı, idrar miktarı ve katater izlenmelidir. Ayrıca folay katater çıkarılmadan önce annenin ambulasyon durumu değerlendirilmelidir. Foley katater çıkarıldıktan sonra spontan idrara çıkışı teşvik edilip kontrolü yapılmalıdır (Şirin ve Kavlak 2008b). Sezaryen ile doğum yapan anneler başta oral gıda olarak hiçbirşey verilmez. Daha sonrada barsak seslerinin geri dönmesi, gaz çıkarma ve alınan besinlerin tolere edilme durumuna göre giderek artan bir şekilde oral besinler verilebilir. Oral beslenme az miktarda sıvı gıdalar ile başlanarak yumuşak gıdalardan normal gıdalara olacak şekilde, yaklaşık iki-üç gün içinde normale dönmelidir. Ayrıca sezaryen ile doğum yapan annelerde hem anesteziye bağlı hemde ağrıyı azaltmak için kullanılan ilaçlar abdominal distansiyona ve konstipasyona sebep olabilir. İnsizyon bölgesindeki ağrıyı azaltmak için kullanılan morfin yada meperidine bazen abdominal distansiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltmak içinde kullanılmaktadır. Ancak bu ilaçlar ve anestezinin etkileri barsak hareketlerini azaltarak bu problemin

şiddetlenmesine neden olabilir. Hemşire, abdomenin durumunu şişlik, hassasiyet ve barsak sesleri yönünden değerlendirmelidir. Abdominal distansiyonu ve konstipasyonu önlemek için anne mobilize edilmeli, bacak egzersizleri ve abdominal kasları sıkma egzersizleri yaptırılmalı, küçük öğünlerle beslenme, diyetle posalı yiyeceklere yer verilmesi sağlanmalıdır (Şirin ve Kavlak 2008b; Beji 2015b). Bu yüzden, verilecek olan hemşirelik bakımında hemşirelerin, kadınların operasyonundan sonra yaklaşık 8 saat gibi bir süre sonrasında bile ayağa kalkmada, insizyon bölgesinde şiddetli ağrı yaşama, mesane kateteri olması, barsakları hareketlendikten bir süre sonra oral alımı başlaması, kendi ve yenidoğanın öz bakımını karşılamakta zorlanan ve emzirme problemleri yaşayabilecekleri konusu unutulmamalı ve daha dikkatli davranmalıdırlar (Gözükara ve Eroğlu 2008; Bilgin ve Potur 2010). Erken DS dönem annenin ve ailenin hemşirelik bakımı olarak en çok desteğe ihtiyaç duyduğu bir dönem olup, bu dönemde annenin dinlenmeye, desteğe, nitelikli, titiz ve kapsamlı bakıma, cesarete, annelik rolüne uyuma yönelik yardıma ihtiyaçları vardır (Şahin ve ark. 2007; Beji 2015b). Annenin, doğum öncesinde eğitim ve bilgi almış olması, erken doğum sonu dönemi sağlıklı, mutlu, huzurlu ve rahatlamış olarak geçirebilmesine katkı sağlayarak bu döneme uyumu kolaylaştırmaktadır (Çetin ve ark. 2005; Kılıç ve ark. 2007).

Hem DS dönemin hemde geçirilmiş bir operasyonun vermiş olduğu sıkıntıları birlikte yaşayan annelerin yenidoğanının bakımıyla ilgili fazlaca problem yaşayabileceği ve anne- bebek etkileşiminin başlamasında gecikme olabileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden hemşireler anne kendine gelir gelmez bebeğini görmesi sağlanarak ilk yarım saat içinde emzirmeleri desteklenmelidir. Genel anestezi altında sezaryen geçiren anneler genellikle sezaryen den birkaç saat sonra emzirmeye başlayabilirler. İlk emzirme anne sırt üstü yatarken, sonraki emzirmelerde ise anne yan yatış veya yarı oturur pozisyonda emzirmektedirler (Çetin ve ark. 2005; Beydağ 2007; Bilgin ve Potur 2010). DS döneme anne ve yenidoğanın uyumunu sağlamada anahtar kişiler ebe ve hemşirelerdir. Bu dönemde anne –bebek etkileşiminin hemen başlatılması, laktasyonun erken başlamasına ve devam etmesine, iyileşme sürecinin hızlanmasına, komplikasyonların erken zamanda saptanıp, önlenmesi bakımından anne ve bebeğe verilecek bakım doğum sonu konfor açısından çok önemlidir (Çetin ve ark. 2005; Beydağ 2007).

Ebe ve hemşirelerin, erken doğum sonu dönemin özelliklerini bilmeli ve değerlendirebilmelidir. Normalden sapma olduğunda ilgili ve acil müdahalelerde bulunabilmeli, anne ve/veya bebeğin gereksinimleri dorultusunda aileyi bilgilendirerek destek olabilmelidir. Çünkü annelerin ilerleyen zamanlardaki sağlık düzeyi ve yaşam kalitesi aldığı bakımın niteliği, kalitesi ile yakından ilişkilidir (Beydağ 2007;Gözükara ve Eroğlu 2008). Erken doğum sonu dönemde eksik verilen yada önemsenmeyen bakım nedeniyle, DS komplikasyonlarından olan, başta anne ölümleri olmak üzere, kadının gelecekteki yaşamını etkileyebilecek bazı jinekolojik problemlerin gelişmesine ön ayak olabilir (Geçkil ve ark. 2008; Pınar ve ark. 2009).

Bu dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemek için anne ve yeni doğan yakından takip edilmeli ve anneye taburculuk eğitimi verilmelidir. Annenin loşia takibi, dikiş yeri (insizyon) bölgesi bakımı, banyo, anne sütü, bebek bakımı, aile planlaması, doğum sonu anne, bebekte tehlikeli durumlar ve doğum sonu egzersiz konularında bilgi verilerek taburcuğa hazırlanmalıdır (Çetin ve ark. 2005; Şahin ve ark. 2007; Taşkın 2016).

2.5. Sezaryen Doğum Sonrası Erken Dönemde Emzirmeyi ve Süt Salgılanmasını Olumsuz Etkileyen Yaygın Sebepler

Yapılan çalışmalarda sezaryen doğum sonrası erken dönemde sıklıkla gelişebilecek sorunlar arasında, kendi ve bebeğinin özbakımını yerine getirmede zorlanma, yorgunluk, uykusuzluk, içe çökük meme ucu ve meme başı çatlakları, mastit, konstipasyon, gaz şikayeti ve entübasyona bağlı boğazda tahriş olduğu bildirilmiştir. Psiko-sosyal sorunlar arasında ise, bebeğini geç görmeye bağlı endişe ve evde rollerini sürdürememe endişesi, normal doğum yapamadığı için üzüntü/suçluluk duyma, daha az oranda ise bebeğine bağlanmada yetersizlik ve beden imajında bozulma olarak bildirilmiştir (Güngör ve ark. 2004; Pınar ve ark. 2009; Duran ve Atan 2011).

Sezaryenle doğum, annenin emzirmesine engel olmamakla birlikte; annenin anestezinin etkisinde kalması, ameliyat yerinin ağrısı, bebeğini kucağında tutmada zorlanması, emzirmeyi az çok etkilemektedir. Doğumu genel anestezi altında gerçekleştiren kadınların, kendine gelme ve anestezinin etkisinden çıkma sürecinin belirli bir zaman almasından dolayı emzirmenin gecikmesi ve yenidoğanın hipoglisemiye girmesini önlemeye yönelik olarak anne sütü dışında ek gıda verilmesinin, daha sonraki

dönemde bebeklerin ek gıda ile beslenmesine yönelik eğilimi arttırdığı vurgulanmıştır (Matias ve ark. 2010).

Uluslar arası rehberlerde doğum sonrası ilk bir saat anne ve bebeğin bir arada olması emzirmenin başlaması ve sürdürülmesi önemli katkı sağladığı bildirilmektedir (Horta ve ark. 2007; WHO/UNICEF 2009; Breastfeeding Report Card 2016;). Daha önceki yapılan çalışmalarda, doğum sonrası ilk yarım saat içinde bebeklerini emziren annelerin laktasyon sürecinin çok daha iyi olduğu ve emzirme sürelerinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Ten tene temasın Cochrane sistematik derlemesinde bahsedilen yararlarının; erken doğum sonu süreçte bebeğin çıplak olarak anne göğsüne yatırılıp (ten tene temas) emzirmenin başlatılarak laktasyonun sağlanmasında da sürdürülmesinde ve anne bebek arasındaki bağın oluşmasında, annelik sevgisi ve bağlanma davranışlarında, yenidoğan ısı, yenidoğanın daha az ağlaması ve preterm bebeklerde ekstrauterin yaşama erken adapte olma gibi konular üzerinde olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Ten tene temas yerine radyant ısıtıcı kullanımının kanıt dayalı bir gerekçesi bulunmamıştır (Moore ve ark. 2007; Mercer ve ark. 2007; Moore ve ark. 2012). Rowe-Murray ve Fisher (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, sezaryen ile doğan bebeklerin özellikle ilk 24 saat içinde, anne ile tam olarak ten tene temasının sağlanamaması emzirme üzerinde ters etkileri olabileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca sezaryenle doğum yapan primipar gebelerin, anne sütünün olmaması veya yetersiz olması sebebiyle ilk iki gün boyunca yenidoğanın beslenmesi için mama veya sıvılara başladıkları bildirilmiştir. Sezaryen sonrası primipar annenin emzirme eğitim/pratiğinin olmaması yenidoğanın anne sütünü yeterince alamamasına ve emzirme güçlüklerine sebep olduğu da bildirilmiştir (Matias ve ark. 2011). Brown ve Jordan (2013)'nın yaptıkları bir çalışmada da sezaryen doğum yapan anneler ile normal doğum yapan annelerin emzirmeye başlama ve sürdürme ile ilgi farklılıkların bulunduğunu belirterek, sezaryen doğum yapan annelerin emzirmeyi daha fazla oranda bıraktıklarını tespit etmişlerdir. Prior ve ark. (2012)'ı tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasında da planlı sezaryen de daha az emzirmeye başlama ve sürdürme bulunurken acil sezaryende fark bulunmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada da planlı sezaryen olan kadınların emzirmeye başlayamama ve sürdürememe durumlarının sırasıyla %7,4 ve % 4,3, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde bu oranın % 2,7 ve % 2,5 ve vajinal doğum yapan annelerde ise %3,4 ve %1,8 olduğu bulunmuştur (Hobbs ve ark. 2016). Ayrıca yapılan diğer bir çok çalışmada da acil ve planlı sezaryende de emzirmeye yönelik farklılıkların

bulunduğu bildirilmiştir (Riordan ve Wambach 2010; Watt ve ark. 2012; Ahluwalia ve ark. 2012). Yapılan bu çalışmalardan da görüldüğü üzere doğumu sezaryen olarak planlanan kadınların emzirme başarılarının daha düşük olduğunu görmemize rağmen, yapılan başka bir çalışma da ise postpartum sonrası 6 haftalık sürede sezaryen ve normal doğum yapan annelerin emzirmeye başlama ve sürdürme davranışlarına yönelik herhangi anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Watt ve ark. 2012).

Süt salgılanmasını (laktogenezis) olumsuz etkileyen durumların başında, primipar gebe (Hilson ve ark. 2004; Scott ve ark. 2007), sezaryen ile doğum (Dewey ve ark. 2003; Scott ve ark. 2007), stresli gebelik ve doğum süreci (Grajeda ve Perez-Escamilla 2002), doğum eyleminde ikinci evrenin uzun sürmesi, annede obesite, annenin meme ucunun düz veya içe çökük olması ve annede diyabet hastalığının bulunması ilk sıralarda gelmektedir (Hartmann ve Cregan 2001; Dewey ve ark. 2003). Yapılan çalışmalarda primipar gebelerin sezaryen ile doğumundan sonra, yeni doğanlarını daha az emzirdiği ve emzirmeye daha geç başladığı bildirilmiştir (Rowe-Murray ve Fisher, 2002; Watt ve ark. 2012). Geç emzirme sebepleri olarak; maternal enfeksiyonlar, uterin atoni, yenidoğan da solunum ve hipoglisemi gibi sorunlar olup tüm bu sorunların yenidoğanın emme başarısını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Wax 2006; Karlström ve ark. 2013). Sezaryen doğum ile birlikte, yenidoğanın emme yeteneğinin az olması, arama ve kavrama refleksinde yavaşlık, yetersiz süt miktarı gibi sebepler emzirmenin kısa sürmesine sebep olan bir diğer başka faktörlerdir (Rowe-Murray ve Fisher 2002; Watt ve ark. 2012; Zanardo ve ark. 2012).

Yeni doğanlarda yapılan birkaç araştırmada da, anneye doğum sırasında kullanılan medikal ağrı kesicilerin süt salgılanmasını ve emzirmeyi negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (Riordan ve ark. 2000; Ransjo-Advirson ve ark. 2001). Ayrıca yapılan çalışmalarda apgar skorunun <8 ve daha düşük olması, uzun doğum eylemi, annenin beden kitle indeksinin maternal BMI >27 kg/m² olması ve sezaryen ile doğum, süt salgılanmasını olumsuz yönde etkileyerek annelerin yenidoğanlarında aşırı kilo kaybına sebep (>%10) olduğu tespit edilmiştir (Manganaro ve ark. 2001; Matias ve ark. 2010). Sezaryen ile doğum yapan anneler için emzirme eylemi belli avantajlar taşır; emzirme bilindiği gibi oksitosin salınımını uyarır ve postoperatif dönemde uterus'un iyileşme sürecine yardımcı olur. Emzirmenin diğer başka yararlı yönü de psikolojik olarak memnuniyeti arttırmasıdır, bu durum özellikle normal vajinal doğum yapamayan

ve psikolojik olarak etkilenen anneler üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Kroeger ve Smith 2004).

2.6. Konfor Kuramı

Kuramlar, değişkenler ve kavramalar arasındaki ilişkiyi açıklayarak ve olayları tanımlayıp nasıl oluştuğunu anlamamıza ve bilginin uygulamada kullanılmasına yardımcı olarak bireylerin sorunlarının çözümünde kullanılan hemşirelik bakımına ve uygulamalarına rehberlik yaparak ve bakım alıcıların sorunlarını daha sistematik bir biçimde görebilmemizi ve kolay planlama yapabilmemizi sağlarlar (Ay 2007; Aştı ve Karadağ 2012; Kaya ve ark. 2010). Kuram, model, felsefe ve bakım uygulamaları içeren hemşirelik uygulamaları uzun yıllardır kavram ve kuram çalışmalarını desteklemektedir (Birol 2007; Aştı ve Karadağ 2012; Kaya ve ark. 2010). Katharine Kolcaba, 1965 yılında Cleveland’da St. Luke’s Hospital School of Nursing’den hemşire diplomasını alarak farklı kliniklerde çalışmıştır. Kolcaba, öncelikle “konfor” kavramı üzerine çalışmış, sonrada hastaların konforlarının sağlanmasına yönelik uzun yıllar çalışmalar yapmıştır. Çalışmaları sonucunda 1988 yılında “konfor” kavramını üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Kolcaba 1991; Kolcaba 1992; Kolcaba 2003; Karabacak ve Acaroğlu, 2011). Kolcaba, hastada beklenen konfor sonucunu ölçmek için, kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra, 48 maddeden oluşan, 4’lü likert tipte General Comfort Quaternary (GCQ) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır (Kolcaba 1992). Ardından 1994 yılında konfor kuramını ve alt kavramlarını geliştirerek 2003 yılında da “Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research” “(Konfor kuramı ve uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma İçin Bir Görüş)” isimli kitabı yayınlanmıştır (Kolcaba 2003; Wilson ve Kolcaba 2004; Kolcaba ve Dimarco 2005; Karabacak ve Acaroğlu 2011).

2.6.1. Konfor Kavramı Gelişimi

Kolcaba konfor’u “*bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kopleks yapıya sahip beklenen bir sonuç*” olarak tanımlamaktadır (Kolcaba 1995; Kolcaba 2003). Kolcaba, yaptığı çalışmalar sonucunda, hastanın konforunun ve bakımının; pozitif, holistik, çok boyutlu, kuramsal bir konu olduğunu savunarak konfor kavramını bütüncül bir yaklaşımla temel insan gereksinimlerini

karşılması gerektiğini vurgulamıştır ve bu yaklaşımla konfor kavramını iki aşamalı olarak incelemiştir. Birinci aşamada, karşılanan ve karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre konforun düzeyleri “ferahlama”, “rahatlama” ve bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesini ifade eden “üstünlük” olmak üzere üç düzeyde belirtmiştir (Kolcaba 1991; Kolcaba 1995; Kolcaba 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011).

Ferahlama; Bireyin ihtiyaçlarının karşılanmaya başlanması ile içinde bulunduğu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiğidir. Herhangi bir ihtiyacının karşılanması sonucu yaşanır. Örneğin cerrahi sonrası hastanın ağrısının giderilmesi sonucu bireyin yaşamış olduğu durum ferahlama, gevşemedir (Kolcaba 2003; Erdemir ve Çırlak 2013).

Rahatlama; Kolcaba’ya göre rahatlama kelimesi comfort etimolojik olarak Latince’de “güçlendirmek, kuvvetlendirme” anlamında olan “confortare” kelimesinden gelmektedir. Buna göre, güçlendirme, cesaret verme, teşviklendirme, sorundan kurtulma, memnuniyet, hoşnutluk, sakinlik, gönül rahatlığı, huzur durumudur (Erdemir ve Çırlak 2013).

Üstünlük; bireyin kendi gücünü arttırması ile sorunların üstesinden gelebilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu da ancak konfor ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması ile mümkün olabilmektedir (Erdemir ve Çırlak 2013; Zengin 2010).

Tablo 2-1: Konfor kavramının taksonomik yapısı

KONFOR BOYUTLARI	DÜZEYLERİ		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Sosyokültürel			
Psikosprituel			
Çevresel			

Kuramda ikinci aşamada ise holistik yaklaşımdan yararlanarak temellendirdiği konfor boyutlarını oluşturmuştur. Bu boyutlar; “fiziksel”, “psikospiritüel”, “sosyokültürel”, “çevresel” olmak üzere dört boyutta ele almıştır (Kolcaba 1991).

1. Fiziksel Konfor; bedensel algıyla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen bedensel algılar (uyku, gevşeme, dinlenme, beslenme, hastalığa karşı yanıtlar, hidrasyon) homeostatik mekanizma, bağışıklık durumu, barsak fonksiyonlarının sürdürülmesi gibi faktörlerdir. Kolcaba bu fizyolojik süreç’in herhangi bir aşamasında

oluşan olumsuz durumların konforu etkileyebileceğini bildirmiştir (Wilson ve Kolcaba 2004; Kolcaba ve Dimarco 2005; Karabacak ve Acaroğlu 2011).

2. Sosyokültürel Konfor; Bu boyutun tanımında ailenin, sosyal kurum ve çevrenin kişilerarası ilişkileri ağırlık kazanır. Kişilerarası ilişkileri gelenek ve görenekler, dinsel ve yasa ile ilgili özel durumlar bu kapsamda yer almaktadır. Kolcaba (2003)'ya göre hemşireler, ailenin kültürel geleneklerinin önemseyerek ve dini inançlarına duyarlı ve saygılı davranarak, finansal destek sistemlerinden yararlanmalarını sağlayarak, bilgi ve danışmanlık vererek, taburculuğunu planlayıp sosyal konforu destekleyerek bakım vermelidirler. Sosyokültürel konforu azaltan sebepler, aileden ve sevdiklerinden ayrı kalma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, özensiz ve kalitesiz bakım, sağlık güvencesinin olmaması gibi faktörler olarak belirtmiştir (Kolcaba 2003; Karabacak ve Acaroğlu 2011).

3. Psikospiritüel Konfor; Mental (akılsal), emosyonel (duygusal) ve spiritüel (manevi) durumunu (öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik, yaşamın anlamı, kendisinin fakında olması) ifade etmektedir. Psikospiritüel rahatlık; dokunmak, masaj yapmak, ziyareti kolaylaştırmak ve özel ziyaretçilere izin vermek, kendini rahatlatan stratejileri kullanmasına cesaretlendirmek, ruhu rahatlatan ve huzur veren girişimlerdir (Kolcaba 2003; Kolcaba ve Dimarco 2005).

4. Çevresel Konfor; Hemşirelik kuramının en önemli iki kavramı çevre ve insandır. Çevresel konfor; dış etkenler, durumlar ve bunlar üzerindeki etkilerini kapsar. Bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını geliştirmede çevresel konfor anahtar bir role sahiptir. Bu kapsamda bireyin çevresindeki ışık, ses, ısı, koku, sıcaklık, mobilya, fiziksel mekân, manzara vb. gibi dışsal etkenler konforu etkilemektedir. Çevresel konforu azaltan faktörler, soğuk ortam, yüksek ses, kaos, kargaşa, parlak ışık, kötü kokular, rahat olmayan yatak veya sedyeler ve hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesidir (Kolcaba 2003; Erdemir ve Çırlak 2013).

2.7. Sezaryen Doğum Sonrası Konforun Önemi ve Hemşirelik Bakımı

Tıpkı gebelik gibi DS dönemde kadınların yaşadığı özel dönemlerden bir tanesidir. Bu dönemde, annelerin hemşirelik bakım ihtiyacının arttığı ve ayrıca annenin hem bedensel hemde psikolojik yönden etkilendiği bir dönemdir. DS dönem; bir dizi retrogressive (gerileyici) ve progressive (ilerleyici) sürecin yaşandığı, psikososyal dengelerin bozulduğu, bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı bir

kriz dönemidir (Pınar ve ark. 2009; Taşkın 2016). Dolayısı ile anne ve ailesi için hastanede kaldıkları süre çok yoğun ve sıkıntılı geçebilir. Bu yüzden anne ve aileye hastanede geçirdikleri bu kısa zaman süreci içinde kaliteli, kapsamlı ve konforlu bir sağlık hizmeti sunmaya özen göstererek, ailelerin yaşadıkları fiziksel, psikososyal ve kişisel stresörlerle etkili bir şekilde baş etmelerine yardımcı olarak doğum sonu döneme uyumları desteklenmelidir.

DS dönemde önemli hemşirelik bakımlarından biriside, anne-bebek arasındaki bağı kuvvetlendirerek emzirmeyi desteklemek ve annenin konfor düzeyini yükseltmektir. Annenin doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmada, laktasyonun erken başlaması ve sürdürülmesinde, anne bebek etkileşiminin sağlanmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında, anneye ve yenidoğana ait bakım sorunlarının ortaya çıkmasının önlenmesinde ve doğum sonu konforda anne ve bebeğe verilecek bakım çok önemlidir. Ayrıca hemşirenin doğum sonu döneme ait özellikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişim ve müdahalelerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetini vermesi gereklidir. Çünkü kadının ileriki yaşamındaki sağlık düzeyi özellikle doğum ve doğum sonu dönemde aldığı bakımın niteliği, kalitesi ile yakından ilişkilidir (Karakaplan 2007; Pınar ve ark. 2009).

Kolcaba, konfor kuramında, hemşirelik bakımında hastanın bütüncül olarak ele alınması perianestezide ortaya çıkan ve olumsuz fizyolojik sonuçlara neden olabilen anksiyetenin azaltılabileceğine dikkat çekmiştir (Kolcaba ve Wilson 2002). Çalışmalarda hemşirelik bakımında Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı rehber alınarak, stresli sağlık bakım uygulamalarında bireylerin konfor ihtiyaçlarının belirlenerek ve ihtiyaçları doğrultusunda konforu arttıran ebe/hemşirelik girişimleri uygulanarak endişe ve anksiyetelerinin giderilmesi yada azaltılması ve mümkün olan en yüksek düzeyde konforlarının sağlanarak bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesinin gerektiği bildirilmiştir (Karakaplan ve Yıldız 2010; Çapık ve ark. 2014; Derya ve Pasinlioğlu 2015).

Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen "Genel Konfor Ölçeği" Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından 2008 yılında Türk toplumuna uyarlanmıştır (Kuşuoğlu ve Karabacak 2008). Daha sonra Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından, genel ve rejyonel anestezi ile gerçekleştirilen sezaryen doğumlar ile normal spontan vajinal

doğumların, doğum sonrası annelerin konforuna ve yeni doğan üzerine etkilerini belirlemek amacıyla üç grup halinde toplam 150 anneyi inceleyerek, “Genel konfor ölçeği”ni, “Doğum Sonu Konfor Ölçeği” ne uyarlamıştır. Araştırmacılar, doğum şekillerine göre ağrı yaşama, ayağa kalkmada sorun yaşama, öz bakım ve perine hijyeni, emzirme ve bebek bakımı konularında yardım ihtiyacı hissettiklerini saptayıp bu konuların annelerin doğum sonu konforunu etkilediğini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, annelerin doğum şekillerine göre doğum sonu aldıkları bakımın konforlarını etkilediğini tespit ederek sezaryenle doğum yapan annelerin vajinal doğum yapan annelere göre konfor puanlarının oldukça düşük olduğunu bildirmişlerdir (Karakaplan ve Yıldız 2010). Literatürde erken doğum sonu dönemde kaliteli hemşirelik bakımı kapsamında, annelerin ağrısının ve kanamasının kontrol altına alınması, özbakım gereksinimlerinin karşılanması, mobilizasyonun sağlanması, bebeğininin bakımı konusunda desteklenirse anne kendi ve bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamada daha etkin olduğu belirtilmiştir. Sonderece önemli olan bu doğum sonrası ilk saatlerin annenin rahat, ağrısız ve mutlu geçirebilmesi için annenin ve ailenin önceden bilgilendirilmiş olması gereklidir ve önemlidir. Sezaryen den sonra anneler; ortalama sekiz saat gibi bir süre ayağa kalkamayan, barsak hareketleri başladıktan bir süre sonra oral beslenebilen, şiddetli ağrılar yaşayan, mesane kateteri olan annenin doğum sonu dönemin ilk günlerini sıkıntılı geçireceği, kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğanın bakımını karşılamada zorlanabileceği, emzirme problemleri yaşabileceği, ağrı, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri olan bulantı, kusma, boğaz ağrısı gibi rahatsızlıklar yaşayabileceği için annelerin konforunda normal doğum yapan annelere oranla belirgin azalmanın olabileceği unutulmamalıdır (Karakaplan 2007; Pınar ve ark. 2009). Derya ve Pasinlioğlu (2015)’nin yapmış olduğu çalışmada sezaryen yöntemiyle doğum yapan annelere, hemşirelik uygulamaları kapsamında ve konfor kuramı doğrultusunda verilen bakımın, bu annelerin konfor ihtiyaçlarının karşılandığı ve DS konfor düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Yine yapılan diğer başka çalışmalarda sezaryenle doğum yapan annelerin konfor düzeylerinin vajinal doğum yapan annelerinkinden oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Sezaryen doğum yapan annelerin, vajinal doğum yapan annelere göre daha fazla ağrı, yorgunluk, kendine gelememe, gaz şikayeti, konstipasyon gibi fiziksel sorunlar yaşadığı ve bu sorunların konforlarının olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir (Çapık ve ark. 2014; Pınar ve ark. 2009).

Bunun yanında annelerin hem doğum sonu dönemin hemde sezaryene bağlı geçirilmiş bir operasyonun vermiş olduğu sıkıntıları birlikte yaşaması, anne-bebek etkileşimini geç başlatarak, yenidoğanın bakımında da sorun yaşayacağı unutulmamalıdır (Derya ve Pasinlioğlu 2015). Sezaryen doğum sonrası dönemde, verilecek kaliteli, kapsamlı ve bütüncül bir hemşirelik bakımı ve eğitimle; anneye kendi ve yeni doğanın öz bakımını geliştirici ve güçlendirici olumlu sağlık davranışları kazandırarak, bakımda memnuniyeti, sorunlarla başa çıkmasını, emzirme başarısının artmasını ve laktasyonun sağlanması ile yeni yaşamına ve rolüne uyumda, sorunsuz, rahat, konforlu, sağlıklı bir DS dönem ve gelecek sağlanabilir.

2.8. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı

TAT insanoğlu var olduğundan bu yana tamamlayıcı terapiler kullanmaktadır günümüzde birçok ülkede, nüfusun büyük çoğunluğu tarafından da halen daha kullanılmaktadır (Turan ve ark. 2010). TAT, modern tıp ve farmakolojik uygulamalar dışında, zihin-beden-ruh işbirlikteliğini anlayarak, bütüncül bir bakımı amaçlayarak, insan sağlığını olumlu yönde etkileyen çeşitli uygulamalardır (Khorshid ve Yapucu 2005). TAT Dünyada son 20 yıldan fazla süredir artan bir fenomendir. Hastaların, kendi sağlığı için daha fazla sorumluluk almak istemesi, semptom yönetiminde sağlık ve tedavi alanında daha holistik bir bakış açısının tercih edilmesi, daha potent ve sentetik yerine daha hoşgörülü ve doğal tedavinin tercih edilmesi, konvensiyonel “Batı Tıbbi”ndan memnuniyetsizlik; bunlar; hoşlanılmayan yan etkiler, etkili olmayan tedaviler, uzun süreli veya ömür boyu ilaç kullanımı TAT kullanımında artışa sebep olmuştur ve toplumların ilgiside giderek artmaktadır (Turan ve ark. 2010). Artan bu ilgi sebebiyle Amerikan Hükümeti Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH-The US Government National Institutes for Health), TAT yöntemlerini uygulama hakkında rehberlik yapmak için “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi’ni (NCCAM-The US National Institutes for Health Center for Complementary and Alternative Medicine)” kurmuştur. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM), TAT’ı beş grup altında incelemektedir (NCCAM, December 2008).

Tablo 2-2: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Sağlık Merkezi'nin (NCCAM) Alternatif Tıp Uygulamalarının Sınıflandırılması

1. Alternatif tıp sistemler (Gleneksel tıp)	Homeopati, Trancutan Electrical Nerve Stimulation (TENS), Çin tıbbi, akupunktur, geleneksel Tibet tıbbi
2. Beden-zihin tıbbi	Yoga, hipnoterapi, biofeedback, meditasyon, derin solunum egzersizleri, dua, müzik, hayal kurma, progresif kas gevşeme egzersizleri
3. Biyoloji temelli terapiler	Aromaterapi, bitkisel tedavi, yüksek doz vitamin ve minareller, özel diyetler, probiyotikler
4. Manipulative ve beden temelli terapiler	Refleksoloji, akupressör, masaj, osteopati, kayropratik, egzersiz, manual terapi
5. Enerji terapileri	Bioenerji, çakra terapisi, reiki, iyileştirici dokunma

Dünyada TAT kullanımına baktığımızda; ABD de son 12 ay içerisinde yetişkinlerde kullanım oranı yaklaşık %38, çocuklarda kullanım ise %12 civarında olduğu bildirilmiştir. ABD de yetişkin bireyler arasında en yaygın kullanılan TAT yöntemlerinin; %12,7 derin nefes teknikleri, %9,4 meditasyon, %8,3 masaj, %6,1 yoga olduğu raporda belirtilmiştir (NCCAM, December 2008; Barnes ve ark. 2008). Diğer ülkelerde TAT kullanım oranları ise, Hırvatistanda %82 (Vitale ve ark. 2015), Güney Korede %74,8, ayrıca Güney Koredeki hemşirelerin %80,8'nin TAT uygulamalarını bilmedikleri belirtilmiştir (Kim ve ark. 2016). Çin'de TAT prevelansının %22,7-%66,7 arasında olduğu rapor edilmiştir (Peltzer ve ark. 2016). Avusturalyada ise TAT kullanım oranının %74,7 civarında olduğu bildirilerek, 2006-2010 yıllarını kapsayan çalışmada kadınlar arasında en çok kullanılan TAT yöntemlerinin; bitkisel tedavi %27, vitamin/minarel %21, aromaterapi %34 olduğu bildirilmiştir (Bowe ve ark. 2015). İsviçrede yapılan bir araştırmada da son bir yıl içinde kadınların %30,5'nin, erkeklerin ise %15,2'sinin TAT kullanmış oldukları belirtilerek, yetişkin nüfus'un %53,5'inin TAT tedavileri için ek bir sağlık sigortaları bulunduğu tespit edilmiştir. İsviçrede kullanılan en popüler TAT yöntemlerinin ise homeopathy, osteopathy, akupunktur ve ayak refleksoloji olduğu bildirilmiştir (Klein ve ark. 2011).

TAT, kanser hastaları arasında dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Kanser hastası olan ve olmayan bireyler üzerinde ve geniş bir örnekleme yapılmış çalışmada, kanser hastalarının yaklaşık %40'ının TAT kullandığı ve iyileşmek için %62'sinin dua ettiği bildirilmiştir. Hastaların TAT uygulamaları arasında en çok %20'sinin bitkisel tedavi, %14'ünün nefes egzersizleri ve %9'unun meditasyon yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada kanser olmayan bireylerin TAT kullanım oranı ise %35

olarak bulunmuştur (Mao ve ark. 2007). Jinekolojik kanser hastası olan kadınlarda yapılmış bir çalışmada kadınların %49,6'sının tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandıklarını tespit ederek, bu tür hastalar arasında refleksoloji, akupunktur ve elektromanyetik terapiler önemli ölçüde daha fazla olarak kullanıldığı bildirilmiştir (Swisher ve ark. 2002). Çalışmalarda, TAT uygulamaları olarak en fazla kullanılan yöntemler; yeşil çay, akupunktur, vitamin ve minareller, masaj, refleksoloji, akupunktur, hayal kurma, dua, hipnoz, gevşeme egzersizleri, yoga, aromaterapi ve reiki'dir (Miles 2007; Tournaire ve Theau-Yonneau 2007; Falkensteiner ve ark. 2011; Liu ve ark. 2013; Hur ve ark. 2014).

Son yıllarda, TAT kullanımı jinekolojik ve obstetrik hastalıklarda görülen semptomlarla baş etme noktasında gittikçe artmaktadır. Günümüzde en sık görülen jinekolojik ve obstetrik sorunlar, Premenstruel Sendrom (PMS), dismenore, Jinekolojik kanserler, Anormal Uterin Knamalar (AUK), vajinal enfeksiyonlar, infertilite, Polikistik Over Sendromu (PKOS), abdominal pelvik ağrılarıdır. Kadınlar genellikle içinde buldukları toplumun kültürel yapıları ile bağdaşan TAT uygulamalarını tercih etmektedirler (Özbek, 2005; Liu ve ark. 2013). Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda üreme çağındaki kadınların yaklaşık %50'nin tamamlayıcı tedavileri yaygın olarak kullandığı, 45-60 yaş grubundaki kadınların ise menopozal yakınmalarla baş etmek için %80'inin reçete olmaksızın alternatif tedavileri kullandıkları ifade edilmiştir (Kang ve ark. 2002; Smith ve ark. 2006). Çalışmalarda TAT hakkındaki bilgileri nereden öğrendikleri sorulan bireylerin, %56,6'sının arkadaşlarından, %29,1'inin ailelerinden ve %28,4'ünün ise medyadan öğrendiklerini belirtmişlerdir (Swisher ve ark. 2002; Molassiotis ve ark. 2006).

Türkiye'de yapılan çalışmalara baktığımızda, çeşitli hastalıklarda ve özellikle kanser hastaları arasında tamamlayıcı tedavi kullanma oranlarının %17-%85 arasında değişmekte olup, bu oran jinekolojik sorunlarda ise %6 civarında olduğu tespit edilirken, jinekolojik kanserli hastalarda TAT kullanım oranı %40'lara çıkmaktadır (Araz ve ark. 2007; Can ve ark. 2009). Bireylerin çoğu TAT yaklaşımlarını immune sistemlerini güçlendirmek, rahatsızlığının ilerlemesini önlemek ve tedavisini desteklemek için kullandıklarını ifade ederken sadece 1/10'nun hekim yada hemşiresine danışarak bu TAT yöntemlerini kullanmaktadırlar (Tas ve ark. 2005; Can ve ark. 2009).

Sağlık personelinin, hastalara yada bireylere TAT tedavilerine yönelik veya TAT yaklaşımlarının almış olduğu tedavi ile etkileşimi konusunda bilgiyi sağlamada ve rehberlik etmede öncelikli görevlerindedir (Deng ve ark. 2009). Ancak ülkemizde yapılan araştırmalarda, sağlık personelinin %96,5'inin TAT yöntemlerine yönelik eğitim almadıkları bildirilmiştir. Bununla birlikte sağlık personelinin %74,4'ünün eğitim almak istedikleri (Ozcakir ve ark. 2007) ve TAT yöntemlerinin %64,7'sinin lisans müfredatında ders olarak okutulması ve %62,3'ünün klinik uygulamalarda kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir (Yıldırım ve ark. 2010).

TAT kullanımının son yıllarda tıbbi, ekonomik ve sosyolojik önemi gittikçe daha çok artmaktadır (Molassiotis ve ark. 2006). Günümüzde, bireylerin tamamlayıcı tedavilere olan ilgisinin giderek artması, bakım ve hizmet amacı toplumun sağlığını koruyup geliştirmek ve gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve özellikle hemşirelerin, TAT uygulamalarında bu alana yönelmesini zorunlu hale getirmiştir (Turan ve ark. 2010). Hemşirelik bakımının birincil hedeflerinden olan, sağlığı yükseltme ve koruma noktasında, eğitimde önemli bir role sahiptir ve TAT yöntemlerinin sağlık bakımı uygulamalarında kullanılmasında da en uygun gruptur (Khorshid ve Yapucu 2005; Crider 2009). TAT uygulamaları ile hemşirelik bakım uygulamaları arasında da yakın bir ilişki vardır ve temel felsefesi aynıdır. Hemşirelik hastalara fiziksel, biyo-psiko-sosyal ve spiritüel gereksinimlerine uygun bütüncül bir bakım verir. Bu yüzden, her iki alan birbirine benzer yönleri ile bireye holistik ve bütüncül açıdan yaklaşımlar sunar, tedavi süresince destekleyici rolde kalır, sağlığın yükseltilmesine ve hastanın aktif rol almasına odaklanırlar (Erci 2007; Köksoy 2008).

TAT uygulamalarından olan, refleksoloji, masaj, gevşeme teknikleri, aromaterapi, yoga, reiki gibi tekniklerin amacı anksiyete, stres, ağrı ve rahatsızlığı hafifletmek veya ortadan kaldırmaktır ve bu uygulamalar hemşirelik bakım uygulamaları ile geniş ölçüde uyumaktadır (Tournaire ve Theau-Yonneau 2007; Falkensteiner ve ark. 2011; Ovayolu ve Ovayolu 2013; Amanak ve ark. 2013; Hur ve ark. 2014).

Hemşirelerin, kadın sağlığında, özellikle doğum ağrısı, sezaryan ve normal doğum sonrası bakımlarında TAT uygulamalarına yer vermeleri gebe-anne memnuniyetini, bakımın kalitesini ve işbirliğini arttıracaktır. Özellikle yataklı tedavi

kurumlarında çalışan hemşirelerin Tamalayıcı tedaviler hakkında bilgisinin olması, hastaya ve ailesine bu yöntemlerin kullanımı konusunda bilgi ve danışmanlık yapması, postoperative dönemde hastasına ilgili TAT uygulamalarını yaparak etkilerini gözlemleyerek bilimsel olarak sorunu çözüme ulaştırması profesyonel hemşireliğin bağımsız rollerindedir (Özdemir 2011; Crompton 2012; Werner ve ark. 2013).

Bu yüzden, hemşirelerin bağımsız hemşirelik roller kapsamında, TAT uygulamalarının, hemşirelik bakım uygulamaları içerisinde olması gerektiği düşünülmektedir (Turan ve ark. 2010). Hemşirelerin bu yöntemleri uygulayabilmesi konusunda yetki ve sorumluluk alabilmeleri için gerekli durumlarda sertifikalar alarak, hizmet vereceği grubun kültürel özelliklerindeki bilerek, TAT uygulamalarına yönelik özellikle kanıt dayalı olarak araştırmalar yaparak ve yöntemlerin etkilerini yarar ve yan etkileri saptayarak, halkı bu konuda bilgilendirmelidirler (Muslu ve Öztürk 2008).

2.9. Tamamlayıcı Tıp Kapsamında Refleksoloji

2.9.1. Refleksolojinin Tanımı ve Kapsamı

Refleksoloji, tüm iç organların, salgı bezlerin ve tüm vücut bölümlerinin uzuvlara karşılık gelen ellerde, ayaklarda ve kulaklarda sonlanan sinir uçlarına, parmaklarla özel bir basınç uygulanarak uyarılmasını içeren non-invazive, holistik ve güvenilir bir tamamlayıcı tedavidir (Gala ve Gala 2004; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009).

Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü, refleksolojiyi “*tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik*” olarak tanımlamıştır (Wang ve ark. 2008; Wilhelm 2009). Refleksoloji kelimesinin içinde bulunan “*refleks*” terimi, yansıma anlamına gelmektedir, eller ve ayaklar insan bedeninin birer haritasını taşımaktadır (Gala ve Gala 2004). Refleksologlar, daha duyarlı, kolay ulaşılabilir ve hacim olarak daha büyük olduğu için ayaklar üzerinde çalışmayı tercih etmektedirler. Ayrıca bu bölgeler, refleksoloji de “*ayaklar bedenin aynasıdır*” sözüyle de anılmaktadır. Çünkü refleks noktalarının, vücudun tüm bölgelerinin, organların ve sistemlerin sinir uçlarının ayaklarda sonlanmaktadır (Gala ve Gala 2004; Tiran ve Chummun 2005; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009). Refleksoloji, bedenin kendi kendini tedavi etme mekanizmasını harekete geçirerek, bütüncül olarak bireyin beden, zihin ve ruhu bir araya getiren iyileştirici, tamamlayıcı terapi ve enerji

akışını dengeleme sistemidir (Gala ve Gala 2004; Tiran ve Chummun 2004; Kunz 2007). Daha geniş anlamıyla refleksoloji, sinir uçlarına uygulanan özel ovma hareketleriyle elektrokimyasal mesajlar çıkararak, nöronların yardımıyla vücutta bazı bölgelerde tıkanmış enerjiyi harekete geçirerek, bedenin kendisini iyileştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Refleksoloji terapisinde altta yatan varsayım, bilinen bu reflex noktalarının uyarılarak, vücudun kan akışının hızlanması, lenfatik akımının artması, denge, adaptasyon, kuvvet ve homeostazis'in sağlanması, endorfin salınımındaki artışa bağlı olarak ağrı ve gerginliğin azaltılmasına yardımcı olarak, hastayı rahatlatması ve parasempatik sinir sisteminin rahatlatıcı etki oluşturması, fizyolojik parametreler üzerinde olumlu etki yaptığı şeklindedir (Gala ve Gala 2004; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016). Refleksolojide bilinen diğer bir teori ise, beden içinde kanalların olmasıdır. Bu teoriye göre, yaşam enerjisinin akışında, herhangi bir tıkanıklık olması bütün vücudu, organları ve sistemleri etkileyerek hastalığa sebep olmaktadır (Sadeghi Shermeh ve ark. 2009). Vücuttaki bu enerji üzüntü, stres, hastalık, travma gibi sebeplerden tıkanabilmektedir. Bu tıkanıklar sinir uçlarında üre, ürik asit, kalsiyum gibi kristalize maddelerin birikmesine sebep olarak sinirsel uyarımı ve kılcak kan dolaşımını tıkayabilirler. Bu tıkanıkların sonucu olarak bazı organlara gereğinden fazla bazılarına ise gereğinden az sinir uyarımı, kan ve enerji akımı olur (Gala ve Gala 2004; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009). Bu dengesizlik ise yavaş yavaş organların görevlerini yapamamalarına neden olur. Bir refleksoloji uzmanı, uygulama yaparken bu tıkanıklar parmaklarının ucuna bir pirinç tanesi gibi gelir ve bu noktalara uyguladığı basınç ile tıkanıkları açarak ilgili organa kan akışını arttırabilir ve sinirsel uyarıma yardımcı olarak serbest enerji akımını sağlar ve böylece organlara dengeli dağılan enerji vücudu canlandırarak bağışıklık sistemini güçlendirir (Gala ve Gala 2004; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; McCullough 2014; Çamlı ve ark. 2016). Refleksoloji, bu tıkanıkları açarak morfinden en az beş kat daha fazla analjezik etkisi olan endorfin salınımını uyararak ağrı ve stresi azaltır ve vücudun gevşemesine yardımcı olur (Wang ve ark. 2008; Sadeghi Shermeh ve ark. 2009; Çamlı ve ark. 2016). Refleksoloji güvenli, yan etkisi olmayan, non-invaziv, rahat bir pozisyonda uygulanan tamamlayıcı bir terapidir. Refleksolojinin amacı, fiziksel, duygusal ve ruhsal düzeylerde iyileşmeyi sağlayarak, iyilik halini sürdürmek ve yükseltmektir. Bu amaçlar hemşirelik bakımıyla yakından ilişkilidir ve bu yüzden bu tamamlayıcı terapi artık hemşirelik bakımı içinde hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır (Gözüyeşil 2014; Öztürk 2015).

2.9.2. Refleksolojinin Etki Mekanizması ve Geliştirilen Teoriler

Refleksolojinin yararı geçmişte, terapötik dokunma ile ilişkisi olduğu düşünülerek tedavinin plasebo etkisinden kaynaklandığı düşünülmüş, ancak günümüzde bu etkinin vücut içindeki çeşitli fizyolojik değişikliklerle ilgili olabileceği bildirilmektedir (Samuel 2011). Eski teorilerden biri olan hemodinamik teoriye göre, refleksoloji uygulaması, organa ya da bedenin kısımlarına olan kan akışını arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, renkli doppler kullanılarak, refleksolojinin böbreklere kan akımını arttırmada önemli bir etkisi olduğu belirtilmiş ve bu sonuçların bu teoriyi desteklediği bildirilmiştir (McCullough 2014). Refleksolojinin etki mekanizması henüz tam olarak açıklanamamakla birlikte bazı teoriler üzerinde durulmaktadır. Bu teoriler; enerji teorisi, laktik asit teorisi, sinir reseptörlerini algılama teorisi, sinir uyarı teorisi ve kapı kontrol teorisi, sempatik ve parasempatik kuramıdır.

1. Enerji Teorisi: Refleksolojide ilgili noktaya basınç uygulandığı zaman, elektromanyetik iletilerle sinirler aktive olur, sinir sisteminin uyarılması ile bu uyarı periferik sinir sistemi tarafından algılanarak bir mesaj oluşturur. Bu mesaj afferent nöronlarla gangliona ulaşır ve merkezi sinir sistemine iletilir. Gangliyondan geçen mesaj efferent nöronlarla spesifik organlara, bezlere iletilir ve mesaja cevap oluşur. Böylece refleksoloji uygulaması ile ilgili organlar ve bezler uyarılarak, tüm vücutta serbest enerji akışı sağlanır ve tıkanmış kanallardaki enerjinin tekrar dolaşmasına yardımcı olur (Tiran ve Chummun 2005; Wang ve ark. 2008; Sadeghi Shermeh ve ark. 2009; Çamlı ve ark. 2016).

2. Laktik Asit Teorisi: Laktik asitin mikrokristaller şeklinde ayaklarda depolandığı ve refleksoloji uygulaması ile bu kristallerin eritilerek (tıkanıklığın açılarak) enerjinin ve kan dolaşımının serbest akımına izin verdiğine dayanan bir teoridir. Refleksoloji uygulaması ile vücut toksinlerden kurtulmaktadır (Gala ve Gala 2004; Tiran ve Chummun 2005; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016).

3. Sinir Reseptörlerini Algılama Teorisi: Refleksoloji uygulaması ile sinir uçları uyarılır ve ortaya elektrokimyasal mesajlar çıkar, bu mesajlar nöronların yardımıyla ilgili organları uyararak, fiziksel rahatsızlıklar olan gergilik, stres, anksiyetenin azaltılmasını sağlayarak gevşeme ve rahatlama sağladığı savunulur. Bu gevşeme ve rahatlama otonom yanıtı etkileyerek, endokrin ve immün sistem ile

nöropeptitleri etkiler (Hughes ve ark. 2009; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016).

4. Sinir Uyarı Teorisi: Deride, farklı anatomik ve fizyolojik özelliğe sahip pek çok sinir reseptörleri vardır. Sinir uyarı teorisi, refleksoloji uygulaması süresince reseptörlere, hücrelerden plazma membranlarındaki açık iyonik kanallardan basınç uygulandığı ve iletilen mesajı spinal korda veya beyine ulaştırmak için lokal bir hareket sağladığını ileri sürer. Refleksolojinin, spinal korttaki nöronlar iç bağlantısı yoluyla kaslar üzerinde direkt etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır (Gala ve Gala 2004; Tiran ve Chummun 2005; Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016).

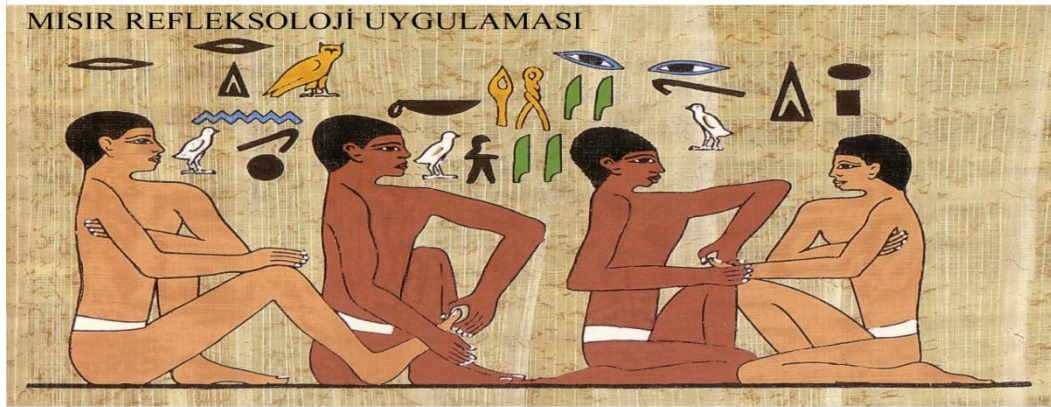
5. Kapı Kontrol Teorisi: İlk kez 1965 yılında Wall ve Melzac tarafından ortaya atılan ve 1988’de geliştirilen bu teoriye göre, medulla spinalisin arka boynuzundaki substantia gelatinozada ağrı duyusunun şiddetini kontrol edebilen bir “kapı” bulunmakta ve bu kapı ince çaplı liflerin aktivitesi ile açılarak ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşmakta, kalın çaplı liflerin aktivitesi ile kapı kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenmekte ve ağrı hissedilmemektedir. Kapı, ilaçlar, gevşeme teknikleri, pozitif duygular, masaj ve refleksoloji ile kapatılabilir ve böylece ağrı sinyalleri beyne ulaşmamış olur (Melzack ve Wall 1965; Wall ve Melzack 1994; Aydın 2002; Mamuk ve Davas 2010).

6. Sempatik ve Parasempatik Kuramı: En son kabul edilen bu kurama göre, ayaklardaki haritanın, organların vücuttaki dizilimine göre yukarıdan aşağıya iz düşüm metodu ile belirlenmiştir. Bu kuram her iki ayakta da aynı organların bulunduğu fakat farklı işlevleri olduğunu savunmaktadır ve insan vücudundaki sinir sistemine dayanmaktadır. Vücuttaki organları kontrol eden Sempatik ve Parasempatik sinir sisteminin uzantıları ayaklarda, ellerde, kulaklarda ve gözlerde son bulmakta, dolayısıyla bu bölgelerdeki ilgili noktalar uyarıldığında aynı zamanda Sempatik ve Parasempatik sinir sistemi devreye girmiş oluyor. Yani sağ ayaktaki bölgelere bası yapıldığında beynin sol yarım küresi uyarılır ve vücudu canlandırıcı ve hızlandırıcı etkisi olan Sempatik sistem devreye girmiş olur. Yine sol ayaktaki bölgelere bası uygulandığında beynin sağ yarım küresi uyarılmış olur ve vücudu gevşetici, sakinleştirici etkisi olan Parasempatik sinir sistemi devreye girer. Bu mekanizmadan hareketle bu kurama göre, her iki ayakta da aynı bölgeler mevcuttur ancak bölgeler Sempatik ve Parasempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı olarak farklı görevleri

üstlenirler. Örneğin, ağrı, anksiyete, stres problem yaşayan bir hasta için sol ayak veya sol el çalışılırsa, parasempatik sinir sistemi uyarılmış olur ve hastada gevşeme, rahatlama meydana gelir (Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016).

2.9.3. Refleksolojinin Tarihi Gelişimi

Refleksoloji, M.Ö yaklaşık 2300'lü yıllara eski Mısır'a dayanmaktadır. Bilinen en eski refleksoloji belgesi Mısır da, Mısırlı bir hekimin mezarının duvarındaki hiyerogliflerde, el ve ayak masajının o dönemlerde uygulandığı belgelenmiştir. Yine M.Ö 2450'li yıllarda, 6. Mısır Hanedanı'nın lahit duvarlarında eline ve ayağına masaj yapılan, oturmuş iki kişinin resmi tasvir edilmiştir (Şekil 2-1) (Tabur ve Başaran 2009; Wilhelm 2009; Samuel 2011).



Milattan Önce 2330 yıllarında altıncı hsanedanlığa ait Saqqara'daki hekimlerin mezarlığı olarak bilinen Ankmahor (Kraldan sonraki en yüksek rütbeli) tapınağında bulunan duvar resmindeki çeviri şu şekilde "Beni İncitme " Refleksolog ; " Sana öyle birşey yapacağım ki Şükredeceksin "



Refleksoloji'nin tarihi 5000 yıl öncesine, Mısır Firavunlarına kadar uzanmaktadır. Tarihte Refleksoloji'nin Hindistan'da, Japonya'da, Çin'de ve Amerika'nın yerli Kızılderili medeniyetlerinde bilindiği kaydedilir. Refleksoloji'yi çok sonra, 1900'lü yıllarda, Dr. William Fitzgerald yeniden keşfedecektir.

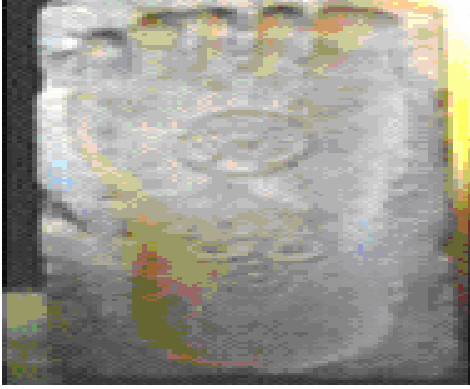


Şekil 2-1: Eski Mısırda refleksoloji tedavisi

Kaynak: Tabur ve Başaran . (2009). *Refleksoloji'ye Giriş*. İstanbul: Kitapdostu Yayınları.

Bazı kaynaklar refleksolojinin, Hindistan kökenli olduğunu belirtirken bazı kaynaklar ise Çin'den geldiğini bildirmektedirler (Somchock 2012). Kuzey hindistanda ortaya çıkan Budizm in kurucusu olan Buddha'nın da refleksoloji tekniğiyle masaj yaptığı bildirilmektedir. Aşağıdaki resimde de görüleceği üzere, ayak tabanında kalp ve iç organları gösteren çakryani refleksoloji noktaları mevcuttur (Şekil 2-2).

Upturned foot of Buddha



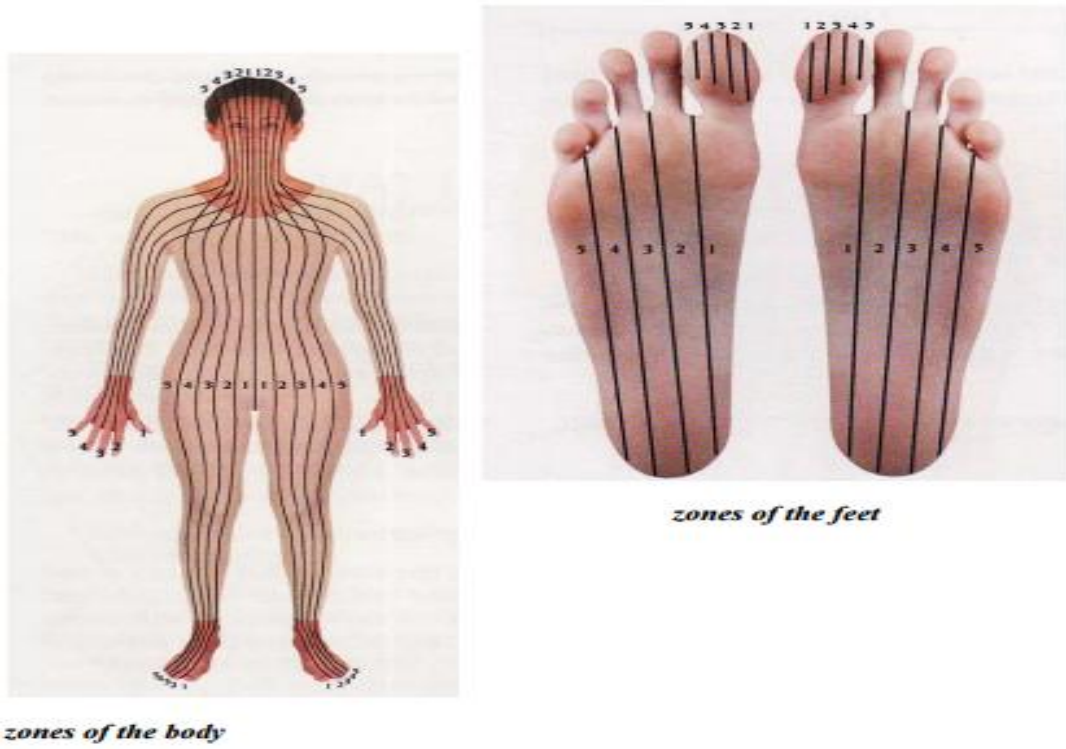
Şekil 2-2: Buddha'nın ayak tabanındaki kalp ve iç organları gösteren çakrası.

Kaynak: Tabur ve Başaran (2009).

Refleksoloji'ye Giriş. İstanbul: Kitapdostu Yayınları.

Refleksolojinin, Güney Amerikada yaşayan İnka'lar tarafından da kullanıldığı ve İnka'ların bu tedavi metodunu Kuzey Amerika'daki yerlilerine öğrettikleri ve yerlilerinde hala aynı metotlarla tedaviler uyguladıkları bildirilmiştir (Tabur ve Başaran 2009).

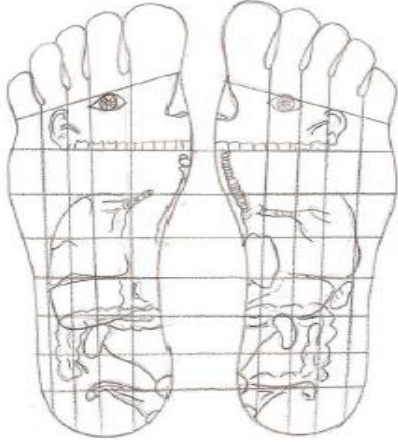
Modern çağlara gelindiğinde, 19. Yüzyılda Amerikalı Dr. William Fitzgerad “*Zone Therapy*” yani “*Bölge Terapisi*” teorisiyle modern refleksolojinin temellerini atmış ve refleksolojinin yaratıcısı olarak anılmıştır ve günümüzde kullanılan refleksoloji çizelgelerini oluşturmuştur. Kulak, Burun, Boğaz uzmanı olan Dr. Fitzgerad daha çok ağrıyı azaltma odaklı çalışmıştır. Cerrahi operasyon geçiren hastalarda vücudun belli bir bölgesine bası uygulayarak, vücudun başka bir yerindeki ağrının azaltılabileceği üzerinde durmuştur. Aynı zamanda Dr. Fitzgerad, vücudu dikey olarak 10 eşit bölgeye ayırmıştır. Vücudun ortasını merkez kabul ederek, vücudun tam ortasından geçen hayali bir çizgi ile vücudun her iki tarafını eşit iki parçaya böler ve bu parçalarıda her biri eşit genişlikte olarak beş bölgeye ayırır (Şekil 2-3).



Şekil 2-3: Bölge Terapisi teorisine göre vücut bölgeleri

Kaynak: Somchock, J. (2012). *Effect of Foot Reflexology on Pain Reduction in Older Thai People*. Flinders University, School of Nursing and Midwifery.

Bu teoriye göre her bölgenin, vücudun el ve ayak parmakları ile bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Dr. Fitzgerald göre, her bölgenin birbirleriyle biyolojik benzeşmesi olduğunu belirterek, her bölgenin içindeki organların, vücut kısımlarının birbiri ile bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Yani herhangi bir ağrı durumunda, vücudun diğer kısımlarının etkilendiğini savunmaktadır (Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Jones ve ark. 2012; Korkan ve Uyar 2014; Çamlı ve ark. 2016). Daha sonraları, Dr. Joseph Shelby Rily, Dr. Fitzgerald'ın yöntem ve tekniklerini geliştirerek 10 dikey çizgisine ek olarak, organların lokalizasyonlarını kolaylıkla bulmak için sekiz yatay (horizontal) çizgiye bölerek, iç organları göstermiştir (Şekil 2-4) (Issel 1996; Tabur ve Başaran 2009; Samuel 2011).

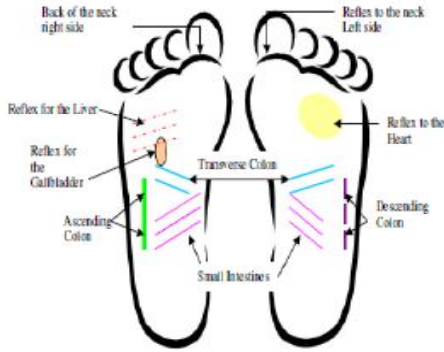


**Şekil 2-4: Riley'in ayak tabanı üzerindeki
refleks noktaları**

Kaynak: Issel, C. (1996). *Reflexology: Art,
Science and History*, Fourth, Sacramento, CA,
New Frontier Publishing.

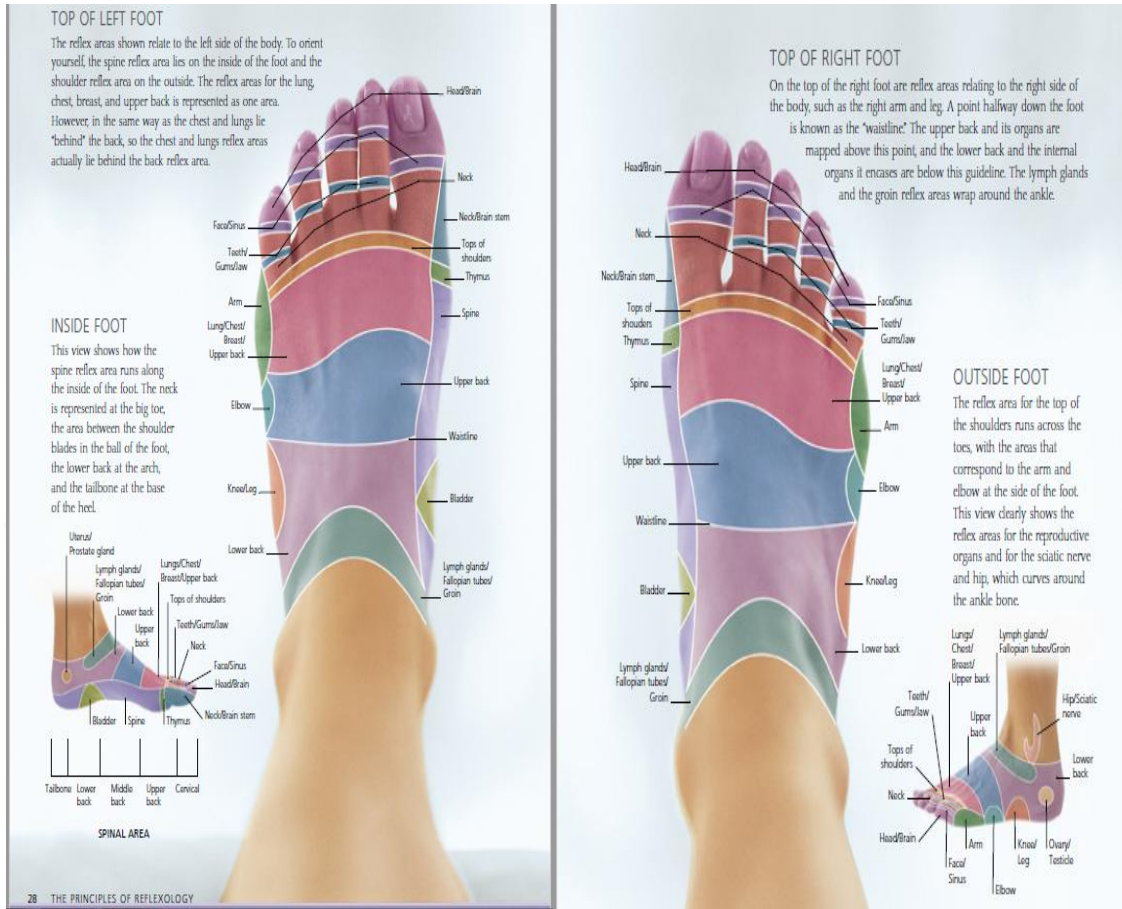


Batı dünyasında refleksoloji de Bölge Terapisi'ni her ne kadar Dr. Fitzgerald ve Dr. Riley'in geliştirdiği kabul edilsede organların ayaklara yansıdığı noktalara çalışan esas kişi Dr. Riley'nin asistanı olan Amerikalı masöz Eunice Ingham'dır. Eunice Ingham 1930 yıllarında hastalarına Zone Terapisi'ni kullanarak, kendi deneyimlerinden vücut bölgelerini ayak üzerinde haritasını çıkarmış, günümüzdeki modern refleksolojinin büyük ölçüde gelişmesine katkıda bulunmuştur. Eunice Ingham “*modern refleksolojinin anası*” olarak anılmaktadır (O'Mathuna 2007; Tabur ve Başaran 2009). Ingham, Dr. Fitzgerald ve Dr. Riley'in refleksoloji haritasını geliştirerek, boyun bölgesi, sinüsler ve sindirim sistemi reflekslerinin yerlerini belirlemiştir. Ingham'ın çizelgelerinin düzenlenip revize edilmesiyle, ayak üzerindeki organların anatomik yerleri bugünkü kullanıldığı şekli verilmiştir (Şekil 2-5) (Modern Institute of Reflexology 2008; Samuel 2011; Somchock 2012).



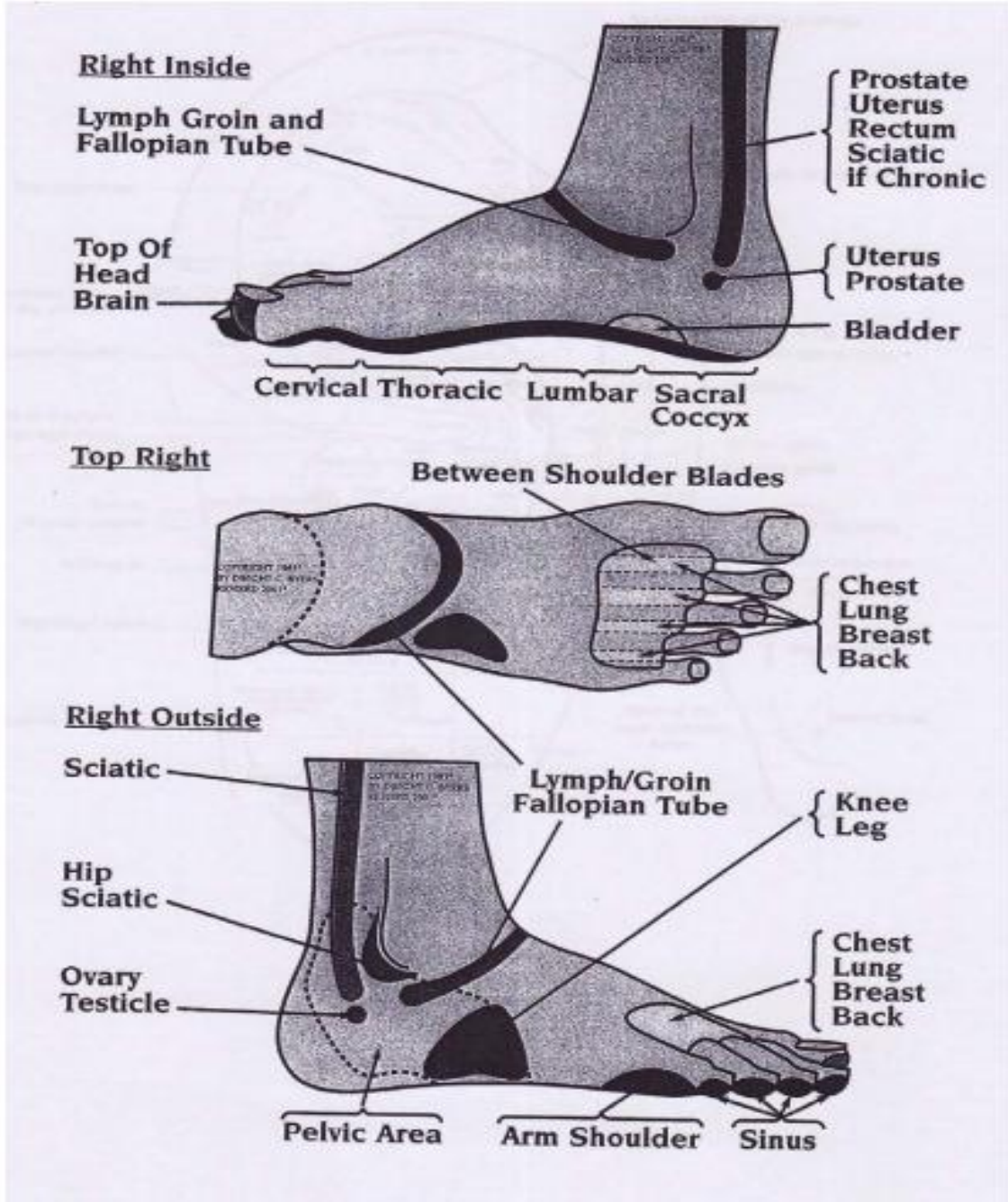
Şekil 2-5: Ingham orjinal çizimlerinin diyagramı.

Kaynak: Modern Institute of Reflexology (2008). Eunice Ingham Stopfel, D.R. Erişim: 16/12/2016, from http://www.reflexologyinstitute.com/reflex_ingham.php



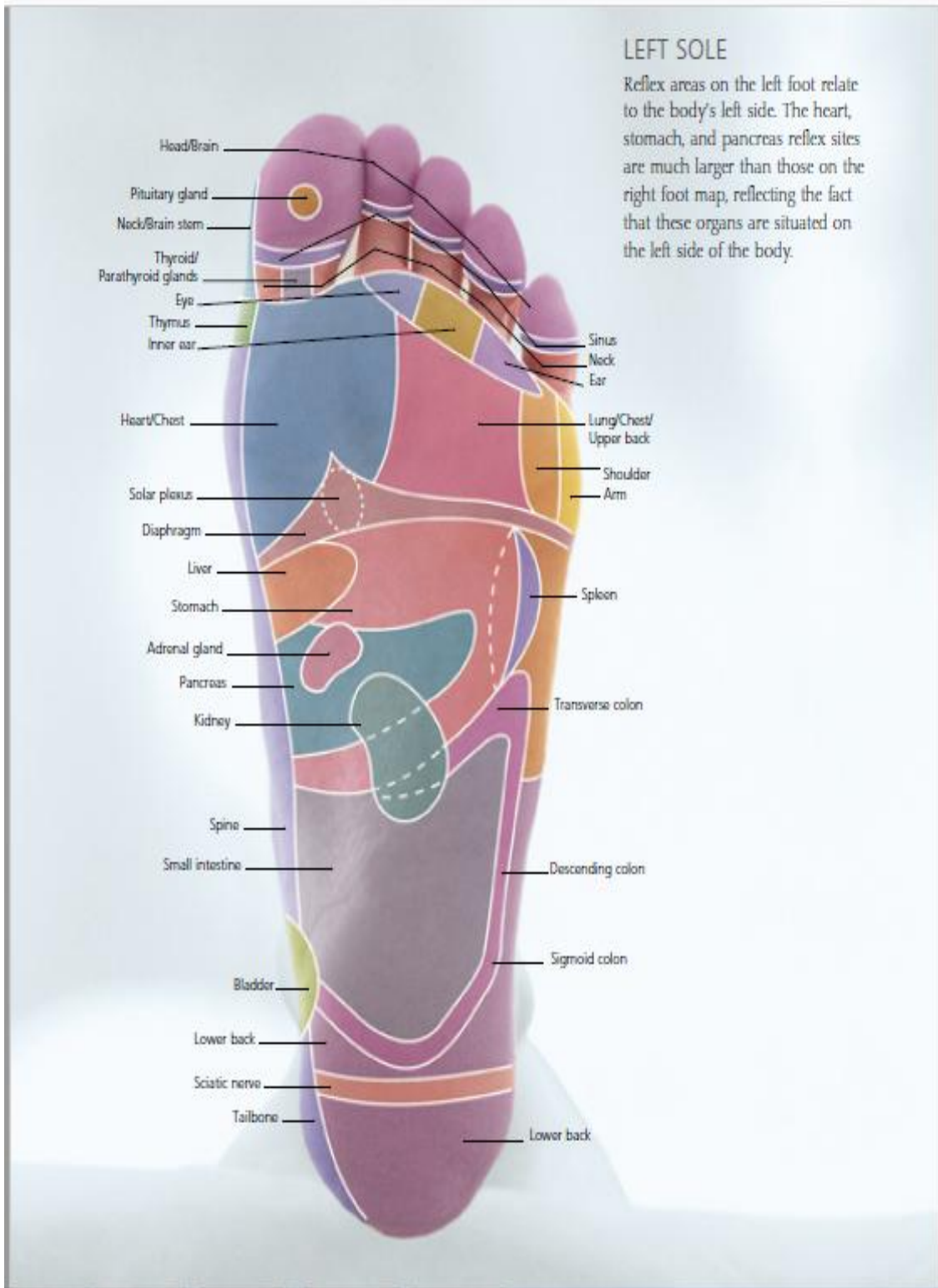
Şekil 2-6: Ayaklar üzerinde organ yerlerinin anatomik temsillerinin gösterimi

Kaynak: Kunz, B.K. (2007). Complete reflexology for life. Published in the United States by DK Publishing. First American Edition, New York, September.



Şekil 2-7: Diğer açılardan ayak refleks noktaları

Kaynak: Somchock, J. (2012). *Effect of Foot Reflexology on Pain Reduction in Older Thai People*. Flinders University, School of Nursing and Midwifery.



Şekil 2-8: Ayaklar üzerinde organ yerlerinin anatomik temsillerinin gösterimi

Kaynak: Kunz, B.K. (2007). *Complete reflexology for life*. Published in the United States by DK Publishing. First American Edition, New York, September.

2.9.4. Refleksoloji Uygulamasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

Gebelik; gebeliğin ilk trimesterinde (ilk üç ay), fetüsün gelişimi açısından kritik bir dönem olması nedeniyle bu dönemde yapılan refleksolojinin hormonal dengeyi etkileyerek, düşüğe ve erken doğum tehdidine sebep olabileceği bildirilmektedir. Bu koşulların dışında ve ilk trimester sonrasında gebelik döneminde refleksolojinin yararlı olduğu belirtilmiştir (Molart 2003; McNeill ve ark. 2006; Çamlı ve ark. 2016).

Enfeksiyöz hastalıklar; akut enfeksiyonlar ve ateşli durumlarda refleksoloji uygulamak kan dolaşımını hızlandıracağı için enfeksiyonun yayılabileceği belirtilmektedir (Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016).

Tromboz; pıhtılaşma bozukluğu yâda periferik damar hastalığı hikayesi olanlarda refleksoloji uygulanırsa pıhtının vücutta ilerleyerek, kalbe yâda beyine gitmesini hızlandıracağı için uygulanması sakıncalıdır ve bu tür rahatsızlığı olan hastalar için ise hekim onayı olmadan refleksoloji uygulaması yapılmaması gerektiği bildirilmektedir (Çamlı ve ark. 2016).

Bunların dışında; alt ekstremitelerde ülseri veya açık yaraları olan, malign melanom, ayak tümörleri, antepartum hemoraji, preeklamsi, düzenlenemeyen kan basıncı olan hastalarda refleksoloji uygulaması önerilememektedir (Wilhelm 2009; Tabur ve Başaran 2009; Çamlı ve ark. 2016).

2.9.5. Refleksolojinin Jinekolojik ve Obstetrik Semptomlar Üzerine Genel Yararları

Günümüzde refleksoloji tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak sağlığın korunup yükseltilmesinde ve bazı hastalıkların semptomlarının hafifletilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Refleksoloji yaygın olarak da ebelik, psikiyatri, algoloji, ortopedi, nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi bazı modern tıp uzmanlık alanlarındada sıklıkla kullanılmaktadır (Wang ve ark. 2008; Akçay 2014). Refleksoloji uygulamasının genel kullanım alanları; stres, ağrı, anksiyete, depresyon, panik atak, yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, sırt ağrısı, kanser ağrısını ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletmek, yaşam kalitesini yükseltmek, diyabet, multipli skleroz, ayak ödemi, eklem ağrıları ve rahatsızlıklarında, irritabl barsak sendromu ve kabızlık, post operatif dönemdeki hastalarda yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Tovey

2002; Molart 2003; Samuel 2011; Tiran ve Chummun 2005; Magill ve Berenson 2008; Tabur ve Başaran 2009; Musella 2009; Çamlı ve ark. 2016).

Refleksolojinin, Kadın sağlığı ve Doğum'a ilişkin yapılan çalışmalara baktığımızda, refleksoloji en çok dismonere, PMS, menopoz semptomlar, over kisti, vajinismus, menstrüel siklus düzensizliği, ağrı kontrolü, gebelikte görülen bazı rahatsızlıklarda, doğum kasılmalarında (azaltmak veya arttırmak), yorgunluk, stres, gerginlik, anksiyetenin hafifletilmesinde, postpartum dönemde uterus involüsyonun sağlanmasında, postpartum depresyonda, sezaryen ve normal doğum sonrası görülen rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır (Bolsoy 2008; Asltoghiri ve Ghodsi 2012; Pinto ve Paul 2012; Amanak ve ark. 2013; Kadın Sağlığı ve Refleksoloji. Erişim: 15.11.2016).

Öztürk (2015), refleksolojinin, abdominal histerektomi sonrası iyilik haline etkisinin değerlendirildiği, çalışmada, 63 kadın randomize olarak, 32'si deney grubuna, 31'i kontrol grubuna atanmıştır. Refleksoloji deney grubuna, üç gün günde bir kez her bir ayağa 10 dk olacak şekilde 20 dk uygulanmıştır. Sonuç olarak, refleksolojinin, abdominal histerektomi olmuş kadınlarda; ağrı, anksiyete, yorgunluk, kas gerginliğinde azalma, gevşeme, memnuniyet düzeylerinde artmaya sağladığı anlamlı olarak saptanmıştır. Ameliyat sonrası yoğun bakım ve jinekoloji servislerinde yatan kadınlara uygulanan refleksolojinin iyilik halini artıran bir uygulama olduğunu belirterek etkili bir hemşirelik uygulaması olduğu üzerinde durulmuştur.

Bolsoy (2008)'un, 64 kız öğrenci üzerinde yapmış oldukları çalışmada (31 refleksoloji grup ve 33 kontrol grup) deney grubuna uygulanan refleksoloji sonucunda, perimenstrüel semptomlarında %44,9'unda azalma, menstrüel semptomlarında ise %46,5'inde azalma olduğunu belirterek, istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada, menstrüel ve premenstrüel dönem negatif duygulanım ve konsantrasyon bozukluğunun refleksoloji uygulanan grubun puanlarının, kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede daha düşük olduğunu da bildirmişlerdir.

Refleksolojinin, vajinismus sorunu yaşayan kadınlarda da kasılmalar üzerinde gevşeme sağlayarak ve genel olarakta stres ve anksiyeteyi azaltarak ve gevşemesini sağlayarak yardımcı olduğu savunulmaktadır. Böylece bu tür rahatsızlığı olan kadınların

cinsel hayatına pozitif yönde katkılar sağlayabileceği bildirilmiştir (Kadın Sağlığı ve Refleksoloji, Erişim: 15.11.2016).

Menopoz dönemindeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada da, refleksoloji öncesi ve sonrası menopoz semptom puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunarak, refleksolojinin menopoz semptomlarını hafifleterek yaşam kalitesini arttırdığını bildirmişleridir (Pinto ve Paul 2012). Yine menopoz dönemindeki kadınlarda uyku bozukluklarını incelemek üzere yapılan başka bir çalışmada da, kadınların yarısına 21 gün boyunca 15 dakika süreyle refleksoloji uygulanmış, kontrol grubuna ise hiçbir müdahalede bulunulmamış. Refleksoloji uygulanan grupta uyku bozukluğunda önemli derecede düzelme olduğu tespit edilmiş ve refleksolojinin uyku rahatsızlıklarını düzeltmede etkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada, menopoz döneminde bu tür rahatsızlığı olan kadınlar için refleksolojiyi hemşirelerin uygulayabileceği ve kadınlara öğretmesi gerektiği önerisinde bulunmuşlardır (Asltoğhri ve Ghodsi 2012).

Dolatian ve ark. (2010), refleksolojinin, primipar gebelerde doğum ağrısına ve doğum süresi üzerinde etkisini değerlendirdiği çalışmasında, düşük riskli 120 gebe randomize kontrollü olarak üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba; aktif fazı başında 40 dk refleksoloji uygulanmış, ikinci gruba; aktif faz başında duygusal destek sağlanmış, üçüncü gruba ise; sadece rutin hemşirelik bakımı uygulanmış. Sonuç olarak, refleksoloji uygulanan grubun doğum ağrısının diğer iki gruba göre oldukça düşük olduğu bulunmuş. Smith ve ark. (2012)'nin masaj ve refleksoloji gibi manuel iyileştirme yöntemlerinin doğum ağrısında etkisini inceledikleri sistematik araştırmalarında, masaj veya refleksoloji uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre algılanan ağrı şiddetini azalttığını saptamışlardır.

Moghimi-Hanjani ve ark. (2015)'nin refleksolojinin, doğum eylemindeki kadınların, ağrı, anksiyete ve doğum sonuçları üzerindeki etkisinin değerlendirmek üzere yapmış oldukları çalışmada toplam 80 primigravida kadın değerlendirilmiştir. Kadınlar randomize olarak, 40 kişi deney grubu, 40 kişi kontrol grubuna atanarak, deney grubuna atanan kadınlara refleksoloji uygulamışlardır. Refleksoloji uygulanan gruptaki kadınların ağrı şiddetinin, anksiyetesinin ve doğum süresinin kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı ölçüde azaldığını saptayarak refleksolojinin, yenidoğanın apgar skorlarını pozitif yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Yazarlar, invaziv olmayan refleksoloji tekniğinin, doğum uzmanı olan ebelerin doğum sırasında,

kadınların doğum ağrısıyla baş etmesinde, endişelerinin azaltılmasında kullanarak, kadınları normal doğuma teşvik ve destek olabileceklerini bildirmişlerdir.

Ghaffari ve Pour Ghaznein (2010)'nın refleksolojinin, gebe kadınlardaki yorgunluk semptomları üzerinde etkisini değerlendirmek üzere yapmış oldukları çalışmada, sağlık ocağına başvuran 74 gebeyi çalışmaya almışlardır. Gebeleri rastgele olacak şekilde 36 refleksoloji uygulanan grub, 38 kontrol grub'u olacak şekilde iki gruba ayırarak, deney grubuna beş hafta boyunca, haftada iki seans, toplamda 30 dk refleksoloji uygulanmıştır. Çalışmada, refleksoloji uygulanan gebelerin yorgunluğu önemli derecede azalttığını saptamışlardır.

Alan (2015)'nin jinekolojik kanser hastalarında kemoterapi tedavisi sürecinde uygulanan refleksoloji ve progresif kas gevşeme egzersizlerinin ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada, örneklem kapsamına alınan katılımcılar dört gruba ayrılmıştır. Deney gruplarına (1.,2., ve 3. grub) refleksoloji, progresif kas gevşeme egzersizleri ve iki yöntem bir arada uygulanmış, kontrol grubuna(4. grub) alınan kadınlara hiçbir müdahale yapılmamıştır. Müdahaleler kadınlara 8 hafta boyunca haftada 2 kez ev ziyareti şeklinde uygulanmıştır. Sonuç olarak, Refleksoloji ve progresif kas gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı grupta hastalarda, anlamlı düzeyde ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır.

2.9.6. Refleksolojinin Sezaryenle Doğum Sonrası Rahatsızlıklar Üzerine Etkisi

Cerrahi operasyon sonrası rahatsızlıkların başında gelen ağrı giderilmezse, stresin artmasına sebep olabilir ve bu stres'in uzaması iyileşme sürecini negatif yönde etkileyerek komplikasyonların gelişmesine sebep olabilir. Ayrıca cerrahi operasyon sonrası ağrının etkin bir şekilde giderilememesi sağlık bakım harcamaları ve ilaç kullanımının artmasına, hastane kalış süresinin uzamasına ve hasta memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir (Yılmaz ve Gürler 2011). DS dönemde ağrı annenin günlük yaşam aktivitelerini; kendi başına giyinme, tuvalete gitme, yemek yeme, kişisel hijyen ve bakım, hareket etme, bebeğini emzirmesine kadar birçok yaşamsal fonksiyonu yerine getirmesini engellemektedir. Bu nedenle annenin hem kendi hem bebeği ile ilgilenebilecek duruma gelmesi için sezaryen sonrası görülebilecek rahatsızlıklardan olan başta ağrı olmak üzere annenin yorgunluğu, gerginliği, stres,

anksiyetesi, gaz sancısı, bulantı-kusması ve uykusuzluğu giderilerek ve bebeğini emzirmesi desteklenmesi gerekir (Beydağ 2007; Pınar ve ark. 2009; Özlü ve ark. 2016). Refleksoloji, aynı zamanda dokunmaya dayalı bir terapidir. Dokunma, samimi ve güçlü bir terapötik bir deneyimdir, aynı zamanda endorfin salınımını da stimüle etmektedir. Yani, kalın çaplı dokunsal duyu lifleri uyarılınca, endojen opioidler olarak bilinen endorfin salgılanmaktadır (Benjamin 1989; Tiran ve Chummun 2005; Varghese ve ark. 2014). Bu tür bir masaj vücutta derin ve genel bir rahatlama, dinlenme ve uyuşukluk gibi konforda olumlu sonuçlara yol açmaktadır. Aynı zamanda ayak refleksolojisinin bu yararlı etkileri, ağrı tedavisinde de etkili olduğu bildirilmiştir (Degirmen ve ark. 2010).

Varghese ve ark. (2014) tarafından ayak refleksolojisinin sezaryen sonrası ağrı şiddetine ve uyku kalitesine etkinliğini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada; sezaryen operasyonu geçiren 60 anne, doğum sonrası deney ve kontrol grubuna 30 anne olacak şekilde randomize bir şekilde atanmış. Kontrol grubundaki annelere normal bakım verilirken, deney grubundaki annelere beş gün boyunca her akşam tek bir ayağa 15 dakikalık refleksoloji uygulanmış. Beş günün sonun her iki gruptaki annelere ağrı skalası ve pitsburg uyku kalitesi ölçeği uygulanarak değerlendirilmiş. Sonuç olarak deney grubundaki annelerin ağrı durumları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuş ve uyku kalitelerinde de iyileşme olduğu belirtilerek, kontrol grubunun, deney grubuna göre ağrılarının daha şiddetli olduğu ve analjezik talebi fazla olduğu da bildirilmiştir. Ayrıca ayak refleksolojisinin, herhangi bir yan etkisi olmayan, farmakolojik olmayan, uygun maliyetli ve basit bir müdahale yöntemi olduğunda vurgulanmıştır (Varghese ve ark. 2014). Kuzey Tayvanda iki doğum merkezinde postpartum dönemde uyku bozukluğu olan kadınlara refleksoloji uygulamasının etkinliğinin değerlendirildiği başka randomize bir çalışmada da, 65 yeni doğum yapmış kadın deney ve kontrol gruplarına rastgele atandıktan sonra, deney grubundaki kadınlara beş gün boyunca her akşam 30 dakika refleksoloji uygulanmış ve refleksoloji uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre uyku kalitelerinin önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir. Ayrıca, postpartum dönemde uyku bozukluğunun önlenmesi ve annenin biyopsikososyal refahını artırmak için refleksoloji uygulanmasının ebe/hemşirelik bakımında önemli olduğu vurgulanmıştır (Li ve ark. 2011).

Refleksolojisinin ağrı üzerindeki etkinliğini öğrenmek için Yeni Delhi'de yapılan bir araştırma da, ameliyat sonrası ağrı kontrolü için deney grubundaki hastalara

ayak refleksolojisi uygulanmış, kontrol grubundaki hastalara ise analjezik verilmiştir. Deney grubuna uygulanan ayak refleksolojinin ameliyat sonrasında ağrıyı azaltmada etkili olduğu ve analjezi kullanımında yarı yarıya azaldığı bildirilmiştir (Chaudhary ve ark. 2006).

Khoshtarash ve ark. (2012) tarafından İranda yapılan bir başka çalışmada sezaryen sonrası refleksolojinin ağrı ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada 62 sezaryen olan anne randomize olarak kontrol ve deney grubuna atanarak kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmazken, deney grubundaki annelere 24 saatte iki seans olmak üzere 30 dakikalık refleksoloji uygulanmıştır. Sonuç olarak, refleksoloji uygulanan deney grubunda ağrı şiddeti kontrol grubuna göre önemli ölçüde azaldığı bulunmuş ancak kontrol grubu ile deney grubunun fizyolojik parametrelerinde (sistolik ve diyastolik tansiyon, nabız ve solunum sayısı) anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir.

İranda, el ve ayak masajının post-sezaryen ağrı üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan başka bir çalışmada da elektif sezaryen ile başvuran ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 80 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir. Görsel analog skala, 5 dakikalık ayak ve el masajı yapmadan önce, hemen ve 90 dakika sonra ağrı yoğunluğunu saptamak için kullanılarak müdahale sonrasında ağrı yoğunluğunun müdahale öncesine kıyasla azaldığı bulunmuş ($p < 0,001$). Bu bulgulara göre, ayak ve el masajı sezaryen ağrısını etkili bir şekilde azaltmak ve ilaç miktarını ve yan etkilerini azaltmak için tamamlayıcı bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (Abbaspoor ve ark. 2014).

Yapılan araştırmalarda postpartum döneminde anksiyetesi olan annelerin emzirmeye daha az istekli oldukları, emzirmeyi sonlandırma durumlarının yüksek olduğu, emzirmeyi zor/güç buldukları, emzirme davranışlarını ve laktasyon mekanizmasını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Fallon ve ark. 2016). Bu sebeple doğum sonrası dönemde annelerde görülebilecek anksiyete, stres ve/veya depresyon, uykusuzluk, beslenme bozuklukları ve genel bir tükenme hali gibi rahatsızlıklarda doğum sonrası dönemde refleksolojiden yararlanabilecekleri belirtilerek doğum sonrası dönemde refleksolojinin; stresi ve anksiyeteyi azaltarak rahatlama ve gevşeme sağladığı bu sayede emzirmeyi olumlu etkilediği, annelerin enerjisini arttırdığı, vücudun yeniden dengesini düzenlediği, kilo durumunu düzenlediği, laktasyona yardımcı olduğu ve

doğum sonrası depresyon sıklığını azalttığı, yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Abdeesso 2014; Danasu 2015; Mc Vicar ve ark. 2015).

Choi ve Lee (2015) tarafından postpartum dönemindeki kadınlar üzerinde yorgunluk, stress ve depresyon durumlarında ayak refleksolojisinin etkisini değerlendirilmiştir. Postpartum dönemindeki 70 kadın çalışmaya alınarak, 35'i deney grubuna, diğer 35'i de kontrol grubuna atanmış. Deney grubundaki kadınlara üç gün boyunca günde bir kez olmak üzere ayak refleksolojisi uygulanmış, kontrol grubundaki kadınlara ise herhangi bir müdahalede bulunulmamış. Sonuç olarak, deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre, yorgunluk seviyelerinin, depresyon durumlarının ve idrar da kortizol seviyesinin anlamlı bir derecede düşük olduğu bildirilerek, postpartum dönemindeki kadınların rahatsızlıklarında refleksoloji uygulamasının bir hemşirelik müdahalesi olduğu belirtilmiştir.

Danasu (2015) tarafından yapılan bir çalışmada da, laktasyon yetersizliği olan annelerde refleksoloji uygulamasının laktasyonun başlatılmasına ve sürdürülmesi üzerine etkisinin değerlendirilmiştir. Çalışmaya laktasyon yetersizliği olan sezaryen (35) ve normal doğum yapan (25) toplam 60 primipar ve multipar anneler dahil edilerek tüm annelere, beş gün boyunca günde bir kez refleksoloji uygulanmış. Refleksoloji uygulanmasında önce ve sonra pre ve post testlerle modifiye edilmiş emzirme skalası ile laktasyon durumları değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, laktasyon yetersizliği olan tüm annelerin %57'sinin orta seviyede, %43'de ise yeterli miktarda laktasyon sağlandığı bildirilmiştir. Modifiye edilmiş emzirme skalasının pre ve post test puanları arasındada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilerek refleksolojinin laktasyonun başlatılması ve sürdürülmesi etkili olduğu belirterek refleksolojinin, anneye güven ve memnuniyet verdiğini vurgulayarak, refleksolojinin beden, zihin ve ruhu beslediği, stresi azalttığı, gevşeme sağladığı, hormonal dengeye yardımcı olduğunu bildirilmiştir.

Park (2007) tarafından refleksolojisinin, postpartum dönemindeki annelerin, vücut kilosuna, ekstremitelerdeki ödem ve kandaki lipid seviyesine etkisini değerlendirmek üzere yaptıkları çalışmada 31 anne değerlendirilmiş ve deney grubundaki (16) anneye iki hafta boyunca, haftada beş kez olmak üzere ayak refleksolojisi yapılmış. Kontrol grubundaki (15) annelere ise herhangi bir müdahalede bulunulmamış. Sonuç olarak, ayak refleksolojisi uygulanan annelerin, kontrol grubundaki annelere göre serum trigliserid ve total kolesterol seviyelerinin anlamlı bir

şekilde düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ayak refleksolojisinin, postpartum dönemindeki kadınlarda serum lipid seviyesinin düşürülebilmesi için hemşirelik müdahale stratejilerinde uygulanabileceği önerilmiştir.

İsviçrenin çok eski tıbbi raporunda; refleksoloji'nin post-operatif jinekolojik hastalar için en yararlı tedavilerden biri olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar, refleksoloji uygulanan deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre, idrar çıkış miktarını arttırdığını, barsak hareketlerini tetiklediğini ve iyileşmeyi hızlandırdığını belirterek, kontrol grubundaki hastalara göre daha az analjezi ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir (Kesselring 1994).

2.9.7. Sağlık Bakanlığının Refleksoloji Sertifikası Eğitim Standartları

Sağlık bakanlığımızın Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından 20.07.2016 tarihinde yayınlanan refleksoloji sertifikası eğitim program standartlarının hukuki dayanağı olarak daha önce çıkartılan;

1. 663 sayılı “*Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*”,

2. 04.02.2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “*Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği*”,

3. 27.10.2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “*Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*”dir (Refkesoloji sertifikası eğitim program standartları 2016). Bu hukuksal dayaklara göre refleksoloji eğitim programına sadece hekimlere ve kendi alanlarıyla sınırlı olmak üzere dış hekimlerine ve eczacılara verilmiştir. Ancak bir sağlık profesyoneli olan ebe/hemşireler bu yönetmelikle birlikte refleksoloji uygulamasını bakımda kullanma durumları kısıtlanarak, sağlık kurumlarında sağlık bakım hizmetlerinde bu uygulamalar dışlanmış duruma gelmektedir. Oysaki Avrupada, Asyada ve Uzak Doğuda refleksoloji uygulaması ebe/hemşireler tarafından uzun yıllardan beri kullanılmaktadır (Trevelyan ve Booth 1994; Pfeil 1994; Richardson 2001).

Eğitim müfredatının ise, teorik eğitimin 24 saat, uygulama eğitimin ise 40 saat ve toplamda 64 saatlik bir eğitim program olacağı belirtilmiştir. Eğitimin değerlendirmesinde de teorik sınavdan 100 üzerinden en az 70 ve üzeri puan alan

katılımcıların başarılı sayılacağı ve uygulama sınavının ise hasta başında ve/veya makey üzerinde yapılacağı ifade edilmiştir. Sertifikanın geçerlilik süresi ise yedi yıl olarak sınırlandırılmıştır (Refkesoloji sertifikası eğitim program standartları 2016).

2.10. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)’in Hukuksal Düzenlemeleri ve Etik Yaklaşımlar

Dünya genelinde TAT uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı için DSÖ ve Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) geleneksel ve tamamlayıcı/alternative tıp uygulamalarını genel olarak tanımlamaya çalışmış ve çeşitli ülkelerde sağlık sosyal güvenlik sistemleri içerisindeki yerlerini belirtmiştir (WHO 2001; UNESCO 2013). DSÖ, günümüzdeki medikal tedaviyi “*Batı tıbbı, biyotıp, bilimsel tıp, modern tıp*” şeklinde tanımladığı “*allopatik tıp*” olarak adlandırırken tamamlayıcı ve alternatif tıbbı “*allopatik tıbbın destekleyicisi*” olarak tanımlamıştır. Geleneksel tıbbı ise “*fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür*” şeklinde tanımlamıştır (WHO 2001; Chan 2008).

DSÖ’nün Genel müdürü ise, “Tıbbın iki sistemi olan Geleneksel ve Batı Tıbbı çatışmak zorunda değildir. Temel sağlık hizmetleri kapsamında, her iki sistemin iyi olan özellikleri kullanılarak, birbirlerinin zayıf yönlerini telafi ederek yararlı ve uyum içinde bir araya gelebilirler. Bu durum kendi kendine olamaz. Bu konuda iyi planlanmış politika kararları olmalı. O zaman başarılı olur” şeklinde açıklamada bulunmuştur (Chan 2008).

UNESCO günümüzdeki medikal tedavi yaklaşımını ise “*modern tıp*” olarak tanımlamış ve “*bilimsel ve teknik buluşların en çok olduğu dönem modern çağdır ve bu nedenle daha geniş uzlaşımın olduğu kullanım budur ancak klasik, ortodoks, batı, bilimsel ve allopatik başlıkları da kullanılabilir*” şeklinde tanımlamıştır. TAT’ı “*genel anlamda bir ülkenin sağlık hizmetlerine entegre ve geleneklerin parçası olmayan bir grup sağlık hizmet uygulamasıdır*” olarak tanımlamıştır. Geleneksel tıbbı ise “*güvenli, etkili, kaliteli uygulama; fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini içeren sağlık standartlarını geliştirme beklentisi*” olarak tanımlamıştır (UNESCO 2013). DSÖ, TAT uygulamalarının ülkelerin konu ile ilgili hukuki durumunu “*Legal Status of Traditional*

Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review” başlıklı yayında (2001) incelemiştir (WHO 2001). Bu yayında, TAT tıbbın en yaygın olarak uygulandığı Çin ve Japonya ülkeleriyle, ABD liberal sağlık sistemi, Küba sosyalist sağlık sistemi, Türkiyeninde içinde bulunduğu Avrupa kıtası, Dünyada ekonomik durumu kötü olan ülkelerinde biri olan Etiyopya değerlendirme kapsamına alınmıştır. Çin’de ki sağlık sisteminin %95’inin geleneksel ve modern tıbb’ın iç içe olduğu ve geleneksel tıpla ilgilenen 2.500’den fazla hastane, 350.000’den fazla sağlık personeli olduğu ve bu uygulamalar içinde de akupunkturun ön planda olduğu, 170 geleneksel tıp araştırma enstitüsü bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca sağlık sigortalarının hem modern hemde geleneksel tıp uygulamalarını kapsadığıda ifade edilmiştir (Watanabe ve ark. 2011).

ABD’de, Ulusal Sağlık Enstitüsünün araştırma yürütebilmesi için 1991 yılında Alternative Tıp Ofisi kurduğu ve 1997 yılında tamamlayıcı ve alternative tıp uygulamalarına başvurma oranın %46,3, harcanan bütçenin 21,2 milyar dolar olduğu ve %12,2’sinin cepten ödemelerle karşılandığı belirtilmiştir. TAT uygulamalarına cepten ödemenin 1990’da %64, 1997’de %58,3 oranında yükseldiği ifade edilirken, sigorta şirketlerinin TAT için çok yüksek ek ödemeler istediği belirtilmektedir. TAT uygulamalarının toplum tarafından gittikçe artan bir şekilde kullanılması sebebiyle 1998 yılında ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü, TAT konusunda araştırma yapmak, tavsiyelerde bulunmak, bu konu ile ilgili bilgi ve haberleri paylaşmak, eğitim programları düzenlemek ve rehberlik yapmak amacıyla Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM)’ı kurmuştur (NCCAM, December 2008). ABD de, TAT uygulamaları eğitimi ise modern tıp okullarının çoğunda dört yıllık programlar halinde verilmektedir (WHO 2001).

Etiyopya’da ise halkın büyük kısmının modern tıba ulaşamadığı, %80’inin geleneksel tıba güvendiği ve bu geleneksel tıp uygulamalarının 1948 yılından itibaren yasal olduğu ve 1978 yılında ise SB’na bağlanmış olduğu belirtilmektedir. Tamamlayıcı tıp uygulamalarını genellikle halkın yaşlı kadınlarının tercih ettiği, bu uygulamalarının resmi eğitiminin olmadığı ve sigorta şirketlerince karşılanamadığı bildirilmektedir (WHO 2001).

Avrupa'da TAT

Avrupada, çoğu hasta konvansiyonel tıp ile TAT'ı entegre etmektedir. Genel popülasyonda 12 aylık sürede TAT kullanımı prevalansı; %9.8-76.0 arasında olduğu ve bu hastaların yaklaşık %1,8-48,7'si TAT doktoru/uygulayıcısını ziyaret etmiştir. Son 12 ayda kronik hastalığı olanların (%90), kanser hastalarının ise %37-87'si TAT yöntemlerine başvurdukları bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Uluslararası Bakış. Konferans Bildirisi 2014).

Avrupa birliği vatandaşlarının çoğunluğu TAT'ın halk sağlığı hizmetleri içinde olmasını, kolay erişimi talep etmekte ve desteklemektedir. TAT uygulayıcısını öneren doktor sayısı artmaktadır, çoğunlukla ayaktan tedavi olarak, aynı zamanda yatan hasta tedavisi olarak entegre sağlık hizmeti (konvansiyonel ve TAT) veren hastane sayısı artmaktadır. Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, Norveç, İsveç, İngiltere ve İsviçre'de TAT profesörlüğü ve kürsüsü bulunmaktadır. Avrupa Üniversitelerinin %30- 40'ında ise tıp fakültesi müfredatında TAT alıştırma dersi bulunmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Uluslararası Bakış. Konferans Bildirisi 2014).

CAMBrella (A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM)), Avrupa komisyonu tarafından finanse edilen Avrupa araştırmacıları Avrupa konsorsiyumudur. CAMBrella koordinasyon eylemi 7. Çerçeve Programı doğrultusunda finanse edilmiştir. Bunun amacı, Avrupa Vatandaşlarının sağlık ihtiyaçlarına uygun olan ve hem özel sektörde hem de kamudaki ulusal araştırma enstitüleri ve sağlık hizmeti sunanlarca kabul edilebilir olan TAT ile ilgili epidemiyolojik ve klinik araştırmalar için yol haritasının sağlanmasıdır (CAMBrella - Work Package 2 Report Part I 2012; CAMDOC Erişim, 06.01.2016). Avrupa Komisyonu tarafından finanse edilen CAMBrella projesi 150000 doktor ve 180000 den fazla da sağlıkçı dışı TAT uygulayıcıları tespit etmiştir. Akupunktur (80000 doktor ve doktor olmayan 16000), homeopati (45000 doktor ve 4500 doktor olmayan), naturapati (15000 doktor), antroposofik tıp (4500 doktor) ve nöral terapi (1500 doktor) olmak üzere bu yöntemler daha çok doktorlar tarafından uygulanmaktadır. Bitkisel tedavi (herbalizm), manuel terapiler (osteopati, kayropraksi), refleksoloji, şiatso, yoga, taiçi&qigong ise daha çok sağlıkçı olmayan TAT uygulayıcıları tarafından

uygulanmaktadır (CAMbrella - Work Package 2 Report Part I 2012; CAMDOC Erişim, 06.01.2016).

Avrupa’da TAT Uygulamaları Konusunda Düzenlemeler

Tüm Avrupa Birliği’nde kimin uygulayacağı, nasıl bir yeterlilik isteneceği, nasıl hizmet verileceği ve nasıl finanse edileceği konularının yanı sıra yasal düzenleme konusunda farklılık bulunmaktadır. Bazı Avrupa Birliği ülkelerinde hükümet tarafından yürütülen yasal düzenlemeler veya genel olarak TAT uygulamaları konusunda kanunlar bulunmaktadır. Bazılarının sağlıkla ilgili kanunlarında TAT ile ilgili bölümler bulunmaktadır veya spesifik TAT tedavileri ile ilgili ayrı yasal düzenleme yapmışlardır. Pek çok sağlık sistemi TAT’ı tanımamaktadır veya hiçbir yasal düzenleme yapmamıştır. 39 Avrupa Ülkesinin 17’sinde genel bir TAT yasal düzenlemesi vardır, halbuki bunların 11’inde TAT’a spesifik kanun ve 6’sında kendi sağlık kanunlarının içinde TAT ile ilgili bölüm bulunmaktadır (CAMbrella - Work Package 2 Report Part I 2012; CAMDOC Erişim, 06.01.2016). Bazı ülkelerde spesifik TAT tedavileri ile ilgili yasal düzenleme bulunmaktadır. Her bir AB üyesi ülkede denetleme birimi (ulusal sağlık kurumları veya ulusal tıp birlikleri), yasalarca öngörülen sağlık personeli tarafından uygulandığında hangi tip TAT uygulamasının “sorumlu mesleki davranış” olduğunu tanımlamaktadır. Bazı ülkelerde tanımlanmış sağlık uygulayıcıları TAT yöntemlerini serbestçe uygularken, bazı üye ülkelerde ise tanımlanmış sağlık personelinin uygulaması ciddi şekilde yasaktır. Sağlıkçı veya sağlıkçı olmayan uygulayıcılar için en önemli engel sınırlar geçildiği zaman bu uygulayıcıların yeterliliklerinin karşılıklı olarak kabul edilmemesidir. Tüm AB de TAT uygulayıcıları için uygun yasal düzenleme gerektiği önerilmektedir. Bu TAT yöntemlerinin AB üye ülkelerinin sağlık sistemine entegre olmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. TAT Profesyonellerinin bazı Avrupa Örgütleri Avrupa standartlarında güvenlik, kalite ve performans ihtiyaçlarını CEN (European Committee for Standardisation) aracılığı ile temin etmeye çalışmaktadır. Böylece, Avrupa’da uygulayıcıların serbest dolaşımı için yasal dayanak olan Mesleki Yeterliliklerin Tanınması hakkındaki AB Direktifi (2005/36/EC) kuruluş özgürlüğü ve hizmet verme özgürlüğünü sağlamak amacıyla TAT yeterliliklerini de içerecek şekilde değiştirilebileceği bildirilmiştir (CAMbrella - Work Package 2 Report Part I 2012; CAMDOC Erişim, 06.01.2016).

TAT'ın sağlık sistemine entegrasyonu için Avrupa Birliği'nin yol haritasında: (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Uluslararası Bakış. Konferans Bildirisi 2014).

- Tıp çalışanları ve tıp çalışanları dışındaki uygulayıcılar için TAT Mesleki yeterliliğinin AB üyesi ülkelerde karşılıklı olarak tanınmasına,
- TAT tıbbi ürünlerinin tescil işlemleri için uygun bir yasal düzenleme altyapısına ve uyumlu bir yaklaşıma,
- TAT uygulamalarının ulusal sağlık sigorta sistemlerine dahil edilmesine,
- TAT alıştırma derslerinin tıp, eczacılık, diş hekimliği ve veterinerlik lisans müfredatına ilave edilmesine, ihtiyaç bulunmaktadır.

İsviçre ve Avrupa'da TAT Modeli

İsviçre'de iyi bir TAT düzenleme modeli bulunmaktadır.

- Doktorlar için ilave yeterlilik Ulusal Tıp Birliği tarafından verilmektedir.
- TAT doktorları tarafından uygulanan ilk basamak tedavisi (halihazırda antroposofik tıp, homeopati, bitkisel tıp ve geleneksel Çin tıbbı) ulusal sağlık sigorta sistemi tarafından ödenmektedir.
- TAT alıştırma dersleri tıp, eczacılık, diş hekimliği ve veterinerlik lisans müfredatına ilave edilmiştir.
- TAT terapistleri (tıp dışı uygulayıcılar) için kabul edilmiş yeterlilikleri vardır.

TAT tıbbi ürünlerinin AB düzenlemelerine göre daha az yük getiren ve daha az yasaklayıcı yeterli bir tescil sistemi vardır (CAMbrella - Work Package 2 Report Part I 2012; T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Uluslararası Bakış. Konferans Bildirisi 2014; CAMDOC Erişim, 06.01.2016).

Türkiye'de ki durum

Sağlık politikalarında 1980 yılı sonrasında Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli değişiklikler olmuş ve sağlıkta özelleştirmeler ve sağlığın piyasalaştırılması öncelik kazanmıştır. Temel insan hakkı olan sağlığın bu toplumsal olgusundan

uzaklaşp bireysel olguya yönelme durumu politikal olarak ağırlık kazanmıştır (Akdur 1999). Bu yüzden insanlar kendi kendilerine çözüm arama yollarına başvurmuşlardır. Çözüm olarakta hem maddi hemde manevi anlamda TAT uygulamaları önemli fırsatlar sağlamıştır. Öyleki tamamlayıcı tıpta her hastalığın bir tedavisi vardır, doğa sonsuz kaynak olarak insanlara bu olanağı vermektedir inancı hâkimdir. Toplumumuzda önemli bir yere sahip olan basın bu durumua duyarsız kalmayıp, konuyu çarpıcı bir şekilde abartarak ve umut oluşturarak değinmiştir ve TAT'ı açık Pazar haline getirilmesinde ön ayak olmuştur (Yaşar 2006). Ülkemizde basın ve yayın organları aracılığı ile pek çok insan özellikle, modern tıbbi tedavisi uzun süren yada tedavisi oldukça zor ve maddi olarak fazla para harcamayı gerektiren hastalıklarda, çaresizlik ve bilgi eksikliği ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilgi giderek artmaktadır (Özkaptan 2012). Basın ve yayın organlarının yeterli bilimsel bilgiye sahip olmadan geçerliliği ve güvenilirliği tartışma konusu olan uygulamaları, yöntemleri veya ürünleri destekleyici yaklaşımlarla haber yapması, hastaların çaresizliğinin sömürülmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından hastanın modern tedaviler yerine TAT tedavilerine yönlendirilmesi etik değildir. Konu ile ilgili yeterli bilimsel bilgi ve beceriye sahip olmadan bu yöntemlerin uygulanması hasta/sağlıklı bireylere ciddi zararlar verebilir. Bu alanda ki uygulamalarla ilgili gerekli bilimsel araştırmaların veya denetiminin yapılmaması ve sahipsiz bırakılması hem tıbb hemde halk sağlığının geleceği için son derece sakıncalı sonuçlar doğurabilir (Türk Kardiyol Dern Arş 2009).

Ülkemizde bu alanda ilk düzenleme 1991 yılında çıkartılan “*Akupunktur Tedavi Yönetmeliği*” ile oluşturulmuştur (Resmi Gazete 1991). Akupunktur'un uygulama yöntemlerini ve uygulayıcılarını tanımlamak amacıyla 2002 yılında çıkartılan yönetmelikle, bilim kurulu oluşturularak, akupunkturun eğitim süresi ve ders müfredatı belirtilmiştir. SB'ndan aldıkları eğitim izni çerçevesinde bazı üniversiteler akupunktur konusunda eğitim vermeye başlamıştır. Konuyla ilgili sertifika almış hekimler, oluşturulan resmi komisyon tarafından sınava alınmış ve başarılı olanlara uygulama yetkisi verilmiştir (Resmi Gazete 2002). Resmi Gazetede 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 8. maddesinin (ğ) bendinde geçen “*Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternative Tıp Uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak*” ile Sağlık Hizmetleri

Müdürlüğü'nün görev tanımı arasına Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları hakkında yasal düzenleme hazırlama ve sonrasında denetleme girmiştir (Resmi Gazete 2011).

SB daha sonra Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğini 27 Ekim 2014 tarihinde 29158 sayı ile Resmi Gazetede yayımladığı “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*” ile bu alana yeni bir boyut gelmiştir. Yönetmelikte; amaç, kapsam ve kanuni dayanak net bir şekilde ortaya konmuştur. Bu yönetmelik ile uygulayıcılar, eğitimleri ve uygulamanın yapılacağı sağlık kuruluşlarının özelliklerinin yanısıra, hangi yöntemlerin hangi hastalıklarda kullanılabilceği konusuna geniş yer verilmiştir. Akupunktur dışındaki diğer geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ilk defa bu yönetmelikle tanımlanmıştır. Bunlar; fitoterapi, apiterapi, hipnoz, sülük, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi'dir. İkinci bir yenilikte, uygulama yapan kişilere ve bu kişilerin eğitimlerine belli standartlar ve sınırlamalar bu mevzuatla getirilmiş olmasıdır (Resmi Gazete 2014).

Yönetmeliğin 13. maddesinde eğitim müfredatlarının içeriği “*Sertifikalı eğitimler, 4/2/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında, Bakanlıkça eğitim vermek üzere yetkilendirilmiş merkezler tarafından verilir*” şeklinde düzenlenerek, eğitim içeriği hakkında tartışmaların önüne geçilmeye çalışılmıştır (Resmi Gazete 2014; Türk Tabipleri Birliği 2014). Ancak söz konusu alanda uygulama yapma yetkisi sadece hekimlere ve kendi alanlarıyla sınırlı olmak üzere dış hekimlerine ve eczacılara verilmiştir. Bir sağlık profesyoneli olan ebe/hemşireler bu yönetmelikle birlikte TAT tedavilerini bakım uygulamalarında kullanma durumları kısıtlanarak, sağlık kurumlarında sağlık bakım hizmetlerinde bu uygulamalar dışlanmış duruma gelmektedir.

Uygulama yerlerine yönelik ise, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında “*Uygulama Üniteleri*” eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversitelerin sağlık uygulama ve araştırma merkezleride “*Uygulama Merkezi*” olarak tanımlanmıştır. SB tarafından yetkilendirildiği takdirde sadece uygulama merkezlerinin ilgili alanda eğitim verebilecekleri belirtilmiştir. Multidisipliner uzmanlık alanlarına sahip “*Bilimsel Komisyonun*”un ise bu yönetmelikle birlikte üye sayısı 13’den 11’e indirilmiştir.

Komisyondun görevleri ise uygulama nitesi ve merkezlerinin asgari standartlarının belirlenmesi için başvuruların uygunluğu hususunda görüş vermesi, endikasyonlar ve kontraendikasyonlar konusunda görüş bildirmesi ve bu konularla ilgili bilimsel çalışma yapması veya yaptırmasıdır (Resmi Gazete, 2014). Bahsi geçen uygulamalar, şu an için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından “deme kapsamının dışında olduğu” belirtilmiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu, İnternet Erişimi 14.11.2016; Sağlık Bakanlığı, İnternet Erişim: 11.11.2016). Uygulamaları alacak kişilerin hangi uygulamaya ne kadar ücret ödeyeceği ise “*Kamu Hizmetleri Satış Tarifesi*”nde belirtilmiştir. SB kuruluşlarında seans fiyatı kupa tedavisi, hirudoterapi (slk)’nin 50 TL, fitoterapinin 75 TL ve hipnoz’un 100 TL dir (Sağlık Bakanlığı, İnternet Erişim: 11.11.2016; Mollahaliloğlu ve ark. 2015).

Sonuç olarak, TAT kullanan hastaların özerklik ilkesi gözetilerek saygı duyulmalı ancak yararlılık-zarar vermeme ilkesi doğrultusunda da hastanın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilecek ve bilimsel dayanağı olmayan yöntemleri kullanan hastalara da gerekli danışmanlık ve bilgilendirme yapılarak zararlı olabilecek yöntemlerden korunmalıdırlar (zkaptan 2012).

2.11. Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)'in Hukuksal ve Etik Boyutu

Her geçen gün daha fazla sayıda insanın başvurduğu hastanelerde ve kliniklerde, modern tıbbi tedavi ile birlikte TAT tedavi yöntemlerini kullanma isteklerini sağlık personellerine iletip, öneri talebinde bulunmaktadırlar (Türk Kardiyol Dern Arş 2009). Hemşirelik uygulamalarının ve tamamlayıcı tedavilerin temel felsefesi aynı olmasına rağmen Sağlık Bakanlığımız 27 Ekim 2014 tarihinde 29158 sayı ile Resmi Gazetede yayımladığı “*Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*” ile, ilgili alanda uygulama yetkisi sadece hekimlere ve kendi alanlarıyla sınırlı olmak üzere diş hekimlerine ve eczacılara verilmiştir (Resmi Gazete 2014). Sağlık ekibinin temel taşlarından olan hemşireler ve ebeler bu yönetmelikle birlikte TAT uygulamaları konusunda, hasta/sağlıklı bireylere bilgi ve danışmanlık konusunda sınırlandırılmış oldu. Oysaki bu uygulamaların çoğu temel hemşirelik bakımının doğasında yer almaktadır. Hem TAT hemde hemşirelik bakımının benzer yönleri, bireylere holistik açıdan yaklaşımları, tedavi ve bakım sırasında destekleyici rolde olmaları, sağlığın yükseltilmesine ve hastanın aktif rolde olmasına odaklanmaktadır (Gaydos 2001; Gaylord ve ark. 2004; Booth-LaForce ve ark. 2010; Complementary Therapies, 2014). Uluslararası hemşirelik rehberlerindedeki gördüğümüz üzere hemşireler TAT tedavi bakım uygulamalarında aktif rol almaktadırlar (Kilbey 2005; Fowler ve Newton 2006; Performance of Acupuncture by Nurses 2006; American Holistic Nurses Association 2012; Vermont Board of Nursing 2013; Complementary Therapies 2014; The role of the licensed nurse in providing complementary therapies, Erişim: 03.12.2016). Trevelyan ve Booth (1994)'un bildirdiğine göre ebe/hemşireler tarafından en çok kullanılan TAT tedavilerini üç gruba ayırmıştır. Birinci grupta ebe-hemşirelerin doğrudan ebe/hemşirelik bakımına dahil edebildikleri uygulamalar yer almaktadır. Bunlar; masaj, shiatsu, refleksoloji, aromaterapi, terapötik dokunmadır. İkinci grupta ebe/hemşirelik bakımına sınırlı dahil edilebilen uygulamalar yer almaktadır. Bunlar; homeopati, bitkisel tedaviler, beslenme terapileri, hipnoterapi dir. Üçüncü grupta ise, ebe/hemşirelik bakımına rahatlıkla dahil edilemeyen sadece önerilerde bulunabilecekleri uygulamalar bulunmaktadır. Bunlar; akupunktur, kriyopraktik, osteopati'dir (Trevelyan ve Booth 1994). Richardson (2001) tarafından yapılan bir çalışmada da gördüğümüz üzere TAT yöntemlerini uygulayan hemşirelerin %68'i masaj, %59'u aromaterapi, %18'i refleksoloji ve %13'ü de terapötik dokunma uygulamalarını yaptıkları belirtilmiştir.

Yukarıdaki araştırmalardanda gördüğümüz üzere geçmiş yıllardan günümüze kadar Avrupadaki ebe/hemşireler tarafından TAT yöntemleri kullanılmaktadır. Çünkü hem ebe/hemşirelik bakımının her bir boyutu hastanın/bireyin ihtiyaçlarının karşılanmasına yöneliktir ve ebe/hemşirelik bakımıyla TAT uygulamaları iç içedir. Bu yüzden bu tedavilerin uygulama yetkisinin bakanlığımızca yeniden gözden geçirilerek ebe/hemşirelere bu yöntemleri uygulama yetkisi verilmelidir.

Mesleki sorumluluk ve mesleki etikte herhangi bir tedavi veya bakımın hasta için uygun olup olmadığının belirlenmesi ve değerlendirilmesinde önem arz eder. Hemşirelik bakımının verilmesinde, hemşireler kendi mesleki sorumluluklarının farkında olmalıdırlar. Bir TAT uygulamasına karar verirken hemşire uygulanan tedavinin hastanın durumuna uygunluğunu belirlemeli ve uygun tedavinin yerine getirilmesinden sorumludur (Kilbey, 2005; Fowler ve Newton 2006; The role of the licensed nurse in providing complementr therapies, Erişim: 03.12.2016; American Holistic Nurses Association 2012; Vermont Board of Nursing 2013; Complementary Therapies 2014). TAT tedavi uygulamalarının girişimi gerçekleştirilmeden önce, ilgili girişimin hemşirelik bakım ve kapsamında, çalışılan kurumda uygulanıp uygulanmadığı ve hastaların yaşam kalitesini hangi yönde etkileyeceği değerlendirildikten sonra uygulanmalıdır. Hemşireler, TAT uygulamalarının hastalara yararlı olacağını düşünüyorsa, bu tedaviyi uygulayabilir yâda önerebilir. Bu uygulama veya öneri diğer sağlık ekip üyeleri ile işbirliği içinde yapılmalı ve hastanın bakım planına dahil edilmelidir. Ancak, bilimsel olarak yararı kanıtlanmış yöntemler dışında kalan TAT yöntemlerini uygulamak ya da hastaya önermek etik değildir (Fowler ve Newton 2006; Özkaptan 2012; American Holistic Nurses Association 2012; Vermont Board of Nursing 2013; Complementary Therapies 2014; The role of the licensed nurse in providing complementry therapies, Erişim: 03.12.2016). Hasta hakları kapsamında yasal ve tıbbi sistemimiz hastanın tedavi seçme ve bilgi alma haklarını korumaktadır. Bu haklar hem hasta etiği açısından hemde ülke sağlık politikası için doğru bir yaklaşımdır (Resmi Gazete 2014).

Hastalar hemşirelerden çeşitli TAT tedavi uygulamalarını talep edebilirler bu yüzden hemşireler bu TAT tedavilerin uygunluğunu tanılamakla sorumludurlar. Hasta eğer hemşireden, TAT yönteminin riskleri hakkında bilgi ve danışmanlık yapmasına rağmen zararlı bir yöntemi kullanmakta ısrarcı oluyor ve hemşire bu uygulamanın zarar

vereceğine inanıyorsa hastanın talebini reddetmelidir ve bu red kararın nedenlerini hastaya açıklanarak mutlaka imzalı onam alınmalıdır (Khorshid ve Yapucu 2005). Bu tedavilerin hastanın sağlığı ve yaşam kalitesini pozitif olarak desteklemesi ve sonuçların yararlılık ve zarar vermeme sağlık etiği ilkeleri ile uyumlu olması gereklidir. Birey ve toplum sağlığı birlikte düşünüldüğünde, bu tedavilerin/uygulamaların geleceğe dönük olarak insan sağlığı üzerindeki etkilerinin neler olabileceği, hangilerinin ne tür etkileri ve sonuçları doğurabileceği öngörülebilir olmalıdır. Buradan hareketle sağlık politikalarına bütüncül bakılmalı TAT uygulamaları dışlanmamalıdır (Karahanci ve ark. 2015). TAT yöntemlerini tercih eden hastalara, TAT'ın olumlu ve olumsuz etkilerini bilerek bakım ve tedavi hizmeti veren hemşirelerin konuyla ilgili bilgi, görüş ve uygulamadaki yaklaşımları, hasta güvenliğini sağlayarak ve yöntemi etik boyutuyla ele alması kaliteli hizmet sunması açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin etik ve tıbbi sorumluluğu gereği hastaya zarar vermeme ve yarar sağlama gibi değerleri göz önünde bulundurarak doğru bir yaklaşımla, hastaya danışmanlık yapması gerekmektedir (Özkaptan 2012).

TAT tedavilerinin kullanımı konusunda yeterli bilimsel bilgisi olmayan ya da bilimsel dayanağı olsa bile modern tıbbi tedavi içinde kullanımı konusunda bir görüşü bulunmayan hemşirelerin, hastalarına yeterince bakım vermekte zorlanabilirler ve buda çeşitli etik problemler yaşamalarına sebep olabilir. Hastalar tarafından fayda-zarar ilişkisi net olmayan TAT tedavilerinin veya kanıta dayalı olmayan yöntemlerin kullanımı bazı hastalar için potansiyel bir tehlike oluşturarak bireylerin zarar görmesine sebep olabilir. Sağlık profesyonellerinin özellikle de hemşire ve hekimlerin TAT yöntemleri konusunda hastalarına tedavilerin etkililiği ve riskleri konusunda mantıklı bir temellendirme sunamaması ve verilen bilgilerin güvencilikten uzak tehlikeli olabilmesi tıp etiğinin özerklik, yararlı olma ve zarar vermeme üç temel ilkesinin tümünü ihlal ederek yardımcı olamamaları veya bilgilendirmemeleri etik açıdan uygun değildir (Ernst 2009).

Sağlık ekibi özelliklede hemşirelerin, sağlık etiğinin; başta zarar vermeme olmak üzere özerkliğe saygı, yararlı olma ve adil olma ilkeleriyle, TAT yöntemlerinin riskleri hakkında hasta/sağlıklı bireylere gerekli bilgi ve tavsiyelerde bulunmak zorundadırlar. Diğer taraftan, bilimsel olarak kanıtlanmış alternatif tedaviye önyargı ile yaklaşan hemşireler medikal tedaviyi hastalara tek seçenek olarak sunması, hastaların tedavi

yöntemini seçmesini engellemekte ve kendisine uygulanacak bakım ve tedaviye aktif katılımını azaltarak, Tat yönteminden yararlanması engellenmektedir. Bu sebeple hemşireler, hastasının tutum, düşünce ve taleplerine saygı göstererek, taşımakta olduğu etik sorumluluğu doğrultusunda elinden gelen en iyi danışmanlık hizmetini ve bakımını vermelidir (Khorshid ve Yapucu 2005; Vohra ve Cohen 2007).

Hemşirelik eğitimi sürecinde ders programlarında gerek seçmeli gerekse zorunlu olarak, mezuniyet sonrasında ise özel eğitimlerle veya hizmet içi eğitimlerle TAT konusu ele alınmalıdır. Böylece hemşireler TAT konusu hakkında bilgi sahibi olarak, hastalarına veya başvurana kolaylıkla danışmanlık, bilgilendirme yapabilir ayrıca bireyleri bu uygulamaların risklerinden koruyabilirler (Özkaptan, 2012). Sonuç olarak, TAT yöntemlerinin sağlık bakımı içinde hak ettiği noktada yer almasında ebe/hemşireler en uygun profesyonel gruptur. Ebe/hemşirelik mesleğinin bu süreç içindeki rolü TAT uygulamalarının araştırmaya dayalı bağımsız bir sağlık konusu olarak yer almasında bir belirteç olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, sezaryenle doğum yapan primipar annelerde, ayak masajının laktasyona ve doğum sonu konforuna etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum servisine doğumunu sezaryen ile yapmak üzere başvuran primipar gebeler (n=554), örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden primipar anneler (n=100) oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, iki grubun LATCH skoru (Yenal ve ark. 2013) G*power 3.1.3 programı ile (Faul ve ark. 2007) bilinen ortalama puanı (8.4±1.77) 1 puanlık sapma içinde, %5 hata payı ve %80 güçle belirleyecek şekilde formülle hesaplandı, uygulama grubuna 50 ve kontrol grubuna 50 olmak üzere toplam 100 annenin örnekleme alınması gerektiği saptandı (Süt 2011; Çapık 2014). Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler, gruplara basit randomizasyon yöntemiyle dağıtıldı. Araştırmanın örnek seçim süreci CONSORT kriterlerine göre Şekil 3-1'de verildi.

Örnekleme Alınma Kriterleri (uygulama ve kontrol grupları için)

- Primipar olan,
- Sezaryen operasyonu ile doğum yapan,
- Sezaryen operasyonunu genel anestezi ile gerçekleştirmiş olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- 37 hf ve üzerinde ve tekil doğum yapmış olan,
- Konya ili merkez sınırları içerisinde yaşayan,
- Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığa ve iletişim problemi olmayan,
- Uygulama grubundaki anneler için; ayak cildinde bulaşıcı hastalık (zona, mantar, egzema, siğil, nasır), lokal enfeksiyon (abse vb.), açık lezyon/yara, skar dokusu, ödem, hematoma, tromboflebit, derin ven trombolizi, pıhtılaşma

bozukluğu, kitle, varis, ayak parmaklarında deformite, yakın zamanda kırık, çıkık, tendon veya fasyada kopma yaşamayan,

- Araştırmaya katılmaya gönüllü anneler araştırma kapsamına alındı.

Örnekleme dışlanma kriterleri (Uygulama ve kontrol grupları için);

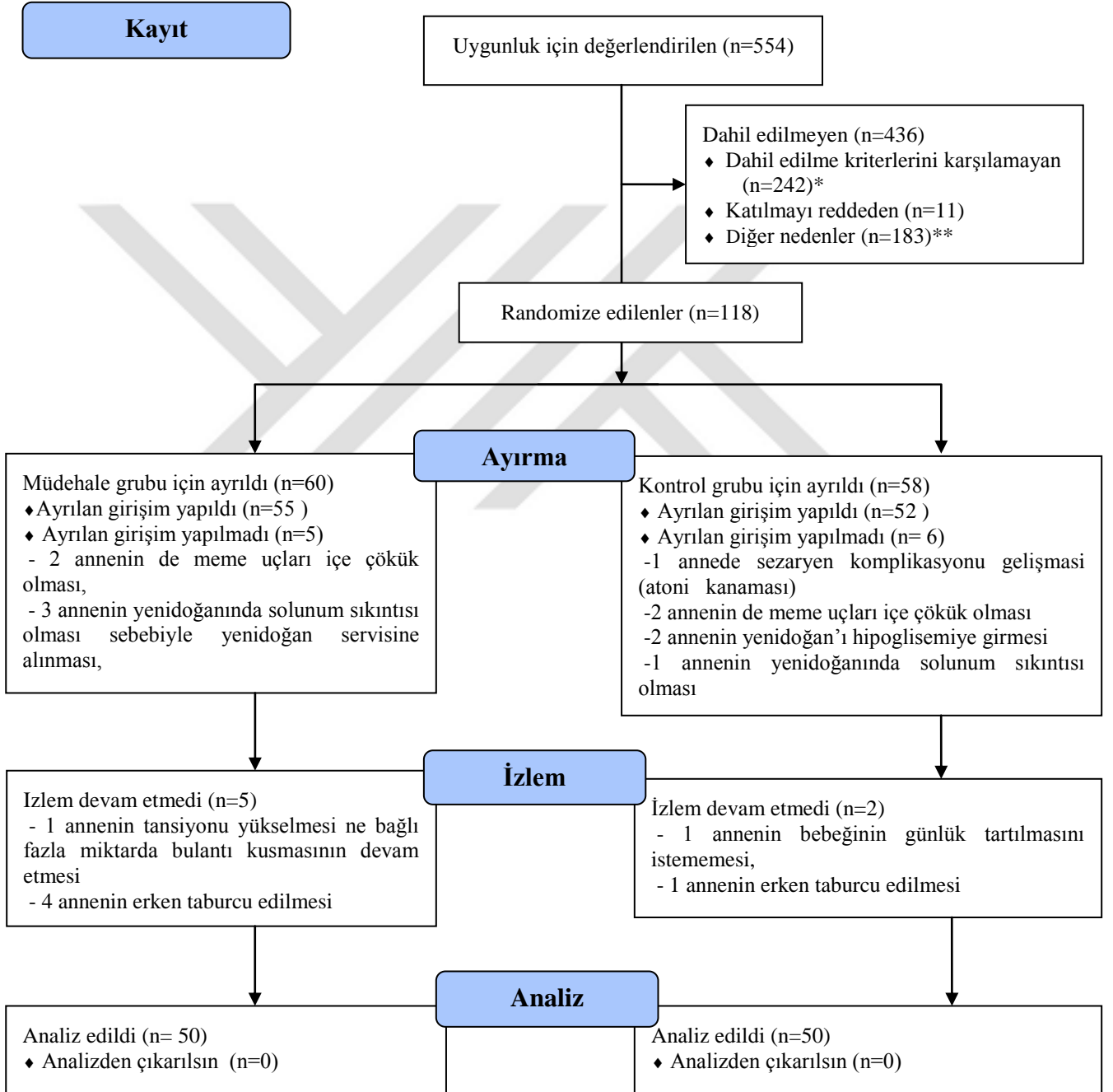
- Meme apsesi sorunu yaşayan,
- Bebeğin kaybı veya bebeğin herhangi bir nedenle anne yanında bulunmayan,
- Türkçe konuşma ve anlamada dili yetersiz olanlar,
- Sezaryen operasyonu spinal ve epidural ile gerçekleştirenler,
- Multipar olanlar,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, çalışma dışında bırakıldı.

3.3. Randomizasyon ve Körleme

Örnekleme seçim kriterlerine uygun olan kadınlar Random.org sitesinden Numbers alt başlığından Random Integer Generator yönteminden yararlanarak 1-118 arasında tek gruplu sütunlar oluşturuldu. Sütunda 1 ve 2 rakamları gözetilerek, gelen gebeler 1 ve 2 numaralara randomize olarak atandı (Random.org. <https://www.random.org/integers/?num=100&min=1&max=2&col=1&base=10&format=html&rnd=new>). Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlendi. Çekilen kura sonrası 1 numaranın kontrol grubuna, 2 numaranın deney grubuna dahil edilmesine karar verildi. Ayak masajı uygulaması ve formlar araştırmacı (SC) tarafından uygulandı. Sezaryen operasyonu sonrasında uygulama ve kontrol grubundaki annelerin, birbirleriyle etkileşimlerini önlemek amacıyla serviste aynı odada olmamalarına özen gösterildi. Araştırmacı, annelerin hangi gruba dahil edildiğini bildiği için çalışmanın veri toplama aşaması tek kördür. Ancak, çalışmanın istatistiksel analizini araştırmacıların dışında bağımsız bir istatistikçi yaptığı için istatistiksel analizi çift kördür.



CONSORT 2010 Flow Diagram



* Sezaryen operasyonu spinal veya epidural yöntem ile gerçekleşen kadınlar, ** 37 hf altında gebeliğe sahip ve çoğul gebeliği olanlar, Türkçe konuşma ve anlamada dili yetersiz olanlar

Şekil 3-1: CONSORT 2010 Akış Diyagramı

Kaynak: Sunay ve ark. (2013), CONSORT 2010 Akış Diyagramı: Erişim: 16/02/2016.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Konya ili sınırları içerisinde yer alan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi (NEÜMTF) Kadın Doğum servisinde yapılmıştır. Başvuran gebe sayısının fazla olmasından dolayı bu hastane seçilmiştir. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi 1235 yataklı olup 1982 yılından bu yana hizmet veren İç Anadolu'nun dev sağlık kurumudur. Kadın doğum servisinde 69 yatak kapasitesine sahip 19 hasta odası, 15 yataklı sancı odası olup, 4 NST (non-stres testi) bulunmaktadır. Kadın doğum servisinde 4 profesör, 2 doçent, 3 uzman, 12 kadın doğum asistanı, 2 ebe ve 19 hemşire görev yapmaktadır. Serviste ebe ve hemşireler gündüz 08:00-17:00, gece ise 17:00- 08:00 olacak şekilde çalışmaktadırlar. NEÜMTF Başhekimliğinden yazılı onay alınarak (Ek VIII) ayak masajı (refleksoloji) annelere klinikteki odalarda gerçekleştirildi. Araştırmanın uygulama süresi yaklaşık 12 ay sürdü. Araştırmanın yapıldığı klinikte tüm doğum yapan annelere rutin doğum sonu bakım ve emzirme eğitimi verilmektedir ancak TAT uygulamalarına yönelik bilgi ve danışmanlık yapılmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Hipotez ve Değişkenleri

H1: Sezaryenle doğum yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin memelerdeki süt inme belirtileri ve ilk süt (kolostrum) daha kısa sürede başlar.

H2: Sezaryenle doğum yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin Emzirme Tanılama ve Değerlendirme ölçüm (LATCH) puanı artar.

H3: Sezaryenle doğum yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin Doğum Sonrası Konfor puanları (DSKÖ) artar.

Bağımsız Değişkenler: Annelere uygulanan ayak masajı (refleksoloji) çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişkenler: Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı (LATCH) ve ilk kolostrumun gelme saati, laktasyon başlama belirtileri, Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ), Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS)

3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, literatür bilgisine dayanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen anne ve bebeğe ait yapılandırılmış bilgi formu (Ek-I), doğum sonrası

dönemde bebeğin emme durumunu belirlemek için Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı (LATCH) (Ek-II), laktasyon başlama belirtilerini tespit etmek için Vizüel Analog Skala (VAS) (Ek-III), ayak masajı memnuniyeti için Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) (Ek-IV) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek-V) ile veriler toplandı.

3.6.2. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek-I):

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı (Zhang, ve Tianjun 1996; Tiran and Chummun 2005; Cakmak, ve Kuguoglu 2007; Zanardo ve ark. 2010; Karakaplan ve Yıldız 2010; Matias ve ark 2010; Regan ve ark. 2013; Loganayagi ve ark. 2014) olarak oluşturulan veri toplama formunda 50 soru bulunmaktadır. Bu soru formunda anne ve bebeğe ait tanıtım formunda ilk yedi soru annenin sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi, sosyal güvence gibi), diğer sorular ise hem annenin hem bebeğe ait özellikleri (gebelik öyküsü, doğum haftası, yenidoğana ait özellikler, ilk kolostrumun gelme zamanı, sezaryen olma sebepleri, emzirme durumları, emzirme memnuniyeti, sezaryen sonrası yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğu durumlar, anesteziye bağlı oluşan rahatsızlıklar'a) ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.6.3. Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı (LATCH) (Ek-II)

LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı 1986 yılında puanlama yöntemi açısından APGAR skor sistemine benzetilerek oluşturulan bir araç olup değerlendirmesi hızlı ve kolaydır. Bu araç, emzirmenin objektif olarak değerlendirilmesinde ve emzirme sorunlarını saptamada sağlık çalışanları tarafından kullanılmak üzere (longitudinal çalışmalarda emzirme başarısını belirlemek) geliştirilmiştir (Jensen ve ark. 1994; Adams ve Hewell 1997). Bu ölçüm aracı beş değerlendirme kriterini içermekte ve bu kriterlerin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşiminden oluşmaktadır. LATCH Puanlama Sisteminde her kriter için 0, 1 ya da 2 puan verilmektedir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilmektedir. Ölçüm aracının kesme noktası yoktur ve LATCH puanı yükseldikçe emzirme başarısının yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Alınabilecek maksimum puan 10'dur. Daha düşük puan alınması annenin yardıma gereksinimi olduğunu gösterir. Puanlama, hemşire tarafından emzirme süreci gözlenerek yapılır (Jensen ve ark. 1994).

LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı'nın güvenilirliği Amerika'da, Adams ve Hewell tarafından 1997 yılında yapılmış ve bağımsız gözlemciler arası uyum yüzdesi %94,4 olarak bulunmuştur (Adams ve Hewell 1997). Türkiye'de güvenilirliği Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapılmış ve Chronbach alfa değeri 0,95 olarak saptanmıştır (Yenal ve Okumuş 2003). Bu çalışmada LATCH ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı tüm grup ve tüm günler için 0,66, uygulama grubunun tüm günleri için 0,69, kontrol grubunun tüm günleri için 0,45 olarak bulundu.

LATCH, emzirmeyi değerlendirmek ve gerekli durumlarda uygun girişimlerde bulunmak için beş özel kriter üzerine odaklanır. Bu kriterler;

L - (Latch) *“bebeğin memeyi kavramasını”*

A - (Audible Swallowing) *“bebeğin yutkunma sesinin duyulmasını”*

T - (Type of Nipple) *“annenin meme başının tipini”*

C - (Comfort of Breast/Nipple) *“annenin meme/meme başı rahatlığını”*

H - (Hold/Positioning) *“annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardım'ı”* tanımlar.

3.6.4. Laktasyonun Başlama Belirtileri Skalası (EK-III)

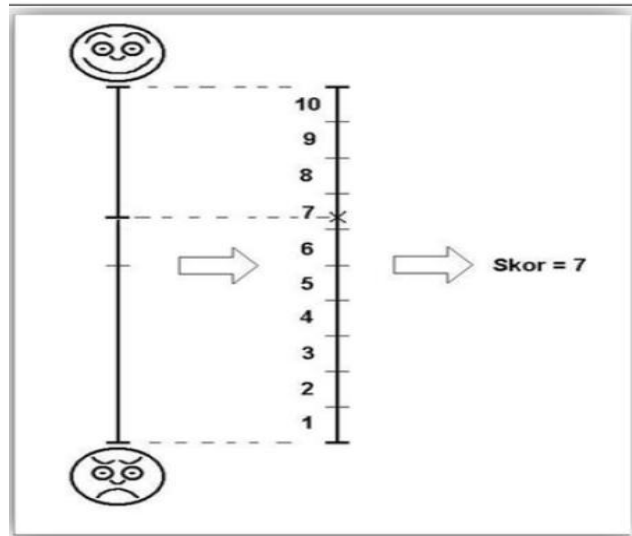
Annenin öz bildirimine dayalı olarak sütünün inişi sırasında memelerdeki değişimleri değerlendirmek için kullanılmıştır. Değerlendirmede Mauri ve ark. (2015)'nin çalışmalarında kullandıkları gibi Vizüel Analog Skala (VAS)'dan yararlanılmıştır. Laktasyonun başlama belirtileri; 1. Memelerdeki gerginlik, 2. Memelerdeki ısı artışı, 3. Memelerdeki ağrı (0=rahatsızlık yok, 1-2=Çok az, 3-4= Biraz fazla, 5-6= Çok, 7-8= Fazla, 9-10= Çok fazla, dayanılmaz) değerlendirildi (Mauri ve ark. 2015).

3.6.5. Görsel Analog Hasta Tatmini (Memnuniyet) Skalası (GAHTS) (EK-IV)

Ölçek, annenin ayak masajından memnun olma durumunu saptamak için kullanılmıştır. GAHTS işlerlikleri kanıtlanmış ve yaygın olarak kullanılan iki skalanın (Görsel Analog Ağrı Skalası ve Wong Baker Skalası) özelliklerini birleştirmektedir (Kılınçer ve Zileli 2006). Ölçek, hasta tatmininin ölçülmesi, verilen tıbbi bakımın

kalitesini değerlendirmenin vazgeçilmez unsurlarından biridir. Kılınçer ve Zileli tarafından GAHTS 2006 yılında düzenlenmiştir. Araştırmacılar, hasta tatminini ölçmek isteyen bir sağlık profesyonelinin kullanabileceği Türkçe'ye uyarlanmış, değişik gruplarda uygulayabilecek, yaygın ve pratik kullanımı olan bir ölçeğe rastlamamış olmaları nedeni ile GAHTS'ı düzenlediklerini belirtmişlerdir. GAHTS hastanın verilen tıbbi bakımdan tatmin olma derecesini ölçmek üzere düzenlenmiş yeni bir skorlama sistemidir. Bireyin “*tıbbi bakımdan duyduğu genel tatmin derecesini*” objektif ve pratik bir şekilde ölçmekte kullanılabilir. Bireyin tatmin olma ya da olmama durumunun neden kaynaklandığına ilişkin ayrıntılı bilgiye ulaşılabilmesi ölçeğin zayıf yönüdür (Kılınçer ve Zileli 2006). Çalışmanın yazım dilinde “hasta” kelimesi yerine “anne” ifadesi kullanılacaktır.

Ölçekte, düz bir çizgi ve çizginin sol uçlarında tam tatminsizlik ve sağ ucunda ise en üst seviyede tatmini temsil eden iki yüz çizimi bulunur. Anne, çizgi üzerinde tıbbi bakımdan tatmin olma derecesine karşılık gelen noktayı bir çarpı (X) işaretiyle belirtir. Araştırmacı değerlendirmesinde bu işaretlemenin yerini yatay çizginin her 1/10'luk kısmının işaretlenmiş olduğu bir cetvel üzerinde belirleyerek 10 üzerinden puanlar. Değerlendirmeyi yapan araştırmacı ölçek ile aynı boyda, fakat bir ölçek kullanarak hastanın koyduğu işaretin kaçınıcı 1/10'luk bölmeyle karşılık geldiğini saptar. Tatmin olma derecesi ne kadar fazla ise bireyin çarpı işareti ile belirttiği yer o kadar yüksektir. Bu bölmenin numarası kişinin 10 üzerinden tatmin olma derecesini gösterir (Kılınçer ve Zileli 2006).



Şekil 3-2: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS)

Kaynak: Kılınçer ve Zileli, 2006.

3.6.6. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek-V)

Kolcaba tarafından 1994 yılında geliştirilen ve 2004 yılında Karabacak tarafından geçerlilik güvenirlilik çalışması yapılan 48 sorudan oluşan likert tipteki General Comfort Questionary-Genel Konfor Ölçeği, Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından doğum sonuna uyarlanarak Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) geliştirilmiştir. Ölçek likert tipli olup 34 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında puanlanmaktadır. Olumlu cümlelerde tamamen katılıyorum ifadesi en iyi konforu (5 puan), olumsuz cümlelerde ise düşük konforu (1 puan) göstermektedir. Bu doğrultuda ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170’dir. Ölçek “fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel” olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçekten alınan puanın artması konforun arttığını göstermektedir (Karakaplan ve Yıldız, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenirliği toplam DSKÖ için 0,87, alt boyutlardan fiziksel konfor için 0,85, psikospiritüel konfor için 0,51 ve sosyokültürel konfor için 0,64 olarak bulundu.

3.7. Araştırmacının Ön Hazırlığı

Araştırmacı Seyhan ÇANKAYA, 2004 yılında kurulan Psikoakademi Psikolojik Danışmanlık ve Refleksoloji Merkezinde, Brussels Capital University Refleksoloji bölümü tarafından organize edilen, Psikolog ve Refleksoloji Uzmanı Halil Tabur tarafından verilen 250 saatlik Klinik Refleksolojisi eğitimi aldı. Eğitimin içeriği teorik ve pratik bilgilerden oluşmuştur. İlk önce teorik eğitim alındı ve daha sonra pratik uygulama yapıldı. Teorik eğitimde; refleksoloji ve tarihçesi, etki mekanizması, teknikler, uygulama alanları, refleksoloji haritası ve bası noktalarına ait bilgiler verildi. Uygulamalı eğitimde ise; ayak refleksolojisini araştırmacı ilk önce kendi üzerinde, daha sonra uzman refleksologlar üzerinde deneyerek pratik kazandı. Uygulamanın tekniği, uygulanan noktaların doğru tespiti, ayaklardaki bölgelerin öncelik sırasının belirlenmesi ve uygulamalardaki bası ayarlamasının doğru yapıldığına karar verildikten sonra araştırmacı Seyhan ÇANKAYA başarılı sayılmış ve sertifikası verilmiştir (EK-VI).

3.8. Araştırmanın Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formunun ve belirlenen ölçeklerin anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek, çalışmada uygulanacak ayak masajının etkisini değerlendirmek amacıyla 01 Mayıs 2016-01 Haziran 2016 tarihleri arasında 10 anneye ön uygulama yapıldı. Ön uygulamaya, örneklem kapsamına alınan kişilerin %10'unu temsil edecek şekilde her grup için beş kişi alındı. Ön uygulamada veri toplama formu ve ölçeklerle birlikte beş anneye refleksoloji, beş anneye herhangi bir müdahale yapılmadı. Ön uygulama sonrasında refleksoloji uygulanan anneler derin bir rahatlama ve gevşeme hissettiğini ifade ettiler ve bazı annelerde uyku hali gözlemlendi. Ön uygulama yapılan annelerin hiçbiri çalışmaya dahil edilmedi.

3.9. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri 01 Mayıs 2016- 1 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yürütüleceği Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum servisinde görev yapan sağlık ekibi üyelerine araştırmanın amacı, kapsamı, kendilerinden ne beklenildiği ile ilişkili bilgilendirme toplantısı yapılarak açıklandı ve sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği sağlandı.

Örneklem seçim kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden anneler araştırma kapsamına alındı. Ayak masajı, refleks tekniğine uygun olarak, ayaktaki ilgili noktalara bası uygulaması şeklinde yapıldı. Ayak masajı (refleksoloji) uygulanan grupta 50 anne, kontrol grubunda 50 anne olmak üzere, her grupta örneklem sayısına ulaşılan kadar annelere ulaşılarak ve toplam 100 anne ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri 2 aşamalı olarak toplandı:

A. Araştırmanın I. Aşamasında Yapılan Uygulamalar

Annelerin araştırmaya dahil edilmesi sırasında yapılan işlemler;

- Sezaryen olmak üzere kadın doğum servisine yatışı yapılan ve araştırma kriterlerine uyan gebelerle, sezaryen operasyonu öncesi görüşülerek araştırmanın amacı, içeriği ve uygulanacak yöntemler ile ilgili açıklama yapılarak, çalışmaya katılmak isteyenlerden sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formu alındı.

- Gebelerden yüzyüze görüşme yöntemiyle, yapılandırılmış bilgi formu'nun sosyodemografik ve geçmiş obstetrik özellikleri sorgulayan bölümleri doldurulmuştur.

- Çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçim kriterlerine uygun olan gebeler uygulama (refleksoloji uygulanılacak) ve kontrol (hiçbir müdahale uygulanılmayacak) grup olacak şekilde iki gruba randomize olarak atandı.

- Sezaryen operasyonu sonrasında uygulama ve kontrol grubundaki annelerin, serviste aynı odada birbirleriyle etkileşimlerini önlemek amacıyla farklı odalara yatırılması sağlandı.

B. Araştırmanın II. Aşamasında Yapılan Uygulamalar

- Yapılandırılmış bilgi formu, ölçekler, emzirme eğitimi ve refleksolojinin uygulanması ve değerlendirilmesi araştırmacının kendisi tarafından yapıldı. Refleksolojinin adımları, araştırmacı tarafından “Psikoakademi Psikolojik Danışmanlık ve Refleksoloji Merkezi’nden” özel eğitim aldıktan sonra oluşturuldu.

- Refleksoloji, postoperatif 1., 2. ve 3. gün olmak üzere toplam üç gün boyunca uygulandı. Uygulamaya, hastaların durumunun stabil olması ve anestezinin etkilerinden kurtulduktan sonra ortalama 3. saatte başlandı.

- Anneye operasyon sonrası, üç gün boyunca, günde üç kez ortalama 8 saat arayla, sağ ayağa 10 dk sol ayağa 20 dk kesintisiz olarak 30 dakika süren refleksoloji uygulaması yapıldı.

Sağ ayakta sempatik sinir lifleri sonlanırken sol ayakta parasempatik sinir lifleri sonlanmaktadır. Sempatik sinirler; Korku, sevinç, heyecan, tehlike gibi acil durumlarda vücudumuzu tehlikeden korumak veya üstesinden gelmek için sempatik sinir sistemi aktive olur, kan basıncı ve kalp hızını arttırır, sindirimi yavaşlatır. Parasempatik sinirler ise; kişi dinlenme anında iken etkindir, enerji dengesinin düzeltilmesini sağlar. Kan basıncı ve kalp hızını azaltarak, solunumun ve gözbebeklerinin eski boyutuna dönmesini sağlar. Tükürük ve barsak salgıları ile barsak hareketlerini artırır (Tabur ve Başaran 2009). Çalışmamızda annelerdeki ağrı, anksiyete, korku ve stresi azaltmak ve annenin rahatlamasını sağlayarak konforunu ve süt üretimini arttırmak için, sağ ayakta yorgunluk ve ağrı semptomu için 10 dk beyin, hipofiz bezi, tiroid ve paratiroid bezi, diyafragma, göğüs ve üst lenfler, alt lenfler, akciğer, böbrek üstü bezi ve karaciğer, uterus, overler ve fallop tüpleri bölgesi çalışılmıştır. Sol ayakta annenin konforu ve süt üretimini sağlamak için; beyin, hipofiz bezi, tiroid ve paratiroid bezi, diyafragma, akciğerler, göğüs ve üst lenfler, alt lenfler, böbrek üstü bezi ve karaciğer, kalın ve ince barsaklar ve solar plexus 15 dakika çalışıldı. Uterus, vajina, mesane, overler ve fallop

tüpleri refleks noktalarına ve göğüs bölgesine ise 5 dk bası yapıldı (Kunz 2007; Tabur ve Başaran 2009).

- LATCH emzirme ölçeği, laktasyon başlama belirtileri ve ilk kolostrumun gelme saati günlük olarak, yenidoğanın günlük kilo tartısı ise refleksoloji uygulamasından sonra üç gün süreyle not alındı. Üçüncü günün sonunda son refleksoloji uygulamasından sonra anneye refleksoloji memnuniyetini değerlendirmek için Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ve Görsel Analog Hasta Tatmin Skalası (GAHTS) uygulandı.

Tablo 3-1: Ölçüm araçlarının refleksoloji grubuna uygulama takvimi

Ölçüm Araçları	Ölçüm Zamanları			
	İlk Görüşme	Sezaryen 1. gün	Sezaryen 2. gün	Sezaryen 3. gün
Bilgilendirilmiş Onam Formu	X			
Veri Toplama Formu	X			
Emzirme Puanlama Sistemi (LATCH)		X	X	X
Laktasyon başlama belirtilerini (VAS)		X	X	X
Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)				X
Görsel Analog Hasta Tatmin Skalası (GAHTS)				X

Tablo 3-2: Ölçüm araçlarının kontrol grubuna uygulama takvimi

Ölçüm Araçları	Ölçüm Zamanları			
	İlk Görüşme	Sezaryen 1. gün	Sezaryen 2. gün	Sezaryen 3. gün
Bilgilendirilmiş Onam Formu	X			
Veri Toplama Formu	X			
Emzirme Puanlama Sistemi (LATCH)		X	X	X
Laktasyon başlama belirtilerini (VAS)		X	X	X
Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)				X

Kontrol Grubu Uygulama Adımları

Kontrol grubundaki annelere sezaryen operasyonu sonrasında sadece rutin hemşirelik bakımı ve emzirme eğitimi verildi. Annelere sezaryen sonrası 1., 2. ve 3.

günlerde LATCH ve laktasyon belirtileri (VAS) skala soru formu, anesteziye ve emzirme memnuniyetine yönelik soru formu ve 3. günde ise sadece DSKÖ uygulandı.

Refleksoloji Uygulama Adımları

- Sezaryen sonrası (1. Gün) sekiz saat arayla günde üç kez olmak üzere sağ ayağa 10 dk sol ayağa 20 dk olmak üzere toplam 30 dakika süren refleksoloji uygulaması yapıldı. Son refleksoloji uygulama sonrası LATCH ve laktasyon belirtileri (VAS) skala soru formu, anesteziye ve emzirme memnuniyetine yönelik soru formu uygulandı.

- Sezaryen sonrası (2. Gün) sekiz saat arayla günde üç kez olmak üzere sağ ayağa 10 dk sol ayağa 20 dk olmak üzere toplam 30 dakika süren refleksoloji uygulaması yapıldı. Son refleksoloji uygulama sonrası LATCH ve laktasyon belirtileri (VAS) skala soru formu, anesteziye ve emzirme memnuniyetine yönelik soru formu uygulandı.

- Sezaryen sonrası (3. Gün) sekiz saat arayla günde üç kez olmak üzere sağ ayağa 10 dk sol ayağa 20 dk olmak üzere toplam 30 dakika süren refleksoloji uygulaması yapıldı. Son refleksoloji uygulama sonrası LATCH ve laktasyon belirtileri (VAS) skala soru formu, anesteziye ve emzirme memnuniyetine yönelik soru formu ve GAHTS refleksoloji memnuniyet skalası ve DSKÖ uygulandı.

- Bir refleksoloji seansı toplamda 30 dakika sürmektedir. Her bir uygulama üç seans toplamda da 90 dakika olmak üzere üç gün boyunca gerçekleştirildi.

3.10. Refleksoloji Uygulama Basamakları

Müdahale odası hazırlığı

Uygulama için odanın yeterli aydınlıkta ve ılık olmasına özen gösterildi. Uygulama sırasında odada sadece araştırmacı ve annenin bulunmasına özen gösterilerek, odada bulunan diğer hasta refakatçileri uygulama sırasında alınmayarak, annenin kendisini rahat hissedebileceği bir ortam sağlandı.

Annelerin hazırlığı

Annenin ayak hijyenin iyi olduğundan ve herhangi bir krem/losyon sürmediğinden emin olunarak ve ayaklarının çıplak olması istendi.

Refleksoloji için anne yarı oturur vaziyette ve uygulayıcı olarak annenin ayak ucunda bulunuldu. Annenin bacaklarını rahatlatmak için işlem öncesi küçük bir yastık veya yumuşak bir rulo dizinin altına yerleştirilerek, ayak 45 derecelik açıda tutuldu.

Uygulama zamanı

Yemeklerden en az bir saat sonra refleksoloji uygulaması yapıldı.

1. Eller yıkandıktan sonra birbirine sürtülerek uygun sıcaklığa gelmesi sağlandıktan sonra, bir miktar vazelin çıplak ellerle annenin ayağına kayganlığı sağlayacak şekilde yayıldı.

2. Refleksoloji uygulanmasına ilk sağ ayakla başlandı,

3. İlk önce iki dakika ayağa ısıtma ve gevşetme hareketleri yapıldı,



1. Kaydırma hareketi

2. Çamaşır sıkma yöntemi



3. Bel Kemiği bükme tekniği

4. Başparmağı döndürme hareketi

Şekil 3-3: Ayağı Isıtma ve Gevşetme Hareketleri

Kaynak: Kunz 2007; Tabur ve Başaran 2009.

4. Ayağı ısıtma işleminden sonra öncelikle sağ ayaktan başlanarak anestezinin negatif etkileri ve yorgunluk semptomu üzerinde çalışıldı. Anestezinin negatif etkileri ve yorgunluk semptomu için sağ ayakta sırasıyla beyin, hipofiz bezi, tiroid ve paratiroid bezi, diyafragma, akciğer, böbrek üstü bezi ve karaciğer, göğüs ve üst lenfler, alt lenfler bölgesine sekiz dakika çalışıldı.



A. Beyin

B. Hipofiz bezi

C. Tiroid ve Paratiroid bezi



Ç. Akciğerler

D. Böbrek üstü bezi ve Karaciğer

E. Göğüs ve Üst lenfler



F. Alt lenfler

Şekil 3-4: Beyin (A), Hipofiz bezi (B), Tiroid ve Paratiroid bezi (C), Akciğer (Ç), Böbrek üstü bezi ve Karaciğer (D), Göğüs ve Üst lenfler (E), Alt lenfler bölgesi (F).

Kaynak: Kunz 2007; Tabur ve Başaran 2009.

5. Sağ ayaktan sonra sol ayağa geçildi. Sol ayakta annenin konforu ve süt üretimini sağlamak için anestezinin negatif etkileri, ağrı, yorgunluk, anksiyete semptomları için sırasıyla beyin ve hipofiz bezi (2 dk), tiroid ve paratroid bezi (2 dk), akciğerler (2dk), göğüs ve üst lenfler (2dk), alt lenfler (2dk), böbrek üstü bezi ve karaciğer (2dk), kalın ve ince barsaklar (2dk) ve solar pleksus (1dk) toplamda 15 dakika çalışıldı.



A. Beyin

B. Hipofiz bezi

C. Tiroid ve Paratiroid bezi



Ç. Akciğerler

D. Böbrek üstü bezi ve Karaciğer

E. Göğüs ve Üst lenfler



F. Alt lenfler

G. İnen kolon

Ğ. Sigmoid kolon



H. Transvers kolon

I. İnce bağırsaklar

İ. Solar Plexus

Şekil 3-5: Beyin (A), Hipofiz bezi (B), Tiroid ve Paratiroid bezi (C), Akciğer (Ç), Böbrek üstü bezi ve Karaciğer (D), Göğüs ve Üst lenfler (E), Alt lenfler bölgesi (F), İnen kolon (G), Sigmoid kolon (Ğ), Transvers Kolon (H), İnce bağırsaklar (I), Solar Plexus (İ).

Kaynak: Kunz 2007; Tabur ve Başaran 2009.

Beş dakika uterus, mesane, overler ve fallop tüpleri refleks noktalarına bası yapıldı.



J. Uterus



K. Mesane



M. Overler



N. Fallop tüpleri

Şekil 3-6: Uterus (J), Mesane (K), Overler (M) ve Fallop tüpleri (N) refleks noktaları.

Kaynak: Kunz 2007; Tabur ve Başaran 2009.

6. Son işleme olarak, solar pleksus noktasının üzerine bir dakika kadar baskı uygulayarak refleksoloji uygulaması sonlandırıldı.
7. Refleksoloji uygulaması sırasında gerekmedikçe annelerle konuşulmamıştır ve vücutlarındaki gevşemeyi hissetmeye davet edildi.

3.11. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler, araştırmacı tarafından Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 istatistiksel paket programına uygun istatistik yöntemler ile değerlendirildi. Bu çalışmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca (medyan) kullanıldı. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson dört gözlü ve çok gözlü ki-kare, Fisher Kesin testi, sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise normal dağılım durumuna göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, Kaplan Meier testi, zamana göre sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi (ileri analiz olarak Bonferroni analizi) ve Friedman analizi (ileri analiz olarak Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon işaret testi) kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

3.12. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için çalışma öncesi Turgut Özal Üniversitesi Klinik Araştırmalar etik kurulundan yazılı izin alındı (EK-VII). Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden de yazılı izin alındı (EK-VIII). Soru formu uygulanmadan önce, annelere araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-IX) ile sözlü veya yazılı onamları alındı.

3.13. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmaya sadece primipar ve sezeryanla doğum yapan annelerin alınması, araştırma sadece bir Tıp Fakültesinde yapılmış olması, sütün inme belirtilerini ve iniş zamanını değerlendiren aktif bir skalanın olmaması araştırmanın sınırlılığıdır.

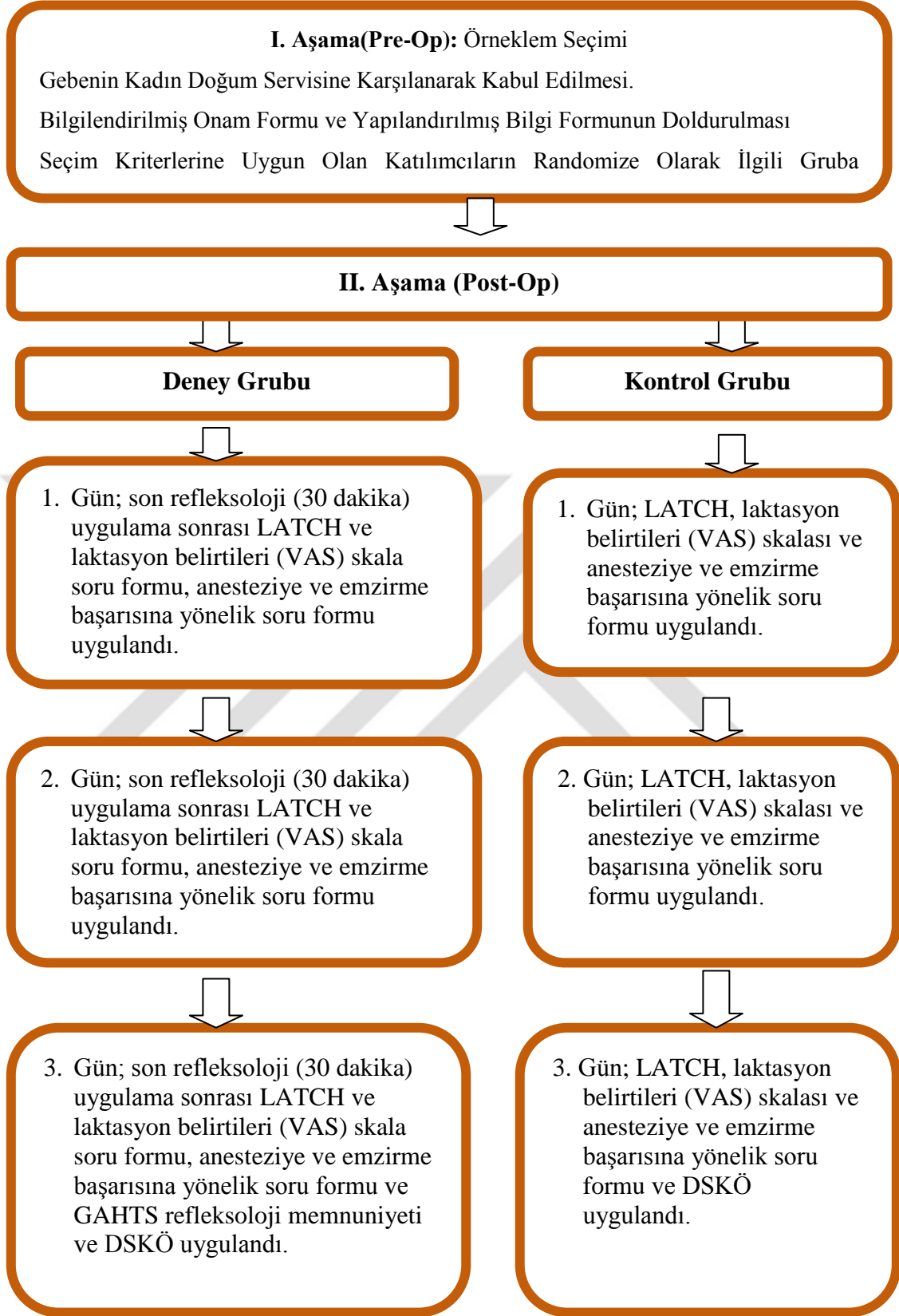
3.14. Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler

Araştırma sırasında annelerin en fazla şikayet ettikleri semptom ağrı, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, sütün olamaması, zaman zaman da bulantı kusmadır. Ayak masajı uygulanan gruplarda bu tür semptomlarda azalma oldu. Özellikle her ayak masajı seansından sonra annede derin bir gevşeme ve rahatlama hissi başlayarak annelerde uyku hali gözlemlendi. Gebelik öncesi psikolojik tedavi alan bir anne ayak masajı uygulaması sonrası hem psikolojik olarak hemde genel olarak vücudunun rahatladığını, uykusuzluğunun azaldığını bildirdi. Yine ayak masajı uygulanan gruptaki

annelerin çoğu ikinci gününde gaz çıkarmış, distansiyon ve konstipasyon şikayeti için bu annelere lavman uygulaması yapılmamıştır. Son ayak masajı uygulaması sonrasında çoğu anne aktif ve etkili bir şekilde bebeklerini emzirdikleri gözlemlendi ve anneler süt salgı durumlarının iyi olduğunu ifade ettiler. Yürütülen bu araştırma ile anneler ve ebe/hemşire ilişkileri açısından son derece güzel kazanımlar ortaya koymuştur. Uygulamalar sırasında anneler araştırmacı ebe/hemşireye güvenleri artmış ve kendi ve bebekle ilgili pek çok konuda danışmanlık aldılar. Hemen hemen annelerin hepsi yapılan ayak masajı uygulaması için olumlu geri bildirimde bulundular. Gerek annenin olumlu geri bildirimini gerekse gözlemlenen annedeki pozitif durumlar oda da ki diğer anneler tarafından da gözlemlendiği için diğer anneler de araştırmacı ebe/hemşireden ayak masajı uygulaması talebinde bulundular.

Araştırma sürecinde yaşanan olumlu gelişmelere rağmen zaman zaman bazı güçlükler de meydana geldi. Araştırma kriterlerine uygun sezaryen operasyonu öncesi ilk karşılaşmada kontrol grubuna atanacak sekiz gebeden birincisi kendisinin çalışmaya katılımı konusunda gönüllü olmasına rağmen sezaryen sonrası bebeğinin günlük tartılmasını istemediği için, diğer gebe ise sezaryen operasyonu sırasında atoni geliştiği için, iki annede ise meme uçları içe çökük olup emzirmeye uygun olmadığı için, diğer iki annenin yenidoğanında hipoglisemi gelişip yenidoğan servisine alındığı için, bir annenin yenidoğanın da solunum sıkıntısı oluşup yenidoğan servisine alındığı için ve diğer bir annenin ise erken taburcu edildiği için toplamda sekiz anne araştırmadan çıkarılmak zorunda kaldı.

Ayak masajı (refleksoloji) grubunda ise, kriterlere uygun annelerden, üç annenin yenidoğanın da solunum sıkıntısı sebebiyle yenidoğan servisine gönderildiği için, bir annenin tansiyonu yükselmesi ne bağlı fazla miktarda bulantı kusması devam ettiği için, iki annenin de meme uçları içe çökük olup emzirmeye elverişli olmadığı için, dört annede erken taburcusu olduğu için toplamda 10 anne araştırmadan çıkarılmak zorunda kaldı.



Şekil 3-7: Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölüm halinde incelenmiştir. **Birinci bölümde**, annelerin sosyo-demografik, gebelik ve doğuma ilişkin özellikleri, Tamamlayıcı Tıp Uygulamasını (TAT) bilme ve kullanma durumu özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. **İkinci bölümde**; kontrol ve uygulama gruplarındaki annelerin emzirme özellikleri, doğum sonu destek ihtiyacı ve sorun yaşama durumu, anesteziye bağlı oluşabilecek sorunlardaki farklılıklar, yenidoğan bebeğe ait özellikleri, annelerin emzirme memnuniyeti durumları ve LATCH emzirme puan ortalamaları, annelerin ilk sütünün gelme zamanı, Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) puan ortalamaları, Ayak masajı Uygulanan Annelerin Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) ayak masajı uygulaması memnuniyet durumu, memelerde görülen değişim durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. BİRİNCİ BÖLÜM

Birinci bölümde; çalışmaya katılan annelerin sosyo-demografik, gebelik ve doğuma ilişkin özellikleri, Tamamlayıcı Alternatif Tıp (TAT) uygulamasını bilme ve kullanma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine ilişkin bulguları

Tablo 4-1: Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması (n: 100)

Özellik	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		χ^2/t	p
	S	%	S	%		
Yaş (\bar{X} / SS)	24,20	4,07	24,46	4,24	t: ,313	,755
Eğitim						
İlkokul	7	14,0	7	14,0	χ^2 : 4,464 (sd: 3)	,216
Ortaokul	21	42,0	21	42,0		
Lise	14	28,0	7	14,0		
Yüksekokul/Fakülte	8	16,0	15	30,0		
Çalışma durumu						
Evet	9	18,0	6	12,0	χ^2 : ,706 (sd: 1)	,401
Hayır	41	82,0	44	88,0		
Eşinin çalışma durumu						
Evet	48	96,0	46	92,0		,678 ^f
Hayır	2	4,0	4	8,0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	19	38,0	21	42,0	χ^2 : ,191 (sd: 2)	,909
Gelir gidere denk	23	46,0	21	42,0		
Gelir giderden fazla	8	16,0	8	16,0		
Aile tipi						
Çekirdek aile	39	78,0	39	78,0	χ^2 : ,00 (sd: 1)	1,00
Geniş aile	11	22,0	11	22,0		
Sosyal güvence						
Var	49	98,0	47	94,0		,617 ^f
Yok	1	2,0	3	6,0		
Bebeğin cinsiyeti						
Kız	27	54,0	29	58,0	χ^2 : ,162	,687
Erkek	23	46,0	21	42,0		

f: Gözlerde beklenen sayı <5 olduğu için Fisher Kesin testi yapıldı.

t: bağımsız gruplarda t testi, sd: 98 (sd: serbestlik derecesi)

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Araştırmaya alınan annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4-1'de verildi. Annelerin yaş ortalaması, $24,33 \pm 4,13$ (min; 18-max; 41) yıl olarak saptandı. Annelerin eğitim durumlarına göre incelendiğinde, hem uygulama grubundaki hemde kontrol grubundaki annelerin %56'sının ilkokul/ortaokul mezunu oldukları belirlendi.

Çalışma durumuna göre incelendiğinde ise, uygulama grubunda yer alan annelerin %82'sinin, kontrol grubunda yer alan annelerin %88'inin çalışmadığı, eşlerinin ise (U: %96, K: %92)'sinin çalıştığı tespit edildi. Uygulama grubunda yer alan annelerin %46'sının, kontrol grubunda yer alan annelerin ise %42'sinin gelir giderinin eşit olduğu, tüm annelerin %78'inin çekirdek ailede yaşadığı ve sosyal güvencesi (U: %98, K: %94) olduğu saptandı (Tablo 4-1).

Uygulama grubu ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, sosyal güvence türü ve bebeğin cinsiyetine göre dağılımları ve yaş ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > 0,05$, Tablo 4-1), grupların sosyoekonomik değişkenler yönünden benzer/homojen olduğu belirlendi.

4.1.1. Annelerin Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4-2: Uygulama ve kontrol grubunun gebelik ve doğuma ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması (n: 100)

Özellikler	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Planlı bir gebelik mi?						
Evet	48	96,0	49	98,0		
Hayır	2	4,0	1	2,0		1,00 ^f
Gebelikte sorun yaşama						
Evet	6	12,0	9	18,0	$\chi^2 : ,706$ (sd: 1)	,401
Hayır	44	88,0	41	82,0		
Gebelikte yaşanan sorun (n:6/9)						
Düşük tehlikesi	1	16,7	5	55,6		
EDT (Erken Doğum Tehtidi)	1	16,7	3	33,3		
Amnion mayi anormallikleri	3	50,0	1	11,1		
İYE veya enfeksiyon	1	16,7	-	-		
Sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verilme durumu						
Biraz/kısmen ^a	9	18,0	6	12,0	$\chi^2 : ,706$ (sd: 1)	,401
Hiç verilmedi	41	82,0	44	88,0		
Gebelik boyunca düzenli kontrollere gitme						
Evet	48	96,0	49	98,0		
Hayır	2	4,0	1	2,0		1,00 ^f
Sezaryen olma nedeni						
İsteğe bağlı	1	2,0	3	6,0		
Bebeğin makat geliş olması	3	6,0	5	10,0		
Plesenta anormallikleri	1	2,0	4	8,0		
Pelvis ait bozukluklar	2	4,0	3	6,0		
Amniyon Mayi anormallikleri	17	34,0	16	32,0		
Mekonyumlu bebek	5	10,0	2	4,0		
İnfertilite tedavisi sonrası	5	10,0	3	6,0		
Eylemin ilerlememesi	13	26,0	12	24,0		
iri bebek	2	4,0	-	-		
IUGG	-	-	2	4,0		
Postterm bebek	1	2,0	-	-		
Doğum şekline karar verilme zamanı						
Gebelik kontrollerde öğrenme/Kendi tercihi	10	20,0	18	36,0	$\chi^2 : 3,175$ (sd: 2)	,059
Doğum için hastaneye yattığımda	40	80,0	32	64,0		
Sezaryen olma durumu						
Planlı sezaryen	16	32,0	22	44,0	$\chi^2 : 1,528$ (sd: 1)	,216
Acil sezaryen	34	68,0	28	56,0		
Doğum sonu değerlendirme						
Normal	11	22,0	5	10,0	$\chi^2 : 2,679$ (sd: 1)	,086
Çok zor	39	78,0	45	90,0		

f: Gözlerde beklenen sayı <5 olduğu için Fisher Kesin testi yapıldı.

a:gözlerde beklenen değer <1 olduğu için satırlar birleştirilerek analiz yapıldı.

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Annelerin gebelik ve doğuma ilişkin özellikleri incelendiğinde; annelerin gebeliklerinin planlı olduğu (U: %96, K: %98), gebeliği boyunca düzenli kontrollerine gittiği (U: %98, K: %96), gebeliğinde sorun yaşamadığı (U: %88, K: %82), gebelikte yaşanan en fazla sorunlar ise, uygulama grubunda amniyon mayi anormallikleri (n=3), kontrol grubunda ise düşük tehlikesi (n=6) olduğu saptandı. Doğum şeklinin gebeliğindeki kontrollerde öğrenme/kendi tercihi olanların (U: %10, K: %18), doğum için hastaneye yattığında öğrenenlerin (U: %80, K: %64) olduğu tespit edildi. Sezaryen öncesi annelerin ameliyat hakkında %85'inin hiç bilgi almadığı, sezaryen ameliyatı olma sebepleri arasında ise en çok amniyon mayi anormalliklerine (n=17, U: %34; n=16, K: %32), doğum eyleminin ilerlememesine (n=13, U: %26; n=12, K: %24) bağlı olarak yapıldığı tespit edildi. Annelerin acil sezaryen'a alınma durumları (U: %68, K: %56) olduğu, planlı sezaryen durumlarının (U: %32, K: %44) olduğu saptandı. Uygulama grubundaki annelerin %78'si, kontrol grubundaki annelerin %90'nı doğum sonu dönemi çok zor bulduklarını ifade ettiler (Tablo 4-2).

Gebeliğin planlı olması, gebelik boyunca düzenli kontrollere gitme, gebelikte sorun yaşama, doğum şekline karar verilme zamanı, sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verilme, sezaryenin planlı ya da acil olma durumu ve doğumun zorluğunu değerlendirme yönünden gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$, Tablo 4-2) saptandı.

4.1.2. Annelerin Tamamlayıcı Tıp Uygulamasını Bilme ve Kullanma Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4-3: Uygulama ve kontrol grubunun Tamamlayıcı Tıp Uygulamasını bilme ve kullanma durumunun karşılaştırılması (n: 100)

Özellik	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Tamamlayıcı tıp uygulamasını daha önce duyma					$\chi^2: ,160$ (sd: 1)	,689
Evet	26	52,0	24	48,0		
Hayır	24	48,0	26	52,0		
Bildiğiniz tamamlayıcı tıp yöntemleri *(n:26/24)						
Bitkisel içecekler/tedavi	26	65,4	24	91,6		
Refleksoloji	2	7,7	-	-		
Masaj	2	7,7	1	4,2		
Akupunktur	5	19,2	1	4,2		
Daha önce tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanma					$\chi^2: ,364$ (sd: 1)	,546
Evet	21	42,0	24	48,0		
Hayır	29	58,0	26	52,0		

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

* Birden fazla seçenek (yöntem) işaretlenmiştir.

Uygulama ve kontrol grubunun tamamlayıcı tıp uygulamasını bilme ve kullanma durumunun dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı görüldü ($p>0,05$, Tablo 4-3). Anneler arasında en çok bilinen tamamlayıcı tedavi ise bitkisel içecekler/tedavi (U: %65,4, n=26; K: %91,6, n=24) olduğu saptandı (Tablo 4-3).

4.2. İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde, uygulama ve kontrol gruplarındaki annelerin emzirme özellikleri, doğum sonu destek ihtiyacı ve sorun yaşama durumu, anesteziye bağlı oluşabilecek sorunlardaki farklılıklar, yenidoğan bebeğe ait özellikleri, annelerin emzirme memnuniyeti durumları ve LATCH emzirme puan ortalamaları, annelerin ilk sütünün gelme zamanı, doğum sonu konfor puan ortalamaları, ayak masajı uygulaması memnuniyet durumu, memelerde görülen değişim durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.2.1. Annelerin Emzirme Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4-4: Uygulama ve kontrol grubunun emzirme özelliklerinin karşılaştırılması (n: 100)

Özellik	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı						
İlk 30 dk içinde	33	66,0	29	58,0	$\chi^2: ,679$ (sd: 1)	,410
İlk 30 dk'dan sonra	17	34,0	21	42,0		
Gebelikte emzirme eğitimi alma						
Evet	21	42,0	20	40,0	$\chi^2: ,041$ (sd: 1)	,839
Hayır	29	58,0	30	60,0		
Bebeğini emzirmeyi düşünme						
Evet	50	100,0	48	96,0		,495 ^f
Hayır	-	-	2	4,0		
Bebeğini rahat emzirebilme pozisyonu						
Yan/sırtüstü yatarak	12	24,0	8	16,0	$\chi^2: 1,00$ (sd: 1)	,317
Yarı/tam oturur pozisyonda	38	76,0	42	84,0		
Sezaryen sonrası emzirme konusunda yardıma /desteğe ihtiyaç duyma						
Evet	46	92,0	48	96,0		,678 ^f
Hayır	4	8,0	2	4,0		
Sezaryenden sonra emzirme sorunu yaşama						
Evet	19	38,0	33	66,0	$\chi^2: 7,853$ (sd: 1)	,005
Hayır	31	62,0	17	34,0		
Sezaryenden sonra meme ve meme ucu sorunları yaşama						
Evet	15	30,0	15	30,0	$\chi^2: ,00$ (sd: 1)	1,000
Hayır	35	70,0	35	70,0		

f: Gözlerde beklenen sayı <5 olduğu için Fisher Kesin testi yapıldı.
 χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Uygulama grubundaki annelerde emzirme sorunu yaşayanların oranının (%38) ise kontrol grubundakilerden (%66) çok anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu ($p<0,01$, Tablo 4-4).

Gruplar arasında bebeği ilk emzirme zamanı, gebelikte emzirme eğitimi alma, bebeğini emzirmeyi düşünme, bebeğini rahat emzirebilme pozisyonu, sezaryen sonrası emzirme konusunda yardıma /desteğe ihtiyaç duyma ve sezaryenden sonra meme ve meme ucu sorunları yaşama durumunun dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark yoktur ($p>0,05$, Tablo 4-4).



4.2.2. Annelerin Doğum Sonu Destek İhtiyacı ve Sorun Yaşama Durumlarına İlişkin Bulguları

Tablo 4-5: Uygulama ve kontrol grubunun doğum sonu destek ihtiyacı ve sorun yaşama durumunun karşılaştırılması (n: 100)

Özellik	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Sezaryen sonrası yardıma ihtiyaç duyulan alanlar:						
Ayağa kalkarken						
Evet	42	84,0	43	86,0	χ^2 : ,078 (sd: 1)	,779
Hayır	8	16,0	7	14,0		
Kişisel hijyen için						
Evet	12	24,0	8	16,0	χ^2 : 1,000 (sd: 1)	,317
Hayır	38	76,0	42	84,0		
Perine hijyeni için						
Evet	10	20,0	9	18,0	χ^2 : ,065 (sd: 1)	,799
Hayır	40	80,0	41	82,0		
Yatak içinde oturmada						
Evet	22	44,0	26	52,0	χ^2 : ,641 (sd: 1)	,423
Hayır	28	56,0	24	48,0		
Bebek bakımı için						
Evet	45	90,0	47	94,0		,715 ^f
Hayır	5	10,0	3	6,0		
Sezaryenden sonra yaşanan sorunlar:						
Ayağa kalkmada sorun yaşama						
Evet	19	38,0	25	50,0	χ^2 : 1,461 (sd: 1)	,227
Hayır	31	62,0	25	50,0		
Kişisel hijyen sorunu yaşama						
Evet	3	6,0	2	4,0		1,00 ^f
Hayır	47	94,0	48	96,0		
Perine hijyeni sorunu yaşama						
Evet	2	4,0	2	4,0		1,00 ^f
Hayır	48	96,0	48	96,0		
İdrara çıkma sorunu yaşama						
Evet	-	-	4	8,0		,117 ^f
Hayır	50	100,0	46	92,0		
Gaz çıkarma sorunu yaşama						
Evet	7	14,0	41	82,0	χ^2 : 46,314 (sd: 1)	,000
Hayır	43	86,0	9	18,0		
Ameliyat yerinde ağrı sorunu						
Evet	30	60,0	48	96,0	χ^2 : 18,881 (sd: 1)	,000
Hayır	20	40,0	2	4,0		
Bebek bakımında sorun yaşama						
Evet (Yaşadım)	3	6,0	10	20,0	χ^2 : 4,332 (sd: 1)	,037
Hayır (Yaşamadım)	47	94,0	40	80,0		
Doğum sonu alınan bakımın konfora etkisi						
Olumlu yönde etkiledi	50	100,0	31	62,0	χ^2 : 23,457 (sd: 1)	,000
Biraz etkiledi ^a	-	-	19	38,0		

a: Gözlerde beklenen sayı <1 olduğu için gruplar birleştirilerek analiz yapıldı.

f: Gözlerde beklenen sayı <5 olduğu için Fisher Kesin testi yapıldı. χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Uygulama ve kontrol grubunun doğum sonu alınan bakımın konfora etkisi, doğum sonu destek ihtiyacı ve sorun yaşama durumunun dağılımları ki-kare ve fisher kesin testi ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-5).

Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin sezaryenden sonra ayağa kalkarken, kişisel hijyen, perine hijyeni, yatak içinde oturma ve bebek bakımı konusunda yardıma ihtiyaç duyanların dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$, Tablo 4-5).

Gruplara göre sezaryenden sonra yaşanan sorunların dağılımları karşılaştırıldığında; ayağa kalkma, kişisel ve perine hijyeni sağlama, idrara çıkma konusunda sorun yaşama yönünden gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı ($p<0,05$, Tablo 4-5).

Uygulama grubundaki annelerde gaz çıkarma sorunu yaşayanların (%14) ve ameliyat yerinde ağrı sorunu yaşayanların oranı (%60) kontrol grubundakilere göre (sırasıyla %82 ve %96) çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,001$), sezaryenden sonra bebek bakımında sorun yaşayanların (%6) oranının da kontrol grubundakilerden (%20) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$, Tablo 4-5). Uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre lavman uygulanmasına gerek kalmadan daha rahat gaz çıkarabildiklerini ifade ettiler. Ayrıca her iki gruptaki annelere uygulanan analjezi miktarı aynı olmasına rağmen, uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubuna göre daha az ağrıları olduğu ve bebek bakımında sorun yaşamadıkları belirlendi.

Doğum sonu alınan bakımın konforu olumlu etkileme oranı uygulama grubunda % 100 iken, kontrol grubunda % 62 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$, Tablo 4-5). Uygulama grubunda ki anneler almış oldukları bakım sonrası, kontrol grubunda ki annelere göre doğum sonrası kendilerini daha rahat ve konforlu hissettikleri belirlendi.

4.2.3. Annelerin Sezaryenden Sonra İlk Üç Gün Süresince Anesteziye Bağlı Oluşabilecek Sorunlarına İlişkin Bulguları

Tablo 4-6: Grupların sezaryenden sonra ilk üç gün süresince anesteziye bağlı oluşabilecek sorunların dağılımının karşılaştırılması

Özellik	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		Test	
	S	%	S	%	χ^2	p
Sezaryenden Sonra İlk 3 Gün Anesteziye Bağlı Oluşabilecek Sorunlar:						
Hipotansiyon rahatsızlığı						
Evet	16	32,0	20	54,0	$\chi^2: ,694$ (sd: 1)	,266
Hayır	34	68,0	30	46,0		
Hipotansiyon rahatsızlığının düzelme zamanı (n:16/27)						
2.gün düzelme	16	100,0	20	100,0		
Bulantı-Kusma rahatsızlığı						
Evet	12	24,0	24	48,0	$\chi^2: 6,250$ (sd: 1)	,021
Hayır	38	76,0	26	52,0		
Bulantı-Kusma rahatsızlığının düzelme zamanı (n:12/16)						
2.gün düzelme	11	91,7	23	93,8		
3.gün düzelme	1	8,3	1	6,2		
Boğaz ağrısı rahatsızlığı						
Evet	15	30,0	14	28,0	$\chi^2: ,049$ (sd: 1)	,826
Hayır	35	70,0	36	72,0		
Boğaz ağrısı rahatsızlığının düzelme zamanı (n:15/14)						
2.gün düzelme	15	100,0	14	100,0		
Baş ağrısı rahatsızlığı						
Evet	9	18,0	12	24,0	$\chi^2: ,542$ (sd: 1)	,461
Hayır	41	82,0	38	76,0		
Baş ağrısı rahatsızlığının düzelme zamanı (n:9/12)						
2.gün düzelme	7	77,8	12	100,0		
3.gün düzelme	2	22,2	-	-		

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Gruplara göre sezaryenden sonra ilk üç gün süresince anesteziye bağlı oluşabilecek sorunların dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; uygulama grubundaki kadınlarda bulantı-kusma sorununun (%24) kontrol grubundakilere (%48) göre anlamlı düzeyde daha düşük oranda görüldüğü/oluştugu ($p<0,05$), ancak gruplar arasında hipotansiyon, boğaz ağrısı ve baş ağrısı sorunlarının görülme/oluşma oranları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$,

Tablo 4-6). Uygulama grubundaki annelerde sezaryen sonrası genel anestezinin bir etkisi olan bulantı-kusma daha az görüldü.

4.2.4. Annelerin Yenidoğan Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4-7: Grupların Yenidoğan Bebeğe Ait Özelliklerinin Karşılaştırılması

Yenidoğana/ Bebeğe ait özellikler	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		Test	
	En Küçük- En Büyük	$\bar{x}\pm SS$	En Küçük- En Büyük	$\bar{x}\pm SS$	t	p
Doğum Haftası / Gestasyon Süresi (hf)	37-42	39,20±1,11	37-41	38,44±1,16	3,347	,001
Apgar Skoru	8,00-10,00	8,84±,65	8,00-10,00	8,7±,97	,845	,400
Baş Çevresi	33,00-36,50	34,48±,91	32,00-37,00	34,23±,98	1,322	,189
Boy uzunluğu	43,00-53,00	49,08±2,39	44,00-54,00	48,66±2,22	,911	,365
Vücut ağırlığı- 1.Gün	2100-3980	3262,20±426,91	2180-3950	3133,80±444,56	1,473	,144
Vücut ağırlığı- 2.Gün	1900-3980	3143,80±408,77	2130-3850	3013,20±435,05	1,547	,125
Vücut ağırlığı- 3.Gün	1900-3870	3096,40±397,35	2100-3760	2948,80±427,09	1,789	,077
F		F: 105,04		F: 79,70		
p		p:0,000		p: 0,000		
Anlamlı fark		1>2>3		1>2>3		

t: bağımsız gruplarda t testi, sd: 98

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Gruplara göre yenidoğan bebeklerin doğum haftası, apgar skoru, baş çevresi, boy uzunluğu ve ilk üç gündeki vücut ağırlıkları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile, uygulama ve kontrol grubunda ayrı olarak bebeklerin birinci, ikinci ve üçüncü günlerdeki vücut ağırlıkları arasındaki fark ise tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi ile (ileri analiz olarak Bonferroni analizi) karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-7).

Uygulama grubundaki yenidoğan bebeklerin doğum haftası ortalaması ($p<0,01$), kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki gebelerin bebeklerinin uygulama grubuna göre daha erken doğmuştur. Gruplara göre yenidoğan bebeklerin; apgar skoru, baş çevresi, boy uzunluğu ve ilk üç gündeki vücut ağırlığı ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde fark yoktur ($p>0,05$, Tablo 4-7).

Her bir grup ayrı olarak değerlendirildiğinde; yenidoğan bebeklerin birinci, ikinci ve üçüncü gündeki vücut ağırlığında her iki grupta da çok ileri düzeyde anlamlı olarak azalma olduğu (kilo kaybettikleri) görülmüştür ($p < 0,001$, Tablo 4-7). İleri analizde tüm ikili günler arasındaki farkın her iki grupta da anlamlı olduğu, (ikinci günde ilk güne göre azalma, üçüncü günde de hem ilk güne hem de ikinci güne göre anlamlı düzeyde azalma olduğu) belirlendi ($p < 0,05$, Tablo 4-7). Her iki gruptaki yenidoğanlar birinci ve ikinci gün fizyolojik kilo kaybı olduğu saptandı ve ayrıca eğer annenin sütü varsa yenidoğan hemen emzirtildi, annesinin sütü olmayan yenidoğanlar ise hipoglisemiye gelişimine karşı mama ile beslendi. Uygulama grubundaki bebeklerde üçüncü gündeki kilo kaybı 165,8 gr iken, kontrol grubunda kilo kaybı 185 gr.dır, ancak aradaki fark anlamlı düzeyde bulunmadı ($t: ,974$, $p: ,333$).

4.2.5. Annelerin LATCH Emzirme Puanlarına İlişkin Bulguları

Tablo 4-8: Uygulama ve kontrol grubunda LATCH emzirme puan ortalamalarının karşılaştırılması

Emzirmeye İlişkin Özellikler	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		Test	
	En Küçük-En Büyük	$\bar{x} \pm SS$ (medyan)	En Küçük-En Büyük	$\bar{x} \pm SS$ (medyan)	t	p
LATCH 1.GÜN	4,00-10,00	7,26±1,45	5,00-8,00	6,10±,91	t: 4,783	,000
LATCH 2.GÜN	6,00-10,00	8,68±1,06	5,00-10,00	7,26±1,07	t: 6,686	,000
LATCH 3.GÜN	8,00-10,00	9,26±,69	6,00-10,00	8,20±1,11	t: 5,738	,000
<i>F</i>	<i>F: 59,98</i>		<i>F: 91,87</i>			
<i>p</i>	<i>p: 0,000</i>		<i>p: 0,000</i>			

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 98

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Uygulama ve kontrol grubundaki annelerde emzirme (LATCH) puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Her bir grubun kendi içinde ayrı olarak ilk, ikinci ve üçüncü günlerdeki emzirme (LATCH) puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ileri analiz olarak Bonferroni analizi) ile değerlendirilmiştir (Tablo 4-9).

Uygulama grubundaki annelerin birinci (D: 7,26±1,45), ikinci (8,68±1,06) ve üçüncü gündeki (9,26±0,69) emzirme puan ortalamaları da kontrol grubundakilere göre (gün sırasıyla 6,10±0,91, 7,26±1,07, 8,20±1,11) çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksektir ($p < 0,001$, Tablo 4-9). Uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre bebeklerini daha iyi bir şekilde emzirdikleri tespit edildi.

Uygulama ve kontrol grubunun emzirme (LATCH) puanlarındaki ilk 3 gündeki değişimi grupların kendi içinde ayrı olarak değerlendirildiğinde; birinci, ikinci ve üçüncü gündeki emzirme puan ortalamalarının her iki grupta çok ileri düzeyde anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p < 0,001$, Tablo 4-9). İleri analizde tüm ikili günler arasındaki farkın her iki grupta da anlamlı olduğu (emzirme puanında ikinci günde ilk güne göre artma, üçüncü günde de hem ilk güne hem de ikinci güne göre anlamlı düzeyde artma olduğu) görülmüştür ($p < 0,05$). Tüm gruptaki annelerin üçüncü gün emzirme durumlarının, ikinci güne ve birinci güne göre daha yüksek olup, emzirme eylemine ve yenidoğana alıştıkları belirlendi. Bu bulguya göre “H2: Sezaryenle doğum

yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin Emzirme Tanılama ve Değerlendirme ölçüm (LATCH) puanı artar” hipotezimiz doğrulanarak kabul edildi.

4.2.6. Annelerin Emzirme Memnuniyetine İlişkin Bulguları

Tablo 4-9: Uygulama ve Kontrol Grubunun Emzirme Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Günlere Emzirme Memnuniyeti*	Göre	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		t	p
		En Küçük-En Büyük	$\bar{x}\pm SS$	En Küçük-En Büyük	$\bar{x}\pm SS$		
1. Gün	1-4		2,46±,65	1-3	2,08±,67	2,899	,005
2. Gün	3-4		3,64±,48	2-4	3,02±,65	5,383	,000
3. Gün	4-5		4,34±,48	2-5	3,46±,58	8,285	,000
	<i>F</i>		<i>F: 158,85</i>		<i>F: 152,07</i>		
	<i>p</i>		<i>p: 0,000</i>		<i>p: 0,000</i>		
	<i>Anlamlı fark</i>		<i>1<2<3</i>		<i>1<2<3</i>		

*Emzirme memnuniyeti 1-5 puan üzerinden değerlendirildi.

t: bağımsız gruplarda t testi, sd:98

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

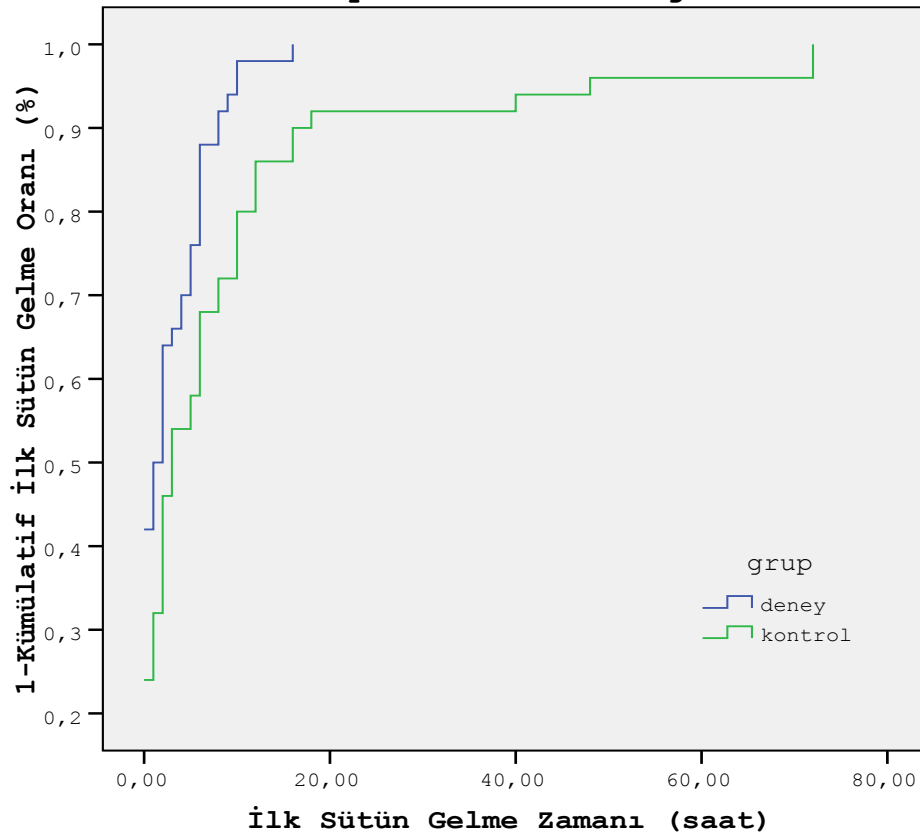
Gruplara göre doğumdan sonra ilk, ikinci ve üçüncü günde emzirme memnuniyeti puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile, her bir grubun ayrı olarak 3 gün arasındaki (zamana göre) emzirme memnuniyeti puan ortalamaları ise tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmış, ileri analizde ölçümler ikili olarak Bonferroni analizi ile değerlendirildi (Tablo 4-8).

Uygulama grubundaki kadınların emzirme memnuniyeti puan ortalamaları her üç günde de kontrol grubundaki annelerinkine göre çok anlamlı düzeyde daha yüksektir (ilk gün $p<0,01$, ikinci ve üçüncü gün $p<0,001$). Uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre emzirme memnuniyetinin daha iyi olduğu tespit edildi. Hem Uygulama grubundaki hem de kontrol grubundaki annelerin birinci, ikinci ve üçüncü günlerdeki emzirme memnuniyeti puan ortalaması arasındaki fark çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,001$, Tablo 4-8). Tüm gruptaki annelerin yenidoğana ve emzirme eylemine alıştıkça her geçen gün daha iyi bir şekilde emzirdikleri saptandı. Farkın hangi günler arasında olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde, her iki grupta da birinci günden üçüncü güne kadar giderek artan tüm emzirme puanları arasında anlamlı fark olduğu (tüm ikili günler arasında, ikinci günde birinci güne göre anlamlı düzeyde artış, üçüncü günde hem birinci hem de ikinci güne göre anlamlı düzeyde artış var) belirlendi.

Birinci günden üçüncü güne kadar emzirme memnuniyeti düzeyi uygulama grubundaki kadınların ortalama 1,88 puan artarken, kontrol grubundaki kadınlarda ortalama 1,38 puan artmış, aradaki fark ise çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($t= 3,772$, $p=0,000$).



4.2.7. Annelerin İlk Sütün Gelme Zamanına İlişkin Bulguları



Şekil 4-1: Gruplara göre annelerin ilk sütün gelme zamanı Kaplan Meier Grafiği

Uygulama grubundaki annelerde ilk sütün gelme sürecinin kontrol grubundakilere göre daha kısa sürede olduğu (ortalama 2,82 saat), kontrol grubunda bu sürenin uzadığı (ortalama 8,88 saat), aradaki farkın Kaplan Meier analizi ile karşılaştırıldığında çok anlamlı düzeyde olduğu saptandı (Log Rank: Mantel-Cox $\chi^2 = 9,247$, $p=0,002$, Grafik 4-1). Bu bulguya göre “H1: Sezaryenle doğum yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin memelerdeki süt inme belirtileri ve ilk süt (kolostrum) daha kısa sürede başlar” hipotezimiz doğrulanarak kabul edildi.

4.2.8. Annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına (DSKÖ) İlişkin Bulguları

Tablo 4-10: Uygulama ve kontrol grubunda DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

DSK ölçeği ve alt boyutları	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)		Test	
	En küçük- En büyük	$\bar{x}\pm SS$	En Küçük- En Büyük	$\bar{x}\pm SS$	t	p
Fiziksel konfor	47-70	61,86±4,61	30-66	47,52±6,56	12,650	,000
Psikospritiyel konfor	46-50	49,48±1,15	41-50	48,04±2,34	3,909	,000
Sosyokültürel konfor	40-50	45,28±2,57	28-42	35,66±3,12	16,821	,000
DSKO Toplam Puan	139-170	156,62±5,81	107-151	131,22±8,53	17,407	,000

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 98

Uygulama ve kontrol grubunun doğum sonu konfor ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Uygulama grubunda bulunan annelerin toplam doğum sonu konfor puan ortalaması ve alt boyutlardan fiziksel konfor, psikospritiyel konfor ve sosyokültürel konfor puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$, Tablo 4-10). Uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre daha konforlu/rahat oldukları belirlendi. Bu bulguya göre “H3: Sezaryenle doğum yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin Doğum Sonrası Konfor puanları (DSKÖ) artar” hipotezimiz doğrulanarak kabul edildi.

4.2.9. Ayak masajı Uygulanan Annelerin Görsel Analog Hasta Tatmin Skalasına (GAHTS) İlişkin Bulguları

Tablo 4-11: Uygulama grubundaki annelerin GAHTS puan ortalaması

Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS)	En Küçük-En Büyük	Uygulama (n: 50)	
		$\bar{x}\pm SS$	Medyan
	7-10	9,84±0,62	10,0

* Ayak masajı uygulamasından memnuniyet durumu 0-10 puan üzerinden değerlendirildi.

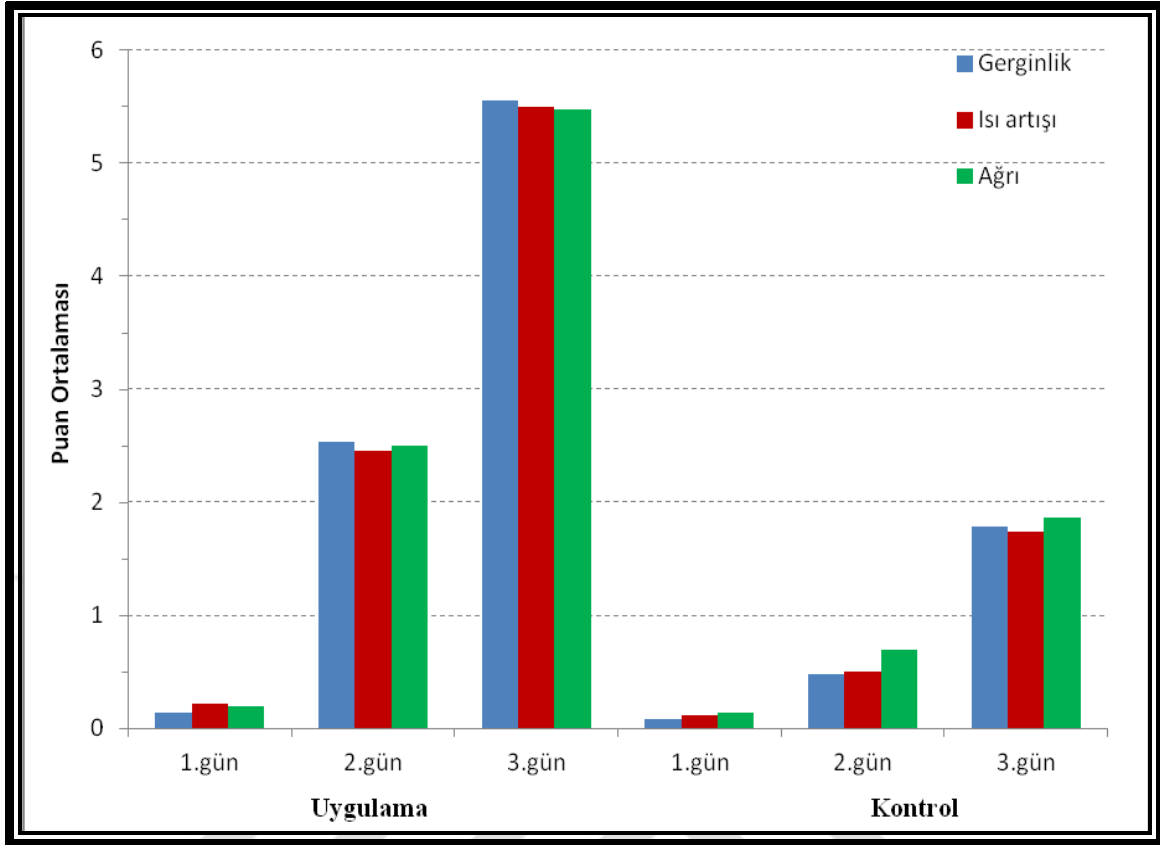
Uygulama grubuna yapılan ayak masajı uygulamasının memnuniyet ortalaması 9,84±0,62 bulunmuştur. Bu ortalamaya göre ayak masajı uygulanan annelerin ayak masajı uygulamasından oldukça yüksek puanla çok memnun kaldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4-11).

4.2.10. Annelerin Memelerinde Görülen Süt İnme Belirtilerine İlişkin Bulguları

Tablo 4-12: Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin memelerinde görülen süt inme belirtilerinin karşılaştırılması

Memelerdeki Şikâyetler	Uygulama Grubu (n: 50)		Kontrol Grubu (n: 50)			Test		
	En Küçük-En Büyük	$\bar{x}\pm SS$	Medyan	En Küçük-En Büyük	$\bar{x}\pm SS$	Medyan	U	p
Memelerde Gerginlik								
1. Gün	0-2	,14±,40	,0	0-1	,08±,27	0-1	1198,0	,491
2. Gün	0-6	2,54±1,42	2,0	0-3	,50±,84	0-3	283,5	,000
3. Gün	2-10	5,56±2,21	6,0	0-5	1,78±1,61	0-5	217,0	,000
<i>Friedman</i>		96,03			68,74			
<i>p</i>		0,000			0,000			
<i>Fark</i>		1<2<3			1<2<3			
Memelerde Isı Artışı								
1. Gün	0-3	,22±,55	,0	0-1	,12±,33	,0	1172,0	,385
2. Gün	2-10	2,46±1,39	2,0	0-3	,50±,81	,0	302,0	,000
3. Gün	0-6	5,50±2,18	6,0	0-5	1,74±1,44	1,0	190,0	,000
<i>Friedman</i>		95,57			66,91			
<i>p</i>		0,000			0,000			
<i>Fark</i>		1<2<3			1<2<3			
Memelerde Ağrı								
1. Gün	0-3	,20±,53	,0	0-1	,14±,35	,0	1221,5	,751
2. Gün	0-6	2,50±1,34	2,0	0-3	,70±,91	,0	328,5	,000
3. Gün	2-10	5,48±2,19	6,0	0-5	1,86±1,53	1,0	220,5	,000
<i>Friedman</i>		96,00			64,29			
<i>p</i>		0,000			0,000			
<i>Fark</i>		1<2<3			1<2<3			

U: Mann Whitney U testi F: Friedman analizi



Şekil 4-2: Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin memelerinde görülen süt inme belirtilerinin karşılaştırma grafiği

Doğum sonrası ilk üç gün uygulama ve kontrol grubundaki annelerin memelerdeki gerginlik, ısı artışı ve ağrı durumlarının ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Her bir grubun kendi içinde ayrı olarak ilk, ikinci ve üçüncü günlerdeki memelerde gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyinin ortalamaları arasındaki fark Friedman analizi (ileri analiz olarak Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon işaret testi) ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-12).

Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin doğum sonu ilk/birinci gündeki memelerde gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyinin ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). İkinci ve üçüncü günlerde ise uygulama grubundaki annelerin memelerde gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyinin ortalamaları kontrol grubundakilere göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu ($p<0,001$, Tablo 4-12, Grafik 4-2). Uygulama grubundaki annelerde ikinci ve üçüncü günlerde memelerdeki süt gelme belirtileri, kontrol grubundaki annelere göre daha erken zamanda başladığı belirlendi.

Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin memelerde gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeylerindeki ilk üç gündeki değişim grupların kendi içinde ayrı olarak değerlendirildiğinde; birinci, ikinci ve üçüncü gündeki memelerdeki gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeylerinde hem uygulama hem de kontrol grubunda çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ve puan ortalamalarının giderek arttığı saptanmıştır ($p < 0,001$, Tablo 4-12, Grafik 4-2). Hem uygulama grubu hemde kontrol grubundaki annelerde, her geçen günde (1. gün < 2. gün < 3. gün) memelerdeki süt inme belirtilerinin arttığı belirlendi.

İleri analiz değerlendirmesinde de günler ikili olarak karşılaştırıldığında her iki grupta da tüm ikili günler arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (memelerdeki gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyi ikinci günde birinci güne göre yüksek, üçüncü günde hem ilk hem de ikinci güne göre anlamlı düzeyde yüksek) görüldü ($p < 0,05$, Tablo 4-12, Grafik 4-2). Uygulama grubunda annelerde memelerdeki (gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyi), kontrol grubundakilere göre, her geçen günde (1. gün < 2. gün < 3. gün) arttığı belirlendi.

Uygulama grubundaki annelerde memelerde gerginlik düzeyi üçüncü günde ilk güne göre 5,42 puan artarken, kontrol grubunda 1,70 puan artmış ve iki grup arasındaki artış farkı çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($t: 9,918$, $p: 0,000$). Uygulama grubundaki annelerde memelerde gerginlik durumunun, kontrol grubuna göre fazla olduğu belirlendi.

Uygulama grubundaki annelerde memelerde ısı artışı düzeyi üçüncü günde ilk güne göre 5,28 puan artarken, kontrol grubunda 1,62 puan artmış ve iki grup arasındaki ısı artış farkı çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($t: 10,427$, $p: 0,000$). Uygulama grubundaki annelerde memelerde ısı artışı durumunun, kontrol grubuna göre fazla olduğu belirlendi.

Uygulama grubundaki annelerde memelerdeki ağrı düzeyi üçüncü günde ilk güne göre 5,28 puan artarken, kontrol grubunda 1,72 puan artmış ve iki grup arasındaki ısı artış farkı çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($t: 9,669$, $p: 0,000$). Uygulama grubundaki annelerde, memelerde ağrı durumunun, kontrol grubuna göre daha fazla olduğu belirlendi. Bu bulguya göre “H1: Sezaryenle doğum yapan ve ayak masajı uygulanan annelerin memelerdeki süt inme belirtileri ve ilk süt (kolostrum) daha kısa sürede başlar” hipotezimiz doğrulanarak kabul edildi.

5. TARTIŞMA

Ülkemizdeki sezaryen oranlarının DSÖ önermiş olduğu orana ve diğer ülkelerdeki sezaryen oranlarına göre oldukça yüksektir. Sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmasına rağmen masum bir operasyon değildir, cerrahi girişimlere ve anesteziye bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir (Meloni ve ark. 2012; Posner ve ark. 2014). Annenin sezaryen sonrası, doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmada, laktasyonun erken başlaması ve sürdürülmesinde, anne bebek etkileşiminin sağlanmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında, anneye ve yenidoğana ait bakım sorunlarının ortaya çıkmasının önlenmesinde ve doğum sonu konforda anne ve bebeğe verilecek bakım çok önemlidir (Karakaplan 2007; Pınar ve ark. 2009). Sezaryenle doğum yapan primipar annelerde, ayak masajının laktasyona ve doğum sonu konforuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, daha önce yapılan çalışma sonuç ve bulgularıyla tartışılmıştır, ancak yapılan detaylı taramaya rağmen bazı bulgulara yönelik çalışmalara rastlanmamıştır.

5.1. Tablo 4-4: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Emzirme Özelliklerinin Tartışılması

Doğumdan sonraki ilk birkaç saat sağlıklı anne-bebek etkileşiminin kurulması için kritik bir zamandır. Sezaryen geçiren bir kadın vajinal doğum yapan bir kadına göre doğumdan hemen sonra bebeğini tutması ve görmesi daha zordur. Bu nedenle bebeği ile erken etkileşim kurması zorlaşmaktadır. Ayrıca annenin geçirmiş olduğu abdominal cerrahi insizyon'una bağlı olarak anneler bebeğini rahat bir şekilde emzirememektedir bu yüzden emzirme sorunları sık yaşamaktadır ve bu durum da doğal olarak annelerin çevresindeki bireylerden destek alma durumunu arttırmaktadır. Çalışmamızda da hem uygulama grubundaki annelerin hem kontrol grubundaki anneler genel anestezi ile doğum yaptıkları için bebeklerini ilk emzirme zamanları benzer bulundu ($p>0,05$, Tablo 4-4). Her iki gruptaki annelerin büyük bir kısmı bebeklerini ilk 30 dakikadan sonra görmüştür. Yapılan çalışmalarda da normal spontan doğum yapan kadınların (sırasıyla; %69,3, %60,2) ilk yarım saatte, sezaryen olan kadınların (sırasıyla; % 41,3, %62,2) bir saat sonra bebekleri emzirdikleri bildirilmiştir (Özer 2011; Güner 2007). Karakaplan

(2007)'nin yaptığı çalışmada ise normal spontan doğum yapan annelerin ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirdikleri bulunurken, genel anestezi altında sezaryen doğum yapan annelerin ise %80'ninin iki saat ve üzerinde bebeklerini emzirebildikleri saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalarda da çalışmamızla benzer olarak sezaryen ile doğum yapan annelerin bebeklerini ilk emzirme zamanlarında normal doğum yapan annelere göre gecikme olduğu bulunmuştur. Bu durumun sebep; anestezi sonrası yaklaşık iki saat kadar annenin durumu stabil olana kadar ayılma ünitesinde tutulması ve nakli sırasında zaman geçmektedir ve bu durumda yenidoğanın annesine kavuşmasını negatif yönde etkileyerek, ilk emzirme ve teması geciktirmektedir.

Bununla birlikte çalışmada gruplar arasında, emzirme eğitimi alma, bebeğini emzirmeyi düşünme, sezaryen sonrası emzirme konusunda yardıma/desteğe ihtiyaç duyma ve sezaryenden sonra meme ve meme ucu sorunları yaşama durumunun dağılımları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmeyip gruplar benzer bulundu ($p<0,05$, Tablo 4-4). Ancak uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundakilere göre daha az emzirme sorunu yaşadıkları bulundu ($p<0,05$, Tablo 4-4). Pınar ve ark. (2009)'nın, sezaryen doğum ile normal doğum yapan annelerin yaşamış oldukları sorunları araştırdıkları çalışmasında, sezaryen ile doğum yapan annelerin, %36'sının emzirme problemi yaşadığı, %34'ünün ise emzirmeye yönelik bilgi eksikliği olduğu, %72,6'sının ebe/hemşirelerin desteğine/yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtirken, normal doğum yapan annelerin ise %30'unun meme ve meme ucu sorunları ve %37,6'sının ebe/hemşirelerin desteğine/yardıma ihtiyaç duydukları bildirilmiştir. Karakaplan (2007)'nin, annelerin doğum sonu dönemde doğum şekillerine göre sorun yaşama ve destek durumlarını incelediği araştırmasında ise, sezaryen ile doğum yapan kadınların normal doğum yapan kadınlara göre daha fazla emzirme ve bebek bakımına yönelik desteğe ihtiyaç duydukları bildirilerek aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir. Yılmaz (2002)'in çalışmasında da sezaryen olan kadınların neredeyse tamamına yakınının emzirmede (%97,3) sorun yaşadıkları bildirilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların sezaryen doğum sonrası yaşamış oldukları sorunların başında, normal doğum yapan kadınlara göre daha fazla emzirme problemleri yaşadıkları bildirilmiştir (Güner 2007; Özer 2011). Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstererek normal spontan doğum yapan kadınların kendi ve bebek bakımlarını daha erken zamanda yerine getirebildikleri, sezaryen ile doğum yapan kadınların ise hem anestezi hemde yaşadıkları fiziksel sorunlardan dolayı

bebekleriyle ve çevreleriyle daha geç iletişim kurarak, kendisinin ve bebeğinin ihtiyaçlarını daha geç zamanda karşıladıklarını göstermektedir. Ancak çalışmamızda ayak masajı uygulanan uygulama grubundaki annelerin kontrol grubundaki annelere göre daha az emzirme sorunları yaşadıkları tespit edildi. Emzirme bebeğin gelecekteki fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde çok önemli bir gelişim sağlaması, anne-bebek etkileşimi üzerinde pozitif etki yapması ve emzirme sorunlarının yaşanmaması için ayak masajı uygulaması doğum sonu dönemde uygulanmalıdır. Bu yüzden özellikle sezaryen olan annelerin yaşamış oldukları emzirme, bebek bakımı ve anne-bebek etkileşimi sorunları için ebe/hemşirelik bakımı olarak ayak masajı uygulamasını önermekteyiz.

5.2. Tablo 4-5: Uygulama ve kontrol grubundaki Annelerin doğum sonu destek ihtiyacı ve sorun yaşama durumlarının Tartışılması

Annenin doğum sonu dönemde erken dönemde yatak içinde hareket etmesi, erken dönemde ambulasyonun sağlanması, involüsyon sürecini destekleyerek annenin kendisini çabuk toparlamasına katkıda bulunur. Çalışmamızda, uygulama ve kontrol grubundaki kadınların sezaryenden sonra ayağa kalkarken, kişisel hijyen, perine hijyeni, yatak içinde oturma ve bebek bakımı konusunda yardıma ihtiyaç duyma durumları gruplar benzer bulundu. Sezaryenden sonra sorun yaşama durumlarında ise en çok; ayağa kalkma, kişisel ve perine hijyeni sağlama, idrara çıkma konusunda sorun yaşadıkları tespit edildi ($p>0,05$, Tablo 4-5). Yapılan bir çalışmada, sezaryen ile doğum yapan kadınlarda sırayla; ameliyat bölgesinde ağrı (%40), ayağa kalkma (%44), gaz çıkaramama (%38), bulantı kusma (%32), kişisel hijyen eksikliğidir (%30). Normal doğum yapanlarda sırasıyla meme ve meme ucu sorunları (%30), epizyotomi bölgesinde ağrı (%28), yatak içinde oturamama (%26) ve perine bakımını yapamama (%20) olduğu bildirilerek, sezaryen olan grubun doğum sonu sorun yaşama düzeyinin normal doğum yapanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Pınar ve ark. 2009). Karakaplan (2007)'nin çalışmasında annelerin doğum sonu sorun yaşama durumları doğum şekillerine göre incelediği araştırmasında, normal spontan doğum yapan grupta “yatak içinde oturma ve ayağa kalkma” %76,0 oranla ilk sırada yer alırken bunu %72,0 oranla “meme ve meme ucu sorunları” izlemiştir. Sezaryen ile doğum yapanlarda ise ilk sırayı “ayağa kalkma” (%98,0), “epizyotomi/ ameliyat yerinde ağrı” (%94,0), bunu “kişisel hijyen”, “gaz çıkarma”, “ağrı” ve “öksürmede güçlük” gibi sorunlar izlemiştir. Diğer yapılan bir çalışmada ise sezaryen ile doğum yapan annelerin “ayağa kalkma”, ve “emzirme” (%100-%97,3) işlemlerinde tamamına yakınının sorun yaşadığı

bildirilmektedir. Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Sezaryen doğumdan sonra annenin bakım ihtiyaçları normal vajinal doğum yapan annelerin ihtiyaçları ile benzerdir. Ancak normal doğuma göre sezaryen doğumda anne ek olarak anestezi almıştır ve abdominal bir insizyonu vardır, bu nedenle bu annelerin daha fazla bakıma ihtiyaçları olmaktadır. Bu dönemde nitelikli, kaliteli ve bütüncül bir şekilde verilecek ebe/hemşirelik bakımıyla, anne ve yenidoğanın ihtiyaçları karşılanarak ortaya çıkabilecek sorunlar engellenerek, kadının memnuniyetini ve yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemiş olacaktır.

Annelerin sezaryen sonrası gaz çıkarabilme durumlarını incelediğimizde, ayak masajı uygulaması yapılan uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundakilere göre barsak hareketlerinin daha kısa zamanda başlayarak, distansiyonu önlediği ve lavman uygulamasına gerek kalmadan gaz çıkarabildikleri tespit edildi ($p < 0,001$, Tablo 4-5). Yapılan literatür taramasında ayak masajının sezaryen sonrası distansiyon ya da konstipasyon etkisine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmalarda ayak masajının, kronik konstipasyon şikayeti olan bireyler üzerinde çalışmalar bulunmuştur. Woodward ve ark. (2010)'nın, kronik kabızlık sorunu olan 19 kadına altı hafta boyunca her hafta düzenli olarak refleksoloji uygulaması yapmış ve kadınların %97'sinin kabızlık durumunda düzelleme olduğunu belirterek, refleksoloji uygulamasının kadınların idiyopatik kabızlık tedavisinde potansiyel bir fayda sağladığını bildirmişlerdir. Çevik (2013), yaşlılarda refleksoloji uygulamasının konstipasyon üzerine etkisini değerlendirmek üzere yaptığı çalışmada, 25 yaşlıya her ayağa 15dk olmak üzere dört hafta boyunca haftada iki kez, toplam 8 seans refleksoloji uygulamış ve sonuç olarak, refleksolojinin dışkılama sayısı ve dışkı miktarını arttırdığı, dışkı kıvamını, dışkılama sırasında ıkınma ve dışkılama sonrası tam boşalamama hissini azalttığını belirtmiştir. Kesselring ve ark. (1998)'nin tarafından yapılan çalışmada, abdominal operasyon geçiren 130 kadında refleksoloji uygulamasının idrar'a çıkma, barsak hareketleri, ağrı, uyku iyilik hali üzerine etkisi değerlendirilmiş. Refleksoloji uygulanan kadınlarda idrar çıkışı olduğu için daha erken dönemde idrar kataterleri çıkarılmış. Ayrıca refleksolojinin barsak hareketlerini artırarak distansiyonu önlediği ve kadının iyilik halini desteklediği ve ağrı ve uyku üzerine önemli pozitif etkileri olduğu bildirilmiştir. Refleksoloji uygulaması kadınların dışarıdan müdahale olmaksızın kendi kendine gaz çıkarabilmelerini destekleyen, ilaç kullanımını azaltan ayrıca lavman uygulamasına bağlı annede oluşabilecek negatif duyguları (utanma, mahremiyet gibi) önlenmesini

destekleyen bir uygulama olduğunu düşünmekteyiz bu yüzden tüm sezaryen ile doğum yapan kadınlara yapılmasını önermekteyiz.

Sezaryen sonrası dönemde doğum yapan annelerin yaşadığı sıkıntılardan biri annelerle yenidoğanlar arasındaki erken ilişkiyi bozan ağrıdır; zamanında ağrı yönetimi, ağrının yan etkilerini engeller, hastanın iyileşmesini kolaylaştırır, annenin sıkıntısını en aza indirgeyerek veya ortadan kaldırarak tedavinin maliyetlerini düşürür ve anne-bebek etkileşimlerini artırır. Çalışmamızda, annelerin sezaryen sonrası ağrı durumlarını incelediğimizde, uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundakilere göre daha az ağrıları olduğu tespit edildi ($p<0,001$, Tablo 4-5). İran'da yapılan bir çalışmada ise elektif sezaryen sonrası el ve ayak masajının ağrı üzerine etkisi değerlendirilmiş. Randomize kontrollü çalışmada 80 anneye masaj öncesi ve sonrasında görsel analog skalası uygulanmış ve masaj sonrasında ağrı yoğunluğunda önemli oranda azalma olduğu saptanmıştır (Abbaspoor ve ark. 2014). Yine yapılan diğer çalışmalarda da, sezaryen sonrası ayak refleksolojisinin ağrı şiddetine etkisini değerlendirilmiş ve refleksoloji uygulanan kadınların ağrı durumları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Khoshtarash ve ark. 2012; Varghese ve ark. 2014). Bu sonuçlar bizim çalışmamıza benzer olmakla birlikte yapılan bu çalışmaların sonuçlarına dayanarak, sezaryen sonrası dönemde annelerin yaşadığı ağrı sıkıntısını refleksoloji uygulamasıyla ortadan kaldırarak veya en aza indirerek anne-yenidoğan ilişkisini erken zamanda başlamasına yardımcı olabilir ayrıca kullanılan ilaç miktarının ve analjezinin yan etkilerinin de azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan kadınların, normal doğum yapanlara göre daha fazla bebek bakımında sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Pınar ve ark. 2009, Karakaplan 2007). Çalışmamızda, annelerin sezaryen sonrası bebek bakımında sorun yaşama durumlarını incelediğimizde, uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre daha az bebek bakımında sorun yaşadıkları tespit edildi ($p<0,05$, Tablo 4-5). Ayak masajı sezaryen sonrası görülebilecek rahatsızlıkları (ağrı, vb) en aza indirerek annenin iyileşme sürecini hızlandırarak, annenin günlük yaşam aktivitelerinden olan; kendi başına giyinme, tuvalete gitme, yemek yeme, kişisel hijyen ve bakım, hareket etme, bebeğini emzirme ve bebeğinin bakımını üstlenmesine kadar birçok yaşamsal fonksiyonu yerine getirmesini desteklediğini düşünmekteyiz.

5.3. Tablo 4-6: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Annelerin Sezaryenden Sonrası İlk Üç Günde Anesteziye Bağlı Oluşabilecek Sorunların Tartışılması

Genel anestezi sonrası yapılan cerrahi operasyonlardan sonra görülen bir diğer rahatsızlık ise bulantı kusmadır. Çalışmamızda ayak masajı uygulanan annelerde bulantı-kusma sorunu (%24), kontrol grubundakilere (%48) göre daha düşük oranda olduğu belirlendi ($p<0,05$, Tablo 4-6). Yapılan literatür taramasında refleksolojinin genel anestezi sonrası yapılan cerrahi operasyonlardan sonra görülen bulantı kusmaya yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde genellikle kanser hastalarında refleksolojinin, bulantı kusma üzerine etkisine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Yang (2005), ayak refleksolojisinin, kemoterapinin yan etkisi olan bulantı kusma ve yorgunluk üzerine etkisinin değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, deney grubundaki 18 meme kanseri hastaya 40 dk boyunca ayak refleksolojisi, dört araştırma görevlisi tarafından uygulanmış. Sonuç olarak refleksoloji uygulanan deney grubunun bulantı, kusma ve yorgunluklarında kontrol grubuna göre azalma bulunmuş ve refleksolojiyi, kemoterapi alan meme kanseri hastaları için kanser hemşireliği alanında hemşirelik müdahalesi olarak yararlı bir şekilde kullanılabileceğini önermişlerdir. Kim ve ark. (2011) ayak refleksolojisinin kanser hastaları üzerindeki etkilerini incelediği bir meta analiz çalışmada da, ayak refleksolojisinin bulantı kusmayı azaltmada etkili olduğunu belirterek hastaların yaşam kalitesini arttırmak için ayak refleksolojisinin uygulanmasını önermektedirler. Ayak masajı uygulaması, anestezinin yan etkilerinden olan bulantı-kusmayı azaltarak annelerin doğum sonu döneme daha erken dönemde uyum sağlamalarını ve bebekle ilgilenmelerini desteklemektedir.

5.4. Tablo 4-8 ve Tablo 4-9: Uygulama ve Kontrol Grubunda LATCH ve Emzirme başarı puan Ortalamalarının Tartışılması

Ayak masajının, diğer masaj biçimleri gibi rahatlamayı ve gevşemeyi artırdığı, dolayısıyla, emziren annelerde süt salgılamayı (laktasyonu) artırabileceğine ilişkin bazı bilgiler vardır ancak randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır (Tipping ve Mackereth 2000; Tiran ve Chummun 2005). Çalışmamızda, uygulama grubundaki annelerin birinci (D: $7,26\pm 1,45$), ikinci ($8,68\pm 1,06$) ve üçüncü gündeki ($9,26\pm 0,69$) emzirme puan ortalamaları da kontrol grubundakilere göre (gün sırasıyla $6,10\pm 0,91$, $7,26\pm 1,07$, $8,20\pm 1,11$) çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksek ($p<0,001$, Tablo 4-8) olduğu bulunarak, uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki

annelere göre bebeklerini daha iyi bir şekilde emzirdikleri tespit edildi ($p < 0,001$, Tablo 4-9). Loganayagi ve ark. (2014)'nin yapmış olduğu bir çalışmada ise, refleksolojinin, normal doğum yapan primipar annelerde emzirme üzerine etkisi değerlendirilmiş. Çalışmaya 60 primipar anne alınarak; deney grup (30), kontrol grup (30) olacak şekilde rastgele ayrılmış. Deney grubundaki annelere günde üç kez, üç gün boyunca, 20 dakikalık refleksoloji uygulaması yapılmış. Emzirme puanları modifiye edilmiş LATCH emzirme ölçeği ile ilk gün ve son gün (pre-post test) olarak değerlendirilmiş. Sonuç olarak refleksoloji uygulanan annelerin emzirme puanlarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bildirilmiştir. Danasu (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada da, laktasyon yetersizliği olan annelerde refleksoloji uygulamasının laktasyonun başlatılmasına ve sürdürülmesi üzerine etkisinin değerlendirilmiştir. Çalışmaya laktasyon yetersizliği olan sezaryen (35) ve normal doğum yapan (25) toplam 60 primipar ve multipar anneler dahil edilerek tüm annelere, beş gün boyunca günde bir kez refleksoloji uygulanmış. Refleksoloji uygulanmasında önce ve sonra pre ve post testlerle modifiye edilmiş emzirme skalası ile laktasyon durumları değerlendirilmiş. Sonuç olarak, modifiye edilmiş emzirme skalasının pre ve post test puanları arasındada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilerek refleksolojinin laktasyonun başlatılması ve sürdürülmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Refleksolojinin yeni doğum yapmış annelerde stresi ve ağrıyı azaltarak, rahatlama sağlayarak hormonal dengeye yardımcı olduğunu ve böylece erken zamanda laktasyonun başlamasında ve emzirmenin sağlanmasında etkili bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

5.5. Şekil 4-1: Annelerin İlk Sütün Gelme Zamanına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda, uygulama grubundaki annelerde ilk sütün gelme sürecinin kontrol grubundakilere göre daha kısa sürede olduğu (ortalama 2,82 saat, SD 3,58), kontrol grubunda ise bu sürenin uzadığı (ortalama 8,88 saat, SD 15,92), istatistiksel olarak saptandı (Log Rank: Mantel-Cox $\chi^2 = 9,247$, $p: 0,002$, Şekil 4-1). Yapılan literatür taramasında çok eski ve randomize kontrollü olmayan tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Siu-lan, Li (1996), yeni doğum yapmış toplam 200 kadın üzerinde laktasyon başlama zamanlarını değerlendirmiş. Çalışmada annelerin doğum şekli belirtilmeyip, anneler deney grubuna (100), kontrol grubuna (100) olacak şekilde ayrılarak, deney grubundaki annelere doğumdan sonra 30 saat içinde günde 10-15

dakikalık, 30 ile 120 saatlik ayak refleksolojisi uygulanmış. Deney grubunda laktasyon 43,47 saatte (SD 12,39) başlarken, kontrol grubunda 66,97 (SD 28.16) saatte başladığı tespit edilmiş. Annelerin sütün gelme miktarındaki tatmin durumlarının ise deney grubunda %98, kontrol grubunda ise %67 olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda laktasyonun başlama zamanı yapılan bu çalışmayla benzer olmakla birlikte daha erken sürede olduğu saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada annelere ayak masajı uygulaması ilk 30 saat içinde ve günde sadece bir kez uygulanmış, bizim çalışmamızda ise annelere ayak masajı genel anestezi etkisi geçer geçmez (maksimum=3 saat) içinde günde üç kez uygulandı, bu farklılığın ayak masajının erken zamanda ve günde daha fazla sayıda uygulanmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.6. Tablo 4-10: Annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına (DSKÖ) İlişkin Bulgularının Tartışılması

Doğum sonrası dönemde ebe/hemşirelik uygulamalarındaki bir diğer amaç ise anne-bebek arasındaki bağı kuvvetlendirerek emzirmeyi desteklemek ve annenin konfor düzeyini yükseltmektir. Doğumdan hemen sonra veya lohusalık sürecinde birçok kadın ağrı, stres, yorgunluk, anksiyete yaşayabilir özellikle sezaryen doğum yapan annelerde bu rahatsızlıklar daha fazla ve şiddetli yaşanarak anne-yenidoğan etkileşiminin başlamasını olumsuz etkileyebilir. Çalışmamızda uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre daha konforlu/rahat oldukları belirlendi ($p < 0,001$, Tablo 4-10). Yapılan literatür taramasında refleksolojinin doğum sonu dönemde konfora etkisine yönelik çalışma bulunmamaktadır. Ancak doğum sonu konfora yönelik çalışmalara baktığımızda ise doğum şekillerinin doğum sonu konforu etkilediğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası ağrı, halsizlik ve anestezinin olumsuz etkileri, gaz şikâyeti, konstipasyon gibi fiziksel sorunları, vajinal doğum yapan annelere göre daha çok yaşadıklarını bildirerek konforlarını negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (Pınar ve ark. 2009; Çapık ve ark. 2014). Derya ve Pasinlioğlu (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada ise sezaryen ile doğum yapan loğusaların konfor kuramı doğrultusunda verilen hemşirelik bakımın konfor gereksinimlerini karşıladığı ve doğum sonu konfor düzeyini arttırdığını bildirmişlerdir. Çalışmalarda, hem doğum sonu dönemin, hemde sezaryene bağlı geçirilmiş bir operasyonun neden olduğu sıkıntıları bir arada yaşayan annenin yeni doğan bakımında daha fazla sorun yaşayacağı ve anne-bebek etkileşiminin geç başlayabileceği bildirilmektedir (Eker ve Yurdakul 2008; Derya ve Pasinlioğlu 2015).

Sezaryen doğum sonrası, annenin doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmada, ebe/hemşirelik bakım kapsamında uygulanan refleksoloji; iyileşme sürecinin hızlandırarak, anneye kendi ve yeni doğanın öz bakımını geliştirici ve güçlendirici olumlu sağlık davranışları kazandırılarak bakım sorunlarının ortaya çıkmasının önlenmesinde, bakımda memnuniyetin, emzirme başarısının artmasını ve laktasyonun erken başlaması ve sürdürülmesi ile sorunsuz, rahat, konforlu, sağlıklı bir doğum sonu dönem ve gelecek sağlanabilir.

5.7. Annelerin Memelerinde Görülen Süt İnme Belirtilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda, memelerdeki süt inme belirtileri olan; gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyinin ortalamalarının, uygulama ve kontrol grubundaki annelerin ilk/birinci günde benzer olduğu, ikinci ve üçüncü günlerde uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundakilere göre daha fazla olduğu ($p<0,001$, Tablo 4-12, Şekil 4-2) belirlendi. Uygulama grubundaki annelerde ikinci ve üçüncü günlerde memelerdeki süt gelme belirtileri, kontrol grubundaki annelere göre daha erken zamanda başladığı belirlendi. Yapılan literatür taramasında refleksolojinin süt inme belirtilerine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Refleksoloji uygulaması yeni doğum yapmış kadınlarda, süt inme belirtileri olan; memelerdeki gerginlik, ısı artışı ve ağrı durumunu arttırarak laktasyonun erken zamanda başlamasını sağlayarak emzirmeyi ve anne bebek etkileşimini desteklediğini düşünmekteyiz.

Sonuçlar;

✓ Uygulama grubu ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, sosyal güvence türü ve bebeğin cinsiyetine göre dağılımları ve yaş ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$, Tablo 4-1), grupların sosyoekonomik değişkenler yönünden benzer/homojen olduğu,

✓ Uygulama grubu ve kontrol grubundaki bireylerin, gebeliğin planlı olması, gebelik boyunca düzenli kontrollere gitme, gebelikte sorun yaşama, doğum şekline karar verilme zamanı, sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verilme, sezaryenin planlı ya da acil olma durumu ve doğumun zorluğunu değerlendirme yönünden grupların benzer/homojen olduğu ($p>0,05$, Tablo 4-2),

✓ Uygulama ve kontrol grubunun tamamlayıcı tıp uygulamasını bilme ve

kullanma durumunun dağılımlarının benzer dağılım gösterdikleri ($p>0,05$, Tablo 4-3),

✓ Gruplar arasında bebeği ilk emzirme zamanı, gebelikte emzirme eğitimi alma, bebeğini emzirmeyi düşünme, bebeğini rahat emzirebilme pozisyonu, sezaryen sonrası emzirme konusunda yardıma /desteğe ihtiyaç duyma ve sezaryenden sonra meme ve meme ucu sorunları yaşama durumunun dağılımlarının benzer olduğu ($p>0,05$, Tablo 4-4).

✓ Uygulama grubundaki annelerin (%38), kontrol grubunda bulunan annelere (%66) göre daha az oranda emzirmede sorun yaşadıkları ($p<0,01$, Tablo 4-4),

✓ Uygulama ve kontrol grubundaki annelerin sezaryenden sonra ayağa kalkarken, kişisel hijyen, perine hijyeni, yatak içinde oturma ve bebek bakımı konusunda yardıma ihtiyaç duyanların dağılımlarının benzer olduğu ($p>0,05$, Tablo 4-5),

✓ Gruplara göre sezaryenden sonra yaşanan sorunların dağılımları karşılaştırıldığında; ayağa kalkma, kişisel ve perine hijyeni sağlama, idrara çıkma konusunda sorun yaşama yönünden grupların benzer olduğu ($p<0,05$, Tablo 4-5),

✓ Uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre lavman uygulanmasına gerek kalmadan daha rahat gaz çıkarabildikleri, daha az ağrıları olduğu ve bebek bakımında sorun yaşamadıkları ve uygulama grubundaki anneler almış oldukları bakım sonrası, kontrol grubundaki annelere göre doğum sonrası kendilerini daha rahat ve konforlu hissettikleri ($p<0,05$, Tablo 4-5),

✓ Uygulama grubundaki kadınlarda bulantı-kusma sorununun (%24) kontrol grubundakilere (%48) göre daha düşük oranda olduğu ($p<0,05$), ancak gruplar arasında hipotansiyon, boğaz ağrısı ve baş ağrısı sorunlarının görülme/oluşma oranlarının benzer olduğu ($p>0,05$, Tablo 4-6),

✓ Gruplara göre yenidoğan bebeklerin; apgar skoru, baş çevresi, boy uzunluğu ve ilk üç gündeki vücut ağırlık ortalamalarının benzer olduğu ($p>0,05$, Tablo 4-7).

✓ Uygulama grubundaki annelerin emzirme (LATCH) puan ortalamalarının, kontrol grubundaki annelere göre çok iyi düzeyde olduğu ($p<0,001$, Tablo 4-8),

- ✓ Uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre emzirme memnuniyetinin daha iyi olduğu (p<0,001, Tablo 4-9),
- ✓ Uygulama grubundaki annelerde ilk sütün gelme (ortalama 2,82 saat) sürecinin, kontrol grubundakilere (ortalama 8,88 saat) göre daha kısa sürede olduğu (Log Rank: Mantel-Cox $\chi^2 = 9,247$, p: 0,002, Şekil 4-1).
- ✓ Uygulama grubunda bulunan annelerin toplam doğum sonu konfor puan ortalaması ve alt boyutlardan fiziksel konfor, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre daha iyi olduğu (p<0,001, Tablo 4-10),
- ✓ Ayak masajı uygulanan annelerin, ayak masajı uygulamasından oldukça yüksek puanla çok memnun kaldıkları (Tablo 4-11),
- ✓ Memelerdeki süt inme belirtileri olan; gerginlik, ısı artışı ve ağrı düzeyinin ortalamalarının, uygulama ve kontrol grubundaki annelerin ilk/birinci günde benzer olduğu, ikinci ve üçüncü günlerde uygulama grubundaki annelerin, kontrol grubundakilere göre daha fazla olduğu (p<0,001, Tablo 4-12, Şekil 4-2) belirlendi.

6. KAYNAKLAR

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

Abdeesso, C. (2014). Reflexology. *Golden Research Thoughts*. 3(8), 1-4.

Adams, D. ve Hewell, S. (1997). Metarnal and professional assessment of breastfeeding. *J Hum Lact*, 13(4), 279-283.

Ahluwalia, I. B., Li, R. ve Morrow, B. (2012). Breastfeeding practices: does method of delivery matter ? *Maternal and child health journal*, 16(2), 231-237.

Akçay, Ş. (2014). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GTT) Uygulamaları Yönetmeliği Sonrası. *Toraks Bülteni*, 44, 23.

Akdur, R. (1999). (2005 tarihinde güncellenmiş). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslama. Erişim: 05.12.2006, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf

Alan H. (2015). *Jinekolojik kanser hastalarında kemoterapi tedavisi sürecinde uygulanan progresif kas gevşeme egzersizleri ve refleksolojinin ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi; Randomize kontrol çalışması*. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Amanak, K., Karagöz, B. ve Sevil, Ü. (2013). Alternatif/ Tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4):441-448.

American Academy of Pediatrics Policy Statement. (2005). Breasfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115:496–506.

American Academy of Pediatrics. (2012). *American Academy of Pediatrics, Breastfeeding and the Use of Human Milk*, PEDIATRICS 129(3): 827-841. Erişim 10.12.2016, www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2006). *Task Force on Cesarean delivery Rates. Evalation f Cesarean delivery*. Washington, DC.

American Holistic Nurses Association. (2012). *Position on the Role of Nurses in the Practice of Complementary and Alternative Therapies*.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. (1999). Practice guidelines for obstetrical anesthesia. *Anesthesiology*, 90:600.

Amitay EL, Boker LK. (2015). Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence ameta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr*,169(6), 1-9.

Araz, A., Harlak, H. ve Meşe, G. (2007). Health behaviors and alternative medicine use. *TAF Prev Med Bull*, 6(2):112-122.

Aslam, M.F., Gilmour, K.R. ve Fawdry, D.S. (2003). Who wants a caesarean section? a study of woman's personel experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4):364- 66.

Asltoğhri, M. ve Ghodsi, Z. (2012). The effects of Reflexology on sleep disorder in menopausal women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 31, 242-246.

Aştı, T. ve Karadağ, A. (2012). *Hemşirelik esasları, hemşirelik bilim ve sanatı*, İstanbul; 88-91.

Ay, A.F. (2007). Hemşirelik süreci. İçinde Akça Ay, F. ve ark., (Ed.). *Temel Hemşirelik Kavramlar,İlkeler, Uygulamalar*, 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 60-73

Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2):37-48.

Barnes, P.M., Bloom, B. ve Nahin, R.L. (2008). *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. Natl. Health Stat. Report 12: 1–23.

Beji, N.K. (2015b). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde İ., Güngör ve Ü., Oskay. *Riskli doğum eylemi*. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayınları. I. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Tic.Ltd. Şti. İstanbul; 530-532.

Beji, NK. (2015a). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde G., Rathfisch ve İ., Güngör. *Doğum eyleminde ağrıyla birliktelik*. İstanbul Üniversitesi Florence

Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayınları. I. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Tic.Ltd. Şti. İstanbul, 330-336.

Benjamin, P. (1989). Eunice D. Ingham and the development of foot reflexology in the US. *American Massage Therapy Journal*.

Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.

Bilgin, N. Ç. ve Potur, D. C. (2010). Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 80-87.

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Ulusal İlk Rapor Türkiye. (1999). Erişim: 04.05.2015.
[http://www.kdkcocuk.gov.tr/contents/files/YasalDuzenlemeler/BM_cocuk_Haklari_Sozlesmesi-Turkiye_Ilerleme_Raporu_\(1._Donem-Ilk_Rapor\).pdf](http://www.kdkcocuk.gov.tr/contents/files/YasalDuzenlemeler/BM_cocuk_Haklari_Sozlesmesi-Turkiye_Ilerleme_Raporu_(1._Donem-Ilk_Rapor).pdf)

Biröl, L. (2007). Hemşirelikle ilgili kuramlar. L., Biröl. (Ed.). *Hemşirelik Süreci*. 8. Baskı. İzmir: Etki Matb. Yayıncılık Ltd. Şti., 51-102.

Bolsoy, N. (2008). *Perimenstrüel distresin hafifletilmesinde refleksolojinin etkinliğinin incelenmesi*. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. Doktora Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İZMİR.

Booth-LaForce, C., Scott, C. S., Heitkemper, M. M., Cornman, B. J., Lan, M. C., Bond, E. F. ve ark. (2010). Complementary and alternative medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 26(5), 293-300.

Bowe, S., Adams, J., Lui, C. W. ve Sibbritt, D. (2015). A longitudinal analysis of self-prescribed complementary and alternative medicine use by a nationally representative sample of 19,783 Australian women, 2006–2010. *Complementary therapies in medicine*, 23(5), 699-704.

Breastfeeding -CDC. (2011). Breastfeeding Rates – Ever Breastfed, Breastfeeding at 6 months, Breastfeeding at 12 months, Exclusive breastfeeding at 3 months, Exclusive breastfeeding at 6 months a. *CDC National Immunization Surveys*

2012 and 2013, Data, 2011 births. http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm.

Breastfeeding Report Card (2014). <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>

Breastfeeding Report Card. (2016). *Progressing Toward National Breastfeeding Goals. Centers for Disease Control and Prevention, United States*, Erişim, 14.12.2016, <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2016breastfeedingreportcard.pdf>.

Brown, A. ve Jordan, S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 828-839.

Cakmak, H. ve Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7): 1128-1137.

CAMBrella - Work Package 2 Report Part I. (2012). Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, Sarsina RP, Fønnebø V. *Legal status and regulation of CAM in Europe. Part I - CAM regulations in the European countries*. Erişim: 06.01.2016. <http://www.cambrella.eu/home.php?il=203&l=deu>.

CAMDOC Alliance unites European medical CAM umbrella organisations, representing about 130 medical CAM associations across Europe. Focus: medical affairs, contact with medical authorities. Erişim: 06.01.2016. <http://www.camdoc.eu/>

Çamlı, A.A., Bilal, A., Arabacı, R. ve Efe, R. (2016). Recent Advances in Health Sciences. In Dikmen, A.H., Terzioğlu, F. (Ed.), *Responsibilities of Nurses in Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients: Importance of Reflexology and Progressive Muscle Relaxation Exercises*. St. Kliment Ohridski University Press, 54-68.

Can, G., Erol, O., Aydiner, A., ve Topuz, E. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 287-294.

Çapık, A., Özkan, H. ve Apay, S. E. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3): 186-192.

Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17;4:268-274.

Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L. ve Üstün, Y. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 12(4):247-252.

Çevik K. (2013). *Yaşlılarda refleksoloji uygulamasının konstipasyon üzerine etkisi*. Doktora Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Chan, M. (2008). WHO Congress on Traditional Medicine, 7-9 November, Beijing, China Erişim: 05.12.2016. <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081107/en/index>.

Choi, M. S. ve Lee, E. J. (2015). Effects of Foot-Reflexology Massage on Fatigue, Stress and Postpartum Depression in Postpartum Women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(4), 587-594.

Choudhary, S., Kumar, G. ve Singh, K. (2006). Reflexology reduces the requirement and quantity of pain killers after general surgery. *Reflexology Across America*. Retrieved from Reflexology Association of America Erişim: 08.10.2016. http://www.reflexology-usa.org/assets/dr_shweta_research_study.

Complementary Therapies. (2014). *Practice Guideline, college of Nurses of Ontario*. Erişim: 03.12.2016, http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41021_comptherapies.pdf.

CONSORT 2010 Akış Diyagramı: Erişim: 16/02/2016. http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Turkish_tr/Turkish%20CONSORT%20Flow%20Diagram.pdf

Crider, D. L. (2009). Section Three: Principles of Cancer Management: Complementary and Alternative Medicine (CAM). S. Newton, M. Hickey, ve J. Marrs. *Mosby's Oncology Nursing Advisor: A Comprehensive Guide to Clinical Practice* (s. 326-327). Canada: Mosby Elsevier.

Crompton, R. (2012). Homeopathy for common complaints during pregnancy and childbirth. *The practising midwife*, 15(8), 15S-18S.

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., GilstrapIII, L.C., Hauth, J.C. ve Wenstrom, K.D. (2005a). Williams Doğum Bilgisi. İçinde A.C. Akman (Ed.), *Sezaryen Doğum ve Postpartum Histerektomi*. İstanbul: Nobel Kitabevleri, 21. Baskı, 537-563.

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., GilstrapIII, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. (2005b). Williams Doğum Bilgisi., İçinde A.C. Akman (Ed.). *Normal Doğum Eylemi ve Doğum, Analjezi ve Anestezi*. İstanbul: Nobel Kitabevleri, 21. Baskı, 361-383.

Danasu, R. (2015). Effectiveness of reflex zone stimulation on initiation and maintenance of lactation among lactation failure mothers at SMVMCH, Kalitheerthalkuppam, Puducherry. *Asian J. Nursing Edu. and Research*, 5(4):505-512.

Degirmen, N., Ozerdogan, N., Sayiner, D., Kosgeroglu, N. ve Ayranci, U. (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. *Applied nursing research*, 23(3), 153-158.

Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L. ve ark. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3), 85.

Derya, Y.A ve Pasinlioğlu, T. (2015). The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *International journal of nursing knowledge*, 1-7.

Dewey, K.G., Nommsen-Rivers, L.A., Heinig, J. ve Cohen, R.J. (2003) Risk for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112, 607–619.

Dolatian, M., Hasanpour, A., Montazeri, S., Heshmat, R. ve Majd, H. A. (2011). The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(7), 475-479.

Duran, E.T. ve Atan, Ş.Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Derg*, 21(3):83-88.

Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M. A., Owusu-Agyei, S. ve Kirkwood, B. R. (2006). Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics*, 117(3), 380-388.

Ejder, A.S. (2011). *Sezaryen ile doğum yapan loğusalara ROY'un modeline göre verilen bakımın değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Eker, A. ve Yurdakul, M. (2008). Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1):26-35.

Erci, B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *Journal of clinical nursing*, 16(4), 761-768.

Erdemir, F. ve Çırlak, A. (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *DEUHYO ED*, 6(4), 224-230.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. (2014). *Hemşirelikte araştırma. [Nursing research]*. Nobel Tıpkitap Evleri, 167-102.

Ernst, E. (2009). Advice offered by practitioners of complementary/ alternative medicine an important ethical issue. *Evaluation & the Health Professions*, 32(4), 335-342.

Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I. ve Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: a narrative review of the literature. *ISRN nursing*, 1-8.

Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C. G., Bennett, K. M. ve Harrold, J. A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 740-758.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

Flores, M. M. S. ve Fairchok, M. P. (2004). The relationship of breastfeeding to antimicrobial exposure in the first year of life. *Clinical Pediatrics*, 43(7), 631-636.

Fowler, S. ve Newton, L. (2006). Complementary and alternative therapies: the nurse's role. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(4), 261-268.

Gala, D. ve Gala, S. (2004). *Be your own doctor with foot reflexology*. Navneet Publications (India) Ltd, Dantali, Gujarat., Pp: 1-75.

Gaydos, H. B. (2001). Complementary and alternative therapies in nursing education: trends and issues. *Online Journal of issues in Nursing*, 6(2), 14.

Gaylord, S., Norton, S. ve Curtis, P. (2004). *Safety issues in Complementary & Alternative Health Care*. Program on Integrative Medicine, Department of Physical Medicine & Rehabilitation, School of Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill. <https://www.med.unc.edu/phyrehab/pim/files/Safety.pdf>.

Geçkil, E., Dündar, Ö. G. Ö. ve Şahin, Ö. G. T. (2008). Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(2), 041-051.

Ghaffari, F.ve Pour Ghaznein, T. (2010). The reflexology of sole on tiredness intensity in pregnant women. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 1(2), 58-62.

Gibbons, L., Belizán, J.M., Lauer, J.A., Betrán, A.P., Merialdi, M ve Althabe, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. *World Health Report, Background Paper*, 30 <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

Gibbs, S. R., Karlan, Y. B., Haney, F. A. ve Nygaard, I. (2010). Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Ayhan A (Ed.). İçinde Dr. S., Güven (Böl.Ed.). *Sezaryenle doğum*. Onuncu baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 491-503.

Gökdoğan, M. ve Balkaya, A. (2010). Anne sütünü artırmaya yönelik bitkisel çay kullanımı ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 3(4), 187-194.

Gönen, E. (2015). Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GTA) yönetmeliği ile ilgili TOTBİD çalışma grubu raporu. Erişim: 01.12.2016, <http://totbid.org.tr/portalyonetim12/images/1/upload/alternatiftipyontemlerihakkinda.pdf20153395856.pdf>.

Gözükara, A. G. F. ve Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1), 032-046.

Gözüyeşil, E. (2014). *40-60 yaş grubu kadınlara uygulanan ayak refleksolojinin vazomotor yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisi*. Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi; 50-70.

Grajeda R. & Perez-Escamilla R. (2002) Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women. *The Journal of Nutrition*, 132, 3055–3060.

Güleç, D., Öztürk, R, Sevil, Ü. ve Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 24(1), 36-41.

Gün, İ., Yılmaz, M., Şahin, H., İnanç, N., Aykut, M., Günay, O. ve ark. (2009). Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52 (4), 176-182.

Güngör, İ., Gökyıldız, Ş. ve Nahçıvan, N.Ö. (2004). Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13(53), 185-198.

Haggkvist, A. P., Brantsaeter, A. L., Grjibovski, A. M., Helsing, E., Meltzer, H. M., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2076-2086.

Hartmann, P. ve Cregan, M. (2001) Lactogenesis and the effects of insulin-dependent diabetes mellitus and prematurity. *The Journal of Nutrition*, 131, 3016–3020.

Hilson, J.A., Rasmussen, K.M. ve Kjolhede, C.L. (2004) High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *Journal of Human Lactation*, 20, 18–29.

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. ve Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and

difficulties in the first four months postpartum. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-9.

Horta, B.L., Bah, I R., Martines, J.C. ve Victora, C.G. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses. *In. Geneva, Switzerland: World Health Organization*. Erişim: 14.08.2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf

Hughes, C. M., McCullough, C. A., Bradbury, I., Boyde, C., Hume, D., Yuan, ve ark. (2009). Acupuncture and reflexology for insomnia: a feasibility study. *Acupuncture in Medicine*, 27, 163-168.

Hur, M. H., Song, J. A., Lee, J. ve Lee, M. S. (2014). Aromatherapy for stress reduction in healthy adults: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Maturitas*, 79(4), 362-369.

Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D ve ark. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, 153, 1-186.

Issel, C. (1996). *Reflexology: Art, Science and History*, Fourth, Sacramento, CA, New Frontier Publishing.

ISTAT (Italian National Institute of Statistics). (2014). *Pregnancy, childbirth and breastfeeding in Italy, December 9*. <http://www.istat.it/en/files/2014/12/Pregnancy-childbirth-breastfeeding-2013.pdf?title=Pregnancy%2C+childbirth+and+breastfeeding+in+Italy+-+9+Dec+2014+-+Full+text.pdf>.

Jensen, D., Wallace, S., Kelsay, P., (1994). LATCH: Breastfeeding charting system and documentation tool. *JOGNN*, 23(1), 27-32.

Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S. ve Grp, B. C. S. S. (2003). How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 362(9377), 65-71.

Jones, J., Thomson, P., Lauder, W., Howie, K.. ve Leslie, S. J. (2012). Reflexology has an acute (immediate) haemodynamic effect in healthy volunteers: a

double-blind randomised controlled trial. *Complementary Therapies in clinical practice*, 18(4), 204-211.

Kadın Sağlığı ve Refleksoloji. Erişim Tarihi: 15.11.2016, http://www.refleksoloji.org/cinsel_refleksoloji_kadin_sagligi_ve_refleksoloji-1-1-sayfa_id-333-id-53787-g_id-34238-f-f9e8bc82b41def5dce74b29af0bf02b9

Kang, H. J., Ansbacher, R. ve Hammoud, M. M. (2002). Use of alternative and complementary medicine in menopause. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 79(3), 195-207.

Karabacak Ü., Acaroğlu R. (2011). Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 197-202.

Karahancı, O. N., Öztoprak, Ü. Y., Ersoy, M., Ünsal, Ç. Z., Hayırlıdağ, M. ve Büken, N. Ö. (2015). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 117-26.

Karakaplan, S. (2007). *Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul.

Karakaplan, S. ve Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.

Karlström, A., Lindgren, H. ve Hildingsson, I. (2013). Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(4), 479-486.

Kaya, D. ve Pirinçci, E. (2009). 0-24 Aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 8 (6), 479-484.

Kaya, N., Babadağ, K., Kaçar, G. Y. ve Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33.

Kesselring A. (1994). *Fussreflexzonemassage (Foot reflex zone massage)*. Schweiz med Wochenschr suppl (SWITZERLAND), 62; p88-93.

Kesselring, A., Spichiger, E. ve Müller, M. (1998). Foot reflexology: an intervention study. *Pflege*, 11(4), 213-218.

Khorshid, L. ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(2), 124-130.

Khoshtarash, M., Ghanbari, A., Yegane, M. R., Kazemnejhad, E. ve Rezasoltani, P. (2012). Effects of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section. *Koomesh*, 14(1), 109-116.

Kilbey, J. (2005). The use of complementary therapy in nursing practice. *Nurs Times*, 101(18), 26-7.

Kılıç, S., Uçar, M., Temir, P., Erten, Ü., Şahin, E., Karaca, B. ve ark. (2007). Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 91-7.

Kılınçer, C. ve Zileli, M. (2006). Görsel analog hasta tatmini skalası. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (3), 113-118.

Kim, M. Y. ve Oh, P. J. (2011). Meta-analysis of the effectiveness on foot-reflexo-massage for cancer patients. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 11(2), 127-135.

Kim, S., Lee, M. N. ve Lee, S. (2016). Nurses' Knowledge, Perceived Barriers, and Practices Regarding Complementary and Alternative Medicine in South Korea. *Holistic Nursing Practice*, 30(6), 338-344.

Klein, S. D., Frei-Erb, M. ve Wolf, U. (2011). Usage of complementary medicine across Switzerland: results of the Swiss Health Survey 2007. *Swiss medical weekly*, 142, w13666-w13666.

Köksoy S. (2008). *Yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 33-48.

Kolcaba K. (1992). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15, 1-10.

Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 4, 287-89.

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publish Company.

Kolcaba, K. ve Dimarco, M.A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 187-194

Kolcaba, K. ve Wilson, L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17: 102-111.

Kolcaba, K.,Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23, 237-240.

Konakçı, S.K ve Kılıç, B. (2002). Sezaryen ile Doğumlar Artıyor. *STED*, 11(8), 286-288.

Korkan, E., A ve Uyar, M. (2014). Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji. *ACU Sağlık Bil Derg*, 1, 9-14.

Kroeger,M. ve Smith, L.J., (2004). *Episiotomy and surgical delivery and breastfeeding. In: Impact of Birthing Practieces on Breastfeeding: Protecting the Mother and Baby Continuum*. Jones and Bartlett, Massachusetts, Sudbruy, pp. 157–161.

Kuğuoğlu, S. ve Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 16-23.

Kunz, B.K., (2007). *Complete reflexology for life*. Published in the United States by DK Publishing. First American Edition, New York, September:1-354.

Li, C. Y., Chen, S. C., Li, C. Y., Gau, M. L., & Huang, C. M. (2011). Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery*, 27(2), 181-186.

Liu, J. P., Yang, H., Xia, Y. ve Cardini, F. (2013)). Herbal preparations for uterine fibroids. *The Cochrane Library*. 30(4): CD005292.

Loganayagi, K., Sumathi, G. ve Nalini, S.J. (2014). Effectiveness of reflex zone therapy among primi parae at selected hospital. *Journal of science*, 4(12), 732-735.

Magill, L., ve Berenson, S. (2008). The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families. *Palliative and Supportive Care*, 6(3), 289-296.

Mamuk, N. ve Davas, N. İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 44, 137-144.

Manganaro, R., Mami C., Marrone, T., Marseglia, L. ve Gemelli, M. (2001) Incidence of dehydration and hypernatremia in exclusively breast-fed infants. *The Journal of Pediatrics*, 139, 673–675.

Mao, J. J., Farrar, J. T., Sharon, X. X., Marjorie, A. B. ve Katrina, A. (2007). Use of complementary and alternative medicine and prayer among a national sample of cancer survivors compared to other populations without cancer. *Complementary Therapies in Medicine*, 15, 21-29.

Marriott, B. M., Campbell, L., Hirsch, E., & Wilson, D. (2007). Preliminary data from demographic and health surveys on infant feeding in 20 developing countries. *Journal of Nutrition*, 137(2), 518s-523s.

Matias, S. L., Nommsen-Rivers, L. A. ve Dewey, K. G. (2011). Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. *Journal of human lactation*, 20(10), 1-10.

Matias, S. L., Nommsen-Rivers, L. A., Creed-Kanashiro, H. ve Dewey, K. G. (2010). Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers. *Maternal & child nutrition*, 6(2), 120-133.

Mauri, P.A, Contini, N.N.G., Giliberti, S., Barretta, F., Consonni, D., Negri, M., Benedetto, I.D., (2015). Intrapartum Epidural Analgesia and Onset of Lactation: A Prospective Study in an Italian Birth Centre. *Matern Child Health J*, 19, 511-518.

Mc Vicar, A. J., Greenwood, C. R., Fewell, F., D'arcy, V., Chandrasekharan, S. ve Alldridge, L. C. (2007). Evaluation of anxiety, salivary cortisol and melatonin

secretion following reflexology treatment: a pilot study in healthy individuals. *Complementary Therapies in clinical practice*, 13(3), 137-145.

McCullough, J. E. M., Liddle, S. D., Sinclair, M., Close, C. ve Hughes, C. M. (2014). The physiological and biochemical outcomes associated with a reflexology treatment: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-16.

McNeill, J. A., Alderdice, F. A. ve McMurray, F. (2006). A retrospective cohort study exploring the relationship between antenatal reflexology and intranatal outcomes. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(2), 119-125.

Meloni, A., Loddo, A., Martsidis, K., Deiana, S.F., Porru, D., Antonelli, A. ve ark. (2012). The role of caesarean section in modern Obstetrics. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 1(1), 53-58.

Melzack, R ve Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 19;150(699), 971-9.

Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B. ve Haley, M.M. (2007). Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 262-272.

Miles, P. (2007). Reiki for mind, body, and spirit support of cancer patients. *Advances in mind-body medicine*, 22(2), 20-26.

Modern Institute of Reflexology (2008). Eunice Ingham Stopfel, D.R. Erişim: 16/12/2016, from http://www.reflexologyinstitute.com/reflex_ingham.php.

Moghimi-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z. ve Shoghi, M. (2015). The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida women. *Acta Medica Iranica*, 53(8), 507-511.

Molart, L. (2003). Single blind trial addressing the differential of two reflexology techniques versus rest, on onkle and foot oedema in late pregnancy. *Complementary Therapies in Nursing And Midwifery*, 9, 203-8.

Molassiotis, A., Browall, M., Milovics, L., Panteli, V., Patiraki, E.ve Fernandez-Ortega, P. (2006). Complementary and alternative medicine use in patients

with gynecological cancers in Europe. *International Journal of Gynecological Cancer*, 16(S1), 219-224.

Mollahaliloğlu, S., Uğurlu, F. G., Kalaycı, M. Z. ve Öztaş, D. (2015). The New Period in Traditional and Complementary Medicine. *Ankara Medical Journal*, 15(2), 102-105

Moore, E. R., Anderson, G. C. ve Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane database of systematic Reviews*, 18(3), 1-63.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. ve Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(3).

Morgan, G.E. ve Mikhail, M.S. (2002). Obstetric Anesthesia. In: *Clinical Anesthesiology*, 4th Ed. Stamford, Appleton & Lange; 705-712.

Musella, M. L. (2009). Section Three: Principles of Cancer Management: Complementary and Alternative Medicine Therapies, Reflexology. S. Newton, M. Hickey, ve J. Marrs. *Mosby's Oncology Nursing Advisor: A Comprehensive Guide to Clinical Practice* (s. 336). Canada: Mosby Elsevier.

Muslu, K. G., ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 62-67.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). *The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States*, December 2008. <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf>, erişim tarihi: 05.12.2016)

National Institutes of Health. (2006). Cesarean delivery on maternal request. State-of-the-Science Conference Statement, March27-29, *Obstet Gynecol*, 107(6), 1386-1397.

Nickells, J.S., Vaughan, D.J., Lillywhite, N.K., Loughnan, B., Hasan, M. ve Robinson, P.N. (2000). Speed of onset of regional analgesia in labour: A comparison of the epidural and spinal routes. *Anaesthesia* 55(1), 17-20.

O'Mathuna, D.P.O. (2007). Reflexology for relaxation. *Alternative Therapies in Women's Health*, 9, 17-24.

Ovayolu, Ö. ve Ovayolu, N. (2013). Onkolojide semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler ve etkileri. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 83-98.

Özbek, H. (2005). Cinsel ve jinekolojik sorunların tedavisinde bitkilerin kullanımı. *Van Tıp Dergisi*, 12(2), 170-174.

Ozcakir, A., Sadikoglu, G., Bayram, N., Mazicioglu, M.M., Bilgel, N. ve Beyhan, I. (2007) Turkish general practitioners and complementary/ alternative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 1007-1010

Özdemir G. (2011). *Hemodiyaliz hastalarına uygulanan refleksolojinin yorgunluk, ağrı ve krampa etkisi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 15-55.

Özkaptan, B.B. (2012). Tamamlayıcı/Alternatif Tıbbi Tedavilerin Etik Yönü. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*, 20(1), 33-37.

Özlü, Z. K., Soydan, S., Çapık, A., Apay, S. E., Avşar, G., Özer, N. ve ark. (2016). Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19(1), 58-64.

Öztürk R. (2015). *Abdominal histerektomi sonrası refleksolojinin iyilik haline etkisi*. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. Doktora Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova-İZMİR.

Öztürk, R. ve Sevil, Ü. (2013). Refleksolojinin kadın sağlığı üzerine etkisi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 8(3), 87-100.

Park, C., Yeoum, S., Choi, E. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences*, 7, 3-8.

Park, S. H. (2007). Effects of foot-reflexology massage on body weight, lower extremity edema and serum lipids in postpartum women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 13(2), 105-114.

Peltzer, K., Pengpid, S., Puckpinyo, A. ve Yi, S. (2016). The utilization of traditional, complementary and alternative medicine for non-communicable diseases and mental disorders in health care patients in Cambodia, Thailand and Vietnam. *BMC complementary and alternative medicine*, 16(92), 1-11.

Performance of Acupuncture by Nurses. (2006). College of Nurses of Ontario, Erişim: 03.12.2016, <https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/acupunctureoralsubmission.pdf>.

Pfeil, M. (1994). Role of nurses in promoting complementary therapies. *Br J Nurs.* 3(5), 217-9.

Pinar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N. ve akmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-190.

Pinto, P. C. ve Paul, S. (2012). Effect of foot reflexology on the quality of life among menopausal women in selected schools in Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 2(3), 75-79.

Posner, D.G., Dy, J., Black, Y.A. ve Jones, D.G. (2014). Eylem & Doğum. İçinde S.C. Demir ve Ü.K. Güle (Ed.), *Sezaryen Doğum*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 6. Baskı; 435-455.

Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N. ve Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, ajcn-030254.

Random.org. Erişim: 03.01.2016. <https://www.random.org/integers/?num=100&min=1&max=2&col=1&base=10&format=html&rnd=new>.

Radzyminski, S. (2003). The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(3), 322-31.

Ransjo-Advirson, A.B., Matthiesen, A.S., Lijia, G., Nissen, E., Widstrom, A.M. ve Uvnäs-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature and crying. *Birth* 28, 5–12.

Ransjo-Arvidson, A. B., Matthiesen, A. S., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A. M. ve Uvnäs-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1), 5-12.

Refleksoloji sertifikası eğitim program standartları. (2016). Erişim: 03.12.2016, 20.07.2016, http://www.getatportal.saglik.gov.tr/Eklenti/4020,refleksolojistandartpdf.pdf?0&_tag1=DD2CA967F0EEB8C7F1D23D2C57859AAB29F09656.

Regan, J., Thompson, A., and DeFranco, E., (2013). The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. *Breastfeeding Medicine*, 8(2), 181-185.

Resmi Gazete, (2014, Ekim). *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*. 27.10.2014; Sayı: 29158.

Resmi Gazete. (1991, Mayıs). *Akupunktur Tedavi Yönetmeliği*, Sayı No:20885 (29.05.1991).

Resmi Gazete. (2002, Eylül). *Akupunktur tedavisi uygulanan özel sağlık kuruluşları ile bu tedavinin uygulanması hakkında yönetmelik*, Sayı No:24879 (17.09.2002).

Resmi Gazete. (2011, Kasım). *Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*, 02.11.2011; Sayı: 28103.

Richardson, J. (2001). Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach. *J Clin Nurs*, 10, 793-98.

Riordan, J. ve Wambach, K. (2010). *Breastfeeding and human lactation*. Jones & Bartlett Learning. 4th ed. Sudbury: Mass.: Jones and Bartlett Publishers.

Riordan, J., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B. ve Melin, J. (2000). The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. *Journal of human Lactation*, 16(1), 7-12.

Rowe-Murray, H. J. ve Fisher, J. R. W. (2002). Baby-friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29, 124–131.

Sadeghi Shermeh, M., Bozorgzad, P., Ghafourian, A. R., Ebadi, A., Razmjuee, N. ve Afzali, M. (2009). Effect of foot reflexology on sternotomy pain after CABG surgery. *Journal of Critical Care Nursing*, 2(2), 51-54.

Sağlık Bakanlığı İnternet Erişim :11.11.2016, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-90491/h/ek-1-kamu-saglik-hizmetleri-satistarifesi.xlsx>

Şahin NH, Güngör İ ve Sömek A (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir özel hastane örnekleme, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21(4), 197-204.

Şahin, N.H. (2009). Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 1-6.

Samuel, C. (2011). *An investigation into the efficacy of reflexology on acute pain in healthy human subjects*. PhD thesis, University of Portsmouth, 30-120.

Scott J.A., Binns C.W. ve Oddy W.H. (2007) Predictors of delayed onset of lactation. *Maternal & Child Nutrition* 3, 186–193.

Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008a). Kadın sağlığı. İçinde, G., Ertem. (Ed). *Doğumda Analjezi ve Anestezi*. I. Baskı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 663-679.

Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008b). Kadın sağlığı. İçinde Z., Karaçam. *Normal postpartum dönemin fizyolojisi ve bakım*. I. Baskı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 708-758.

Siu-lan, Li. (1996). Galactagogue Effect of Foot Reflexology in 217 Parturient Women. *Beijing International Reflexology Conference (Report)*, China Preventive Medical Association and the Chinese Society of Reflexology, Beijing, p. 14

Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M. ve Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *The Cochrane Library*, 6, No. CD003521.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T. ve Jones, L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 15, 2.

Somchock, J. (2012). *Effect of foot reflexology on pain reduction in older Thai people*. A thesis submitted in total fulfilment of the requirements for the Doctor of Philosophy, School of Nursing and Midwifery Flinders University, 60-72.

Sosyal Güvenlik Kurumu İnternet Erişim: 11.11.2016, <http://www.sgk.com.tr/1396-Haber1-bu-tedavileri-sgk-odemiyor.html>

Sunay, D., Şengezer, T., Oral, M., Aktürk, Z., Shulz, K. F. ve Altman, D. G. (2013). CONSORT 2010 Raporu: Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar. *Avrasya Aile Hekimliği Dergisi*, 2, 1-10.

Süt, N. (2011). Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi. *RAED Dergisi*, 3(1-2), 29-33.

Swisher, E. M., Cohn, D. E., Goff, B. A., Parham, J., Herzog, T. J., Rader, J. S. ve ark. (2002). Use of complementary and alternative medicine among women with gynecologic cancers. *Gynecologic oncology*, 84(3), 363-367.

T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Uluslararası Bakış. Konferans Bildirisi. (2014). *Avrupada Tamamlayıcı Alternatif Tıp Uygulamalarının Durumu ve Geleceği*. Dr. Ton NICOLAI, CAMDOC Alliance, EUROCAM Birimi. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 949, 7-8 Mart, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*. (2010). Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. Ankara. Erişim:18.05.2015. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf>.

Tabur, H. ve Başaran, E. (2009). *Refleksoloji'ye Giriş*. İstanbul: Kitapdostu Yayınları. Tas, F., Ustuner, Z., Can, G., Eralp, Y., Camlica, H., Basaran, M., ve ark. (2005). The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncologica*, 44(2), 161-167.

Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, XIII. Baskı; 462-490.

The role of the licensed nurse in providing complementary therapies. Erişim: 03.12.2016, <http://www.ncbon.com/prac-rnfaq.asp>,

Tipping, L. ve Mackereth, P. A. (2000). A concept analysis: the effect of reflexology on homeostasis to establish and maintain lactation. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 6(4), 189-198.

Tiran, D. ve Chummun, H. (2004). Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(3),162-167.

Tiran, D. ve Chummun, H. (2005). The physiological basis of reflexology and its use as a potential diagnostic tool. *Complementary therapies in clinical practice*, 11(1), 58-64.

TNSA (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye*. Ekim 2009. Erişim 01.11.2016. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>.

TNSA (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye*. Kasım, 2014. Erişim 20.11.2016. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Tokaç M. (2013). Geleneksel Tıbbı Akademik Yaklaşım: GETTAM. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 28, 82-85.

Toker, K., Yılmaz, A. S., Gürkan, Y., Baykara, N., Canatay, H. ve Özdamar, D. (2003). Sezaryen ameliyatlarında anestezi uygulaması, 5 yıllık retrospektif değerlendirme. *Türk Anest Rean Cem Mecmuası*, 31, 26-30.

Tournaire, M. ve Theau-Yonneau, A. (2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 4(4), 409-417.

Tovey, P. (2002). A single-blind trial of reflexology for irritable bowel syndrome. *British Journal of General Practice*, 19-21.

Trevelyan, j. ve Booth, B. (1994). *Complementary Medicine for Nurses, Midwives and Health Visitors*, Macmillan, London.

Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 93-8.

Türk Kardiyol Dern Arş. (2009). Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp ile İlişkilerde Etik. *Türk Kardiyol Dern Arş Derg*, 37(3),33-35.

Türk Tabipleri Birliği. (2014). *Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmelik Taslağı Hakkındaki TTB Görüşü Bakanlığa İletildi*, [İnternet]. 2014, Erişim: 15.10.2016, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/ttb-4420.html>

U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. (2009, August). *National breastfeeding awareness campaign results: babies were born to be breastfed* [presentation]. Available at: Erişim 10.12.2016, http://www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-programs/national-breastfeeding-campaign/results/campaign_results.

UNESCO. (2013). Report of the Ibc on Traditional Medicine Systems and Their Ethical Implications. International Bioethics Com(IBC). Erişim: 11.12.206, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002174/217457e.pdf>

UNICEF, (2016). *A new global report from UNICEF, From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere, provides a global status update on infant and young child feeding practices and puts forth recommendations for improving them.* Erişim:01.12.2017. <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>

UNICEF, WHO, WABA, (2008). UNICEF, *Dünya emzirme haftası*. Erişim: 08.01.2016. https://www.unicef.org/turkey/pc/_mc36.html.

UNICEF, WHO, Worldwide Alliance for Breastfeeding Action. (2009). Inition of b reastfeeding by breast crawl: A scientific overview, <http://breastcrawl.org/science.Htm>.

UNICEF, World Health Organization, Worldwide Alliance for Breastfeeding Action. (2009). *Inition of b reastfeeding by breast crawl: A scientific overview*. Erişim: 04.05.2015, <http://breastcrawl.org/science.Htm>.)

UNICEF. (2016). *Mapping the Global Goals for Sustainable development and the Convention on the Rights of the Child*, Erişim: 06.16.2016. http://www.unicef.org/agenda2030/files/SDG-CRC_mapping_FINAL.pdf.

Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş. ve Hassoy, H. (2005). Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48 (3), 226-233.

Varghese, J., George, J. ve Gowda, Y. S. (2014). A randomized control trial to determine the effect of foot reflexology on intensity of pain and quality of sleep in post caesarean mothers. *IOSR J Nurs Health Sci*, 3(1), 39-43.

Vermont Board of Nursing. (2013). *Responsibilities of the Nurse in Providing Complementary and Alternative Medicine Interventions*, 3/11, Erişim: 03.12.2016 <https://www.sec.state.vt.us/media/369558/PS-Responsibilities-of-the-Nurse-in-Complementary-and-Alternative-Medicine.pdf>.

Victora, C.G, Horta, B.L., Loret de, Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R.T., Gigante, D.P. ve ark. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, 3(4), 199–205.

Vitale, K., Mundar, R., Sović, S., Bergman-Marković, B. ve Holcer, N.J. (2015). Use Of Complementary And Alternative Medicine Among Family Medicine Patients—Example of The Town of Čakovec. *Acta Medica Croatica*, 68(4-5), 345-350.

Vohra, S. ve Cohen, M. H. (2007). Ethics of complementary and alternative medicine use in children. *Pediatric Clinics of North America*, 54(6), 875-884.

Wall, P.D. ve Melzack, R. (eds.). (1994). Spinal dorsal horn plasticity following tissue or nerve injury. Chapter 11 in *Textbook of Pain*, 3rd ed.

Wang, M. Y., Tsai, P. S., Lee, P. H., Chang, W. Y. ve Yang, C. M. (2008). The efficacy of reflexology: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 62(5), 512-520.

Watanabe, K., Matsuura, K., Gao, P., Hottenbacher, L., Tokunaga, H., Nishimura, K., ve ark. (2011). Traditional Japanese Kampo medicine: clinical research between modernity and traditional medicine—the state of research and methodological suggestions for the future. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-20. doi:10.1093/ecam/nej067.

Watt, S., Sword, W., Sheehan, D., Foster, G., Thabane, L., Krueger, P. ve ark. (2012). The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), 728-737.

Wax, J.R. (2006). Maternal request cesarean versus planned spontaneous vaginal delivery: maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol*, 30(5), 247–52.

Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R. ve Nohr, E. A. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(7), 816-823.

WHO (2001). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review, Erişim: 11.11.2016, http://www.centerfortraditionalmedicine.org/uploads/2/3/7/5/23750643/who_legal_status_of_traditional_medicine_and_complementary_alternative_medicine_-_a_worldwide_review.pdf.

WHO (2010). USAID, UNICEF, AED, FANTA, UC Davis: *Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement*. Geneva. Erişim 10.12.2016. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290_eng.pdf?ua=1

WHO. (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices : conclusions of a consensus meeting held 6–8 November in Washington D.C., USA*. Erişim:20.08.2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf.

WHO. (2012). *Global data bank on infant and young child feeding*. Geneva, World Health Organization, <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding>.

WHO/UNICEF. (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI): Revised, updated and expanded for integrated care. Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital – 20-hour course maternity staff. Erişim: 25.07.2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf.

Wilhelm Z.A. (2009). *Adım Adım Sağlık: Refleksoloji*. 4. Baskı. İstanbul, Dharma Yayınları, Şefik Matbaa; 13-102.

Wilson L. ve Kolcaba K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*,19(3), 164-173.

Woodward, S., Norton, C. ve Barriball, K. L. (2010). A pilot study of the effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women. *Complementary therapies in clinical practice*, 16(1), 41-46.

World Health Organization. (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023: pp.18.

World health statistics (2012). 1. Health status indicators. 2. World health. 3. Health services - statistics. 4. Mortality. 5. Morbidity. 6. Life expectancy. 7. Demography. 8. Millennium development goals – statistics. 9. Statistics. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156444: pp.109-120.

World health statistics. (2015). 1. Health status indicators. 2. World health. 3. Health services - statistics. 4. Mortality. 5. Morbidity. 6. Life expectancy. 7. Demography. 9. Statistics. I. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1

Yang, J. H. (2005). The effects of foot reflexology on nausea, vomiting and fatigue of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1), 177-185.

Yaşar, D. (2006). *Türk basınında alternatif tıbbın sunumu*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Anabilim Dalı, Ankara.

Yavuz M. (2006). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Eti Aslan F. (Ed.). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. İstanbul: İstanbul Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.; p. 135-47.

Yenal, K. ve Okumuş, H. (2003). LATCH Emzirme tanılama ölçeğinin güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *HEMAR-G Dergisi*, 5(1), 38-44.

Yenal, K., Tokat, M. A., Ozan, Y. D., Çeçe, Ö. ve Abalın, F. B. (2013). Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 14-9.

Yildirim, Y., Parlar, S., Eyigor, S., Sertoş, O.O., Eyigor, C., Fadiloglu, C. ve ark. (2010). An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1157-66.

Yılmaz, M. ve Gürler, H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *Ağrı Dergisi*, 23(2), 71-79.

Zanardo, V., Pigozzo, A., Wainer, G., Marchesoni, D., Gasparoni, A., Di Fabio, S. ve ark. (2012). Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, fetalneonatal-2011, 2-5.

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. ve ark. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth-Issues in Perinatal Care*, 37(4), 275-279.

Zengin, N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 61- 66.

Zhang, J. ve Tianjun, Z. (1996). Foot Reflexology in the Treatment of Hypogalactia. *China Reflexology Symposium Report*. Beijing: China Reflexology Association, October pages 66-67.

7. FORMLAR

ANNE VE BEBEĞE AIT YAPILANDIRILMIŞ BILGI FORMU (EK-D)

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz?
1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul \ Fakülte
3. Çalışıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
4. Eşiniz çalışıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla
6. Aile tipi?
1. Çekirdek aile 2. Geniş aile
7. Sosyal Güvenceniz var mı?
1. Var 2. Yok
8. Şimdiki gebeliğiniz istediğiniz/planladığınız bir gebelik mi?
1. Evet 2. Hayır
9. Gebelik boyunca düzenli kontrollere gittiniz mi?
1. Evet 2. Hayır
10. Gebelik sürecinde herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1. Evet (neydi.....) 2. Hayır
11. Nasıl doğum yapacağınıza ne zaman karar verildi?
1. Gebeliğimdeki kontrollerde öğrendim
2. Doğum için hastaneye yattığımda öğrendim
3. Kendim önceden tercih etmiştim.
12. Sezaryen öncesi ameliyat hakkında bilgi verildi mi?
1. Evet, yeterli düzeyde 2. Biraz/kısmen 3. Hiç verilmedi
13. Doğum haftası.....
14. Yenidoğanın kilosu
1. Gün.....
2. Gün.....
3. Gün
15. Bebeğinizin cinsiyeti?
1. Kız 2. Erkek
16. Bebeğin baş çevresi.....
17. Bebeğin boy uzunluğu.....
18. Bebeğin apgar skoru.....
19. Sezaryen olma sebebiniz?
1. Bebeğin makat geliş olması
2. Plesenta anormallikleri
3. Postterm bebek
4. Baş pelviz uyumsuzluğu
5. Pelvise ait bozukluklar
6. İnfertilite tedavisi sonrası
7. Diğer.....
20. Sezaryen olma durumunuz nasıldır?
1. Planlı sezaryen 2. Acil sezaryen

21. Sezaryen ile yaptığınız doğumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Çok kolay 2. Normal 3. Çok zor
22. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirdiniz?
1. İlk 30 dk içinde 2. İlk 60 dk içinde 3. 60 dakikadan sonra
23. İlk sütün (kolostrumun) gelme zamanı?.....
24. Gebeliğinizde emzirme eğitimi aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır
25. Bebeğinizi emzirmeyi düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
26. Hangi pozisyonda bebeğinizi rahat emzirebiliyorsunuz?
1. Yatarak (sırt üstü) 2. Yarı oturur pozisyonda
3. Tam oturur pozisyonda 4. Yan yatarak
27. Doğum sonu aldığınız bakım sizin konforunuzu / rahatınızı etkiledi mi?
1. Olumlu yönde etkiledi /çok iyi/ mükemmel 2. Biraz etkiledi
3. Pek etkilemedi 4. Hiç etkisi olmadı
28. Sezaryen **sonrası** emzirme konusunda yardıma /desteğe ihtiyaç duyduunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
29. Sezaryen **sonrası** ayağa kalkarken yardıma /desteğe ihtiyaç duyduunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
30. Sezaryen **sonrası** kişisel hijyeniniz için yardıma /desteğe ihtiyaç duyduunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
31. Sezaryen **sonrası** Perine hijyeniniz için yardıma /desteğe ihtiyaç duyduunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
32. Sezaryen **sonrası** bebek bakımı için yardıma /desteğe ihtiyaç duyduunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
33. Sezaryenden sonra yatak içinde oturmada sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
34. Sezaryenden sonra ayağa kalkmada sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
35. Sezaryenden sonra kişisel hijyen sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
36. Sezaryenden sonra perine hijyeni sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
37. Sezaryenden sonra idrara çıkma sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
38. Sezaryenden sonra gaz çıkarma sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
39. Sezaryenden sonra bebek bakımı sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
40. Sezaryenden sonra emzirme sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
41. Sezaryenden sonra meme ve meme ucu sorunları sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
42. Sezaryenden sonra ameliyat yerinde ağrı sorun yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
43. Tamamlayıcı tıp uygulamasını daha önce duyduunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
44. 43. Soruya cevabınız evet ise bildiğiniz tamamlayıcı tıp yöntemleri nelerdir?.....
45. Daha önce tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandınız mı?
1. Evet 2. Hayır

46-49. sorular her iki grub'a 1. Gün sonunda sorulacak

46. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Hipotansiyon rahatsızlığınız oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
47. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Bulantı-Kusma rahatsızlığınız oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
48. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Boğaz ağrısı rahatsızlığınız oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
49. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Baş ağrısı rahatsızlığınız oldu mu?
1. Evet 2. Hayır

46-49. sorular her iki grub'a 2. Gün sonunda tekrar sorulacak;

46. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Hipotansiyon rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
47. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Bulantı-Kusma rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
48. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Boğaz ağrısı rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
49. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Baş ağrısı rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır

46-49. sorular her iki grub'a 3. Gün sonunda tekrar sorulacak;

46. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Hipotansiyon rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
47. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Bulantı-Kusma rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
48. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Boğaz ağrısı rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
49. Sezaryenden sonra **anesteziye bağlı** olarak Baş ağrısı rahatsızlığınızda düzelme oldu mu?
1. Evet 2. Hayır

50. **1. Gün:** Emzirme başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Fena değil/orta 4. Kötü 5. Çok kötü

- 2. Gün:** Emzirme başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Fena değil/orta 4. Kötü 5. Çok kötü

- 3. Gün:** Emzirme başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Fena değil/orta 4. Kötü 5. Çok kötü

EMZİRME TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇÜM ARACI (LATCH) (EK-II)

Emzirme İzlem Kartı

Anne adı-soyadı:

Doğum Tarihi:

1. GÜN

0

1

2

L - (Latch); bebeğin memeyi kavraması

A - (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulması

T - (Type of Nipple); annenin meme başı

C - (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını

H - (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı

Toplam Emzirme Puan Ort.

2. GÜN

L - (Latch); bebeğin memeyi kavraması

A - (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulması

T - (Type of Nipple); annenin meme başı

C - (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını

H - (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı

Toplam Emzirme Puan Ort.

3. GÜN

L - (Latch); bebeğin memeyi kavraması

A - (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulması

T - (Type of Nipple); annenin meme başı

C - (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını

H - (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı

Toplam Emzirme Puan Ort.

**LAKTASYON BAŞLAMA BELİRTİLERİNİ TESPİT ETMEK İÇİN VİZÜEL
ANALOG SKALA (VAS) (EK-III)**

Memelerinizdeki gerginlik, ısı artışı, ağrı değişim belirtilerini skalaya işaretleyiniz;
(0=rahatsızlık yok, 1-2=Çok az, 3-4= Biraz fazla, 5-6= Çok, 7-8= Fazla, 9-10= Çok fazla, dayanılmaz).

1. gün:

1. gün: Memelerdeki gerginlik

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

1. gün: Memelerdeki ısı artışı

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

1. gün: Memelerdeki ağrı

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

2. gün:

2. gün: Memelerdeki gerginlik

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

2. gün: Memelerdeki ısı artışı

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

2. gün: Memelerdeki ağrı

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

3. gün:

3. gün: Memelerdeki gerginlik

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

3. gün: Memelerdeki ısı artışı

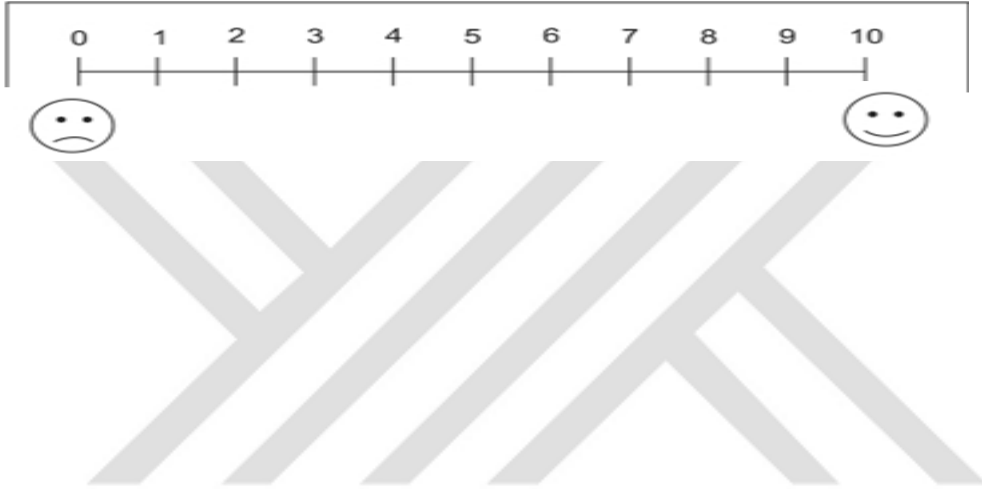
0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

3. gün: Memelerdeki ağrı

0	1- 2	3- 4	5- 6	7-8	9-10
Yok	Çok az	Biraz fazla	Çok	Fazla	Çok fazla, dayanılmaz

**AYAK MASAJI/REFLEKSOLOJİ MEMNUNİYETİ İÇİN GÖRSEL
ANALOG TATMİN SKALASI (GAHTS) (EK-IV)**

Refleksoloji uygulamasından memnun kalma durumunuzu aşağıdaki skalaya işaretleyiniz? (0=hiç memnun kalmadım, 1-2=Çok az memnun kaldım, 3-4= Biraz memnun kaldım, 5-6= Çok memnun kaldım, 7-8= Fazlaca memnun kaldım, 9-10= Çok fazla memnun kaldım).



DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ) (EK-V)

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

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

18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi 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					

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EK-IX)

Aşağıda imzası bulunan ben “Sezaryenla Doğum Yapan Annelerde Ayak masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Konfora Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma” konulu çalışma hakkında tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim. Bu uygulamanın yan etkisinin olmadığı bana anlatıldı, ayrıca bu çalışmanın tıbbi olarak geçerli olduğu ve en son bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı bildirildi. Bunun açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı. Bu uygulamanın etkileri ve çalışmayı bırakmak zorunda olduğum durumların neler olduğu bana açıklandı. Aşağıda imzası bulunan araştırmacıdan bu bilgileri aldıktan sonra ben, yapılması planlanan çalışmanın yapısı, özelliklerini ve sonuçlarını anlıyorum. Bana verilen bu bilgiler temelinde, istediğim herhangi bir zaman hiçbir sakınca olmadan, çalışmadan çekilebileceğimi teyit ediyorum.

Tarih:

Annenin Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının Adı –Soyadı:

İmzası

8. ETİK KURUL KARARI, KURUM İZİNİ VE REFLEKSOLOJİ SERTİFİKASI

ETİK KURUL KARARI (EK-VII)



TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

SAYI : 99950669/53

13.01.2016

KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

SAYIN DOÇ.DR. GÜLAY RATHFİSCH

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 13 Ocak 2016 tarih ve 2016/01 Sayılı toplantısında sunulan “**Sezeryanla Doğum Yapan Annelerde Ayak Masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Konfora Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma**” başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş, etik ve bilimsel ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof.Dr. Osman ÖZCAN
Başkan

Prof. Dr. Ali AKÇAY

Prof. Dr. Esra GÜNDÜZ

Doç. Dr. Bülent BOZKURT
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Bünyamin IŞIK

Doç. Dr. Ayşe Esra YILMAZ

Doç. Dr. Özlem EVLİYAĞLU

Doç. Dr. Nurlay BAYAZIT

Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN

Doç. Dr. Mehmet KAYA

Doç.Dr.Rüveyda İrem DEMİRCİOĞLU


Yrd.Doç. Dr. Ayşe GÜREL
Raportör

Yrd.Doç.Dr. Duygu AYDIN


Avukat Meltem BAĞCI

Yasin GÜRSOY

KURUM İZİNİ (EK-VIII)

 **T.C.**
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 14567952-900-
Konu : Doktora Tezi hk.

Tarih: 
11/01/2016 Sayı: 179
giden 2016.01.11.179

Sayın;
Seyhan ÇANKAYA

İlgi: 17 Aralık 2015 tarihli dilekçeniz:

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, “Sezaryenle Doğum Yapan Annelerde Refleksolojinin Laktasyona ve Doğum Sonu Konfora Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma” adlı doktora tez konusunu Fakültemiz Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında uygulama isteğiniz Dekanlığımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Akif DÜZENLİ
Dekan Yardımcısı

Adres:Necmettin Erbakan Ün. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81
Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

REFLEKSOLOJİ SERTİFİKASI (EK-VI)

BRUSSELS CAPITAL UNIVERSITY

This Is To Certify That
Seyhan Cankaya

Who has attended 250 hours 'Clinical Reflexology' and 'Relations Between Clinical Reflexology and Physiology' Training Programs organized by Brussels Capital University / Department of Reflexology and Successfully Completed the Theory and Practice of the integrative approach with Hand and Foot Reflexology, Clinical Practice with Physiological Treatment, and is now a Certified Reflexologist'

Date: 10 / 8 / 2015

BRUSSELS CAPITAL UNIVERSITY
BELGIUM

Instructor
Clinical Reflexologist
Maili Tchur

Instructor
Clinical Reflexologist
Dr. N. Z. Nagaraj