

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

**SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN KADINLARA UYGULANAN
PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ VE TRANSKÜTAN
ELEKTRİKSEL SİNİR STİMÜLASYONUNUN AKUT AĞRI,
EMZİRME DAVRANIŞI VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ;
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Derya ÖZTÜRK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2019**

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

**SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN KADINLARA UYGULANAN
PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ VE TRANSKÜTAN
ELEKTRİKSEL SINIR STİMÜLASYONUNUN AKUT AĞRI,
EMZİRME DAVRANIŞI VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ;
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Derya ÖZTÜRK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Gülten KOÇ**

**ANKARA
2019**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

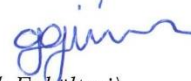
**Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme
Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı,
Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma**
Derya ÖZTÜRK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ

Bu tez çalışması 16.09.2019 tarihinde jürimiz tarafından “Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ

(Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi)



Üye: Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Barış NACIR

(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. İmatullah AKYAR

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

25 Eylül 2019



Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

25/09/2019

Derya ÖZTÜRK



¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tez in erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tez in erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Gülten Koç'un danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Derya ÖZTÜRK



TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecinde değerli katkıları ile her zaman bana yol gösteren, bilgi ve fikirleri ile yoluma ışık tutan, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen Sayın Danışmanım ve Değerli Hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ'a,

Tez çalışmasının yürütülmesinde bilgi, görüş ve önerileri ile destek olan Sayın Hocalarım Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU, Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ, Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN, Doç. Dr. Barış NACIR, Doç. Dr. İmatullah AKYAR ve Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL'e,

Tez çalışmamın yürütülmesinde her türlü desteğini esirgemeyen S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Ayşegül TARLA ve tez çalışmamın uygulamasını yürüttüğüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde çalışmakta olan hemşire/ebe arkadaşlarıma,

Yüksek lisans sürecinden itibaren hep yanımda olan ve dostluğumuzun daima sürmesini ümit ettiğim sevgili arkadaşım Neslihan YILMAZ SEZER'e,

Tez çalışmam süresince destek ve ilgisini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Aslı ER KORUCU ve Yasemin ÖZTÜRK'e,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek tezin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlayan tüm kadınlara,

Tüm yaşantım boyunca beni destekleyip yanımda olan, sevgilerini her zaman kalbimde hissettiğim tez uygulama aşamasında kaybettiğim canım annem ve babama,

Her zaman yanımda olduklarını bildiğim canım ablam Dilek ve kardeşlerim Murat, Canan ve Betül İrem'e; kıymetli yeğenlerim Ahmet ve Volkan Murat'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Öztürk, D., Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2019. Dünyada ve ülkemizde uygulama sıklığı giderek artan sezaryen ile doğum, doğum sonu yaşanabilecek bir çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlar arasında ağrı, emzirme sorunları ve konforda azalma önemli yer tutmaktadır. Sezaryen sonrası yaşanan sorunların azaltılmasında farmakolojik yöntemlerin yetersiz kalması ve bir çok yan etkiye sahip olması nonfarmakolojik yöntemlere yönelimi arttırmaktadır. Bu araştırma sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun akut ağrı, emzirme davranışı ve konfor düzeyine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır. Örneklem sayısı PASS 11 programı ile hesaplanmış ve örnekleme alınan kadınlar gruplara randomizasyon planına göre atanmıştır. TENS grubunda 30, progresif gevşeme egzersizleri grubunda 30, TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı grupta 30 ve kontrol grubunda 30 olmak üzere örneklem seçim kriterlerine uygun 120 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma, 20 Ağustos 2018-15 Nisan 2019 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırma verileri; Veri Toplama Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği, LATCH Emzirme Tanılama Aracı, Emzirme Öz-Yeterlilik Kısa Form Ölçeği (Postnatal Şekli), Doğum Sonu Konfor Ölçeği ve Anne İzlem Formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde ve ki-kare testleri; sürekli değişkenler için ortanca, “Wilcoxon İşaret testi”, “Kruskall-Wallis H testi” uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre üç müdahale grubunda da (TENS uygulanan grup, progresif gevşeme egzersizleri uygulanan grup ve TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı grup) kontrol grubuna göre sezaryen sonrası ağrının anlamlı düzeyde azaldığı, emzirme özyeterliliği ve konforun arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Emzirme davranışı ile ilgili olarak TENS uygulanan grupta emzirme davranışı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmamakla birlikte progresif gevşeme egzersizleri grubunda ve TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı grupta emzirme davranışının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak sezaryen sonrası ağrı, emzirme sorunlarının giderilerek konforun artırılmasında TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulanması en etkili yöntem olmakla birlikte TENS; ağrı, emzirme özyeterlilik ve konfor üzerinde, progresif gevşeme egzersizleri ise ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterlilik ve konfor üzerinde etkilidir. Araştırma sonuçlarımıza göre sezaryen sonrası TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte ya da ayrı ayrı uygulanmasının ağrı yönetiminde, emzirme sorunlarının giderilmesinde ve konforun artırılmasında güvenli birer nonfarmakolojik yöntemler olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: sezaryen, progresif gevşeme egzersizi, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu, hemşirelik, randomize kontrollü çalışma

ABSTRACT

Öztürk, D., The Effect of Progressive Relaxation Exercises and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Acute Pain, Breastfeeding Behavior and Comfort Level in Women Delivered by Cesarean Section; Randomized Controlled Study, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Obstetrics and Gynecological Nursing Programme Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2019. Cesarean section rate is increasing in the world and in our country, and it might bring other problems with it. Pain, breastfeeding problems and decrease in comfort problems have high chance to happen after cesarean section. The insufficiency of pharmacological methods in reducing the problems experienced after cesarean section and having many side effects increase the using percentage tendency to non-pharmacological methods. This study was conducted as randomized controlled study to evaluate the effect of progressive relaxation exercises and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on acute pain, breastfeeding behavior and comfort level in women who delivered by cesarean section. The number of samples was calculated by PASS 11 program and the women who were sampled were assigned to the groups according to the randomization plan. The sample of total 120 women consisted of 30 women in the TENS group, 30 women in the progressive relaxation exercises group, 30 women in the TENS and progressive relaxation exercises group and 30 women in the control group. The research was ran between August 20, 2018 and April 15, 2019 at Health Sciences University Ankara Training and Research Hospital. The data were collected by with using Data Collection Form, Visual Analog Scale, LATCH Breastfeeding Diagnostic Tool, Breastfeeding Self-Efficacy Short Form Scale (Postnatal Form), Postpartum Comfort Scale and Maternal Follow-up Form. Number, percentage and chi-square tests were used to evaluate the data. For continuous variables, the median, “Wilcoxon Sign Test” and “Kruskall-Wallis H Test” were applied. According to the findings of the study, it was determined that pain was decreased significantly after caesarean section and breastfeeding self-efficacy and comfort were increased in all three intervention groups (group of TENS, progressive relaxation exercises group and, TENS and progressive relaxation exercises group together) ($p < 0.05$). Although there was no statistically significant change in breastfeeding behavior in the TENS group regarding breastfeeding behavior, it was found that breastfeeding behavior was significantly better in the progressive relaxation exercises group and in the TENS and progressive relaxation exercises group ($p < 0.05$). As a conclusion, TENS and progressive relaxation exercises are the most effective methods to improve comfort by eliminating pain, breastfeeding problems after cesarean section. TENS is effective on pain, breastfeeding self-efficacy and comfort and progressive relaxation exercises are effective on pain, breastfeeding behavior, breastfeeding self-efficacy and comfort. According to the results of the study, the application of TENS and progressive relaxation exercises together or separately after cesarean section should be used as safe nonpharmacological methods in pain management, elimination of breastfeeding problems and increasing comfort as a suggestion.

Key Words: cesarean, progressive relaxation exercise, transcutaneous electrical nerve stimulation, nursing, randomized controlled study

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırma Hipotezleri	8
1.3.1. Araştırmanın Ana Hipotezi	8
1.3.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri	8
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Sezaryen Tanımı	10
2.2. Sezaryen Oranları	10
2.3. Sezaryen Endikasyonları	11
2.4. Sezaryen Doğum Tekniği	11
2.4.1. Vertikal İnsizyon	12
2.4.2. Transvers (Pfannenstiel) İnsizyon	12
2.5. Sezaryen Komplikasyonları	13
2.5.1. Sezaryen Sonrası Ağrı	13
2.5.2. Sezaryen Sonrası Emzirme	18
2.5.3. Sezaryen Sonrası Konfor	20
2.6. Sezaryen Sonrası Oluşabilecek Sorunların Giderilmesinde Nonfarmakolojik Yöntemler	22
2.6.1. Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)	23
2.6.2. Progresif (İlerleyici) Gevşeme Egzersizleri	29

3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Şekli	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	34
3.3.1. Araştırmanın Evreni	34
3.3.2. Örneklem Seçimi	34
3.4. Veri Toplama Araçları	38
3.4.1. Veri Toplama Formu	38
3.4.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği/Visual Analog Skala (GKÖ-VAS)	38
3.4.3. LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH)	39
3.4.4. Emzirme Öz-Yeterlilik Kısa Form Ölçeği (Postnatal Şekli)	40
3.4.5. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)	40
3.4.6. Anne İzlem Formu	41
3.5. Araştırmada Kullanılan Cihaz ve Araçlar	41
3.5.1. TENS Cihazı	41
3.5.2. TENS Cihazı Elektrodu	41
3.5.3. Mezura	42
3.6. Ön Uygulama	42
3.7. Araştırmanın Uygulanması	42
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	49
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	50
3.11. Araştırmanın Güçlü Yanı ve Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler	50
4. BULGULAR	52
5. TARTIŞMA	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
6.1. Sonuçlar	102
6.1.1. Kadınların VAS Ağrı Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar	102
6.1.2. Kadınların LATCH Ölçeği Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar	105
6.1.3. Kadınların Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar	106

6.1.4. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar	107
6.1.5. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği Alt Grup Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar	108
6.1.6. Çalışma Gruplarında Yer Alan Kadınların Müdahale Öncesi, Birinci Gün Sonu, İkinci Gün Sonu, Dördüncü ve Yedinci Gün Ağrı, Emzirme Davranışı, Emzirme Özyeterliliği ve Konfor Puanları Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Sonuçlar	112
6.2. Öneriler	115
7. KAYNAKLAR	117
8. EKLER	
EK 1: Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Randomizasyon Planına Göre Belirlenen Çalışma Grupları	
EK 2: Veri Toplama Formu	
EK 3: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS)	
EK 4: LATCH Emzirme Tanılama Aracı (Latch Breastfeeding Assesment Tool)	
EK 5: Emzirme Öz-Yeterlilik Kısa Form Ölçeği (Postnatal şekli)	
EK 6: Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)	
EK 7: Anne İzlem Formu	
EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK 9: Nefes Koçluk Sertifikası	
EK 10: Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan İzin Yazısı	
EK 11: S.B Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan İzin Yazısı	
EK 12: Araştırmanın Yürütüldüğü S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan İzin Yazısı	
EK 13: Araştırmanın Yürütüldüğü S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefliğinden İzin Yazısı	
EK 14: Dijital Makbuz	
EK 15: Orjinallik Ekran Çıktısı	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADH	: Antidiüretik Hormon
APTA	: American Physical Therapy Association (Amerikan Fizik Tedavi Derneği)
BKI	: Beden Kitle İndeksi
DSKÖ	: Doğum Sonu Konfor Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EÖYÖ	: Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği
FRC	: Fonksiyonel Reziduel Kapasite
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
HİE	: Hipoksik İskemik Ensefalopati
HKEA	: Hasta Kontrollü Epidural Analjezi
HKİVA	: Hasta Kontrollü İntravenöz Analjezi
LATCH	: LATCH Emzirme Tanılama Aracı
OECD	: The Organisation for Economic Co-operation and Development (Uluslararası Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
PGE	: Progresif Gevşeme Egzersizleri
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for The Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
TENS	: Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
USAID	: The United States Agency for International Development (Amerika Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı)
VAS	: Visual Analog Skala
VC	: Vital Kapasite

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	OECD Sağlık İstatistikleri, 2017.	10
2.2.	Sezaryen batın insizyon teknikleri.	12
3.1.	Araştırma uygulama akış şeması.	37
3.2.	Araştırma müdahaleleri ve ölçeklerin uygulama şeması.	48
4.1.	Müdahale gruplarında yer alan kadınların VAS ağrı puan ortancalarının çalışma grupları ile müdahale öncesi ve sonrası ölçüm zamanlarına göre dağılımı.	59
4.2.	Kadınların VAS skoru ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	63
4.3.	Kadınların LATCH puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	66
4.4.	Kadınların emzirme özyeterlilik ölçeği puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	69
4.5.	Kadınların doğum sonu konfor ölçeği toplam puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	72
4.6.	Kadınların doğum sonu konfor ölçeği fiziksel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	76
4.7.	Kadınların doğum sonu konfor ölçeği psikospiritüel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	78
4.8.	Kadınların doğum sonu konfor ölçeği sosyokültürel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	80

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. En sık kullanılan TENS tipleri.	25
3.1. Sezaryen Sonrası ağrı tedavisi protokolü.	34
3.2. Örneklem sayısı ve her gruba alınan kadın sayısı.	35
4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.	53
4.2. Kadınların geçmiş ve şimdiki bazı tıbbi özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.	54
4.3. Kadınların geçmiş ve şimdiki bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.	55
4.4. Kadınların nonfarmakolojik yöntemleri bilme durumunun çalışma gruplarına göre dağılımı.	56
4.5. Müdahale gruplarında yer alan kadınların VAS ağrı puan ortancalarının çalışma grupları ile müdahale öncesi ve sonrası ölçüm zamanlarına göre dağılımı.	57
4.6. Kadınların VAS skoru ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	62
4.7. Kadınların LATCH puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	65
4.8. Kadınların emzirme özyeterlilik ölçeği puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	68
4.9. Kadınların Doğum Sonu Konfor ölçeği toplam puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	71
4.10. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	74
4.11. Çalışma gruplarında yer alan kadınların birinci gün müdahale öncesi ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.	82
4.12. Çalışma gruplarında yer alan kadınların birinci gün müdahaleler sonu ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.	84
4.13. Çalışma gruplarında yer alan kadınların ikinci gün müdahaleler sonu ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.	86
4.14. Çalışma gruplarında yer alan kadınların dördüncü gün ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.	88

- 4.15.** Çalışma gruplarında yer alan kadınların yedinci gün ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sezaryen, doğum öncesi dönemde ve doğum sırasında oluşabilecek acil durumlarda, abdominal duvardan açılan insizyon ile fetüsün dışarı çıkarıldığı, günümüzde sık uygulanan major cerrahi bir girişimdir (1, 2). Uluslararası Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development/ OECD) 2017 Sağlık İstatistikleri Raporu dünya sezaryen oranları incelendiğinde; Türkiye %53,1 ile birinci sırada yer almaktadır. Ülkemizi %46,8 ile Meksika, %46 ile Şili, %38 ile Kore, %37,2 ile Macaristan izlemektedir (3). T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 faaliyet raporuna göre ise ülkemizde son beş yıldaki sezaryen oranları; 2013 yılında %48; 2014'de %51,1; 2015'de %53,1; 2016'da %53,1; 2017'de %53,1 ve 2018'de %51,7'dir (4).

Sezaryen ile doğumun yüksek oranda tercih edilmesinin nedenleri arasında; artmış primer sezaryen oranları, ileri anne yaşı (35 yaş üstü), elektronik fetal monitörizasyon kullanım yaygınlığının artması, doğum indüksiyonunun sık kullanılması, müdahaleli vajinal doğumların daha az oranda uygulanması (forseps ve vakum kullanımı), artmış makrozomi, vajinal makat doğumun daha az oranda yaptırılması, artmış tekrarlayan sezaryen doğum ve hekimlerin malpraktis yasaları ile ilgili kaygıları gibi nedenler yer almaktadır (1, 2). Sezaryen ile doğumun yüksek oranda tercih edilmesine rağmen, uygulanan anestezi ve cerrahi girişime bağlı olarak anne ve yenidoğanda doğum sonu dönemde birçok komplikasyon meydana gelebilmektedir. Sezaryen ile doğuma bağlı annede; doğum sonu uterin atoni, histerektomi, maternal ölüm, solunum yolu aspirasyonu (1, 2, 5), atelektazi, tromboemboli, endometrit, yara yeri enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, adhezyonlar ve subfertilite (2, 5-7) gibi sorunlar görülebilmektedir. Yenidoğanda ise; solunum sıkıntısı, hipoksik iskemik ensefalopati (HİE), yenidoğan ölümü, maternal sedasyona bağlı kas tonüsü ve reflekslerde azalma gibi ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir (1, 8). Mascarello ve ark. (7)'nin yaptıkları meta analizde, sezaryen ile doğuma bağlı annede; doğum sonu ölüm, kanama ve enfeksiyon oranlarının vajinal doğuma oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kamath ve ark. (8)'nin elektif sezaryen ile doğumların yenidoğan üzerine etkilerini incelediği çalışmada, vajinal doğuma oranla

sezaryen ile doğan yenidoğanların daha fazla yenidoğan yoğun bakıma yatışının yapıldığı, daha fazla oksijen takviyesi ve resusitasyon uygulandığı, respiratuvar hastalıklar ve hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir. Sezaryen sonrası dönemde annelerde ağrı, emzirme sorunları, uyku kalitesinde azalma, konforun azalması, anksiyete, doğum sonu iyileşmede gecikme, daha uzun süre hastanede kalma gibi sorunlar da sıklıkla görülmektedir (9-11).

Sezaryene bağlı en sık yaşanan sorun abdominal ağrıdır (9). Postpartum dönemde involüsyon ve oksitosin salınımına bağlı olarak oluşan uterus kontraksiyonları, abdominal ağrıya sebep olmaktadır (12). Doğum sonrası yaşanan bu ağrının yanı sıra sezaryende, cerrahiye bağlı abdominal bölgede insizyon dokusundan kaynaklanan ve postoperatif ilk 24-48 saat görülebilen akut ağrı da mevcuttur (13-15). Kintu ve ark. (13)'nın sezaryen ile doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası dönemde en yoğun ağrının ilk altı saat daha yoğun olmak üzere ilk 24 saatte yaşandığı belirlenmiştir. Amanak ve Karaçam'ın (9) sezaryen ile doğum yapan postpartum erken dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada ise postoperatif bir ile üçüncü günler arasında kadınların %54,9'unun ameliyat yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları belirlenmiştir.

Sezaryen sonrası postoperatif dönemde yaşanan ağrı kadınları olumsuz olarak etkilemektedir. Sezaryen sonrası postoperatif ağrıya bağlı kadınlarda vital kapasitede azalma, alveoler kollaps, atelektazi ve akciğer enfeksiyonları gibi (1, 2, 5) komplikasyonların yanında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, etkin emzirememeye, yenidoğanla yeterince ilgilenememe, doğum sonu konforun azalması, anksiyete, depresyon, beden imajında bozulma, uykusuzluk, kronik ağrı gibi birçok olumsuz durum görülebilmektedir (14-17). Karlström ve ark. (14)'nin yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası 24 saatlik süreçte yaşanan akut ağrıya bağlı olarak kadınların olumsuz doğum deneyimleri yaşadıkları, emzirme ve bebek bakımında da zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir. Jin ve ark. (15)'nin yaptıkları çalışmada ise sezaryen sonrası yaşanan akut ağrının kronik ağrıya dönüşerek ortalama bir yıla kadar devam edebildiği belirlenmiştir. Yaşanılan ağrıya bağlı olarak kadınların günlük yaşam aktivitelerinde zorlandığı ve doğum sonu depresyon oranlarının da arttığı saptanmıştır.

Sezaryen sonrası postoperatif ilk 24-48 saat içerisinde yaşanan ağrının etkin bir şekilde giderilmesi hayati öneme sahiptir. Sezaryen sonrası ağrının giderilmesi ağrıya bağlı oluşabilecek fiziksel komplikasyonlar ile anksiyete, depresyon, kronik ağrı gibi sorunların giderilmesinin yanında kadınların bu süreçte yaşam kalitelerinin ve doğum sonu konforunun arttırılmasında, emzirme problemlerinin giderilmesinde de oldukça önemlidir (14, 15).

Sezaryen sonrası sıklıkla karşılaşılan bir diğer sorun, emzirme problemleridir. Sezaryen sonrası kadınların insizyon bölgesinden kaynaklanan ağrı, annenin anestezinin etkisinde kalması, yorgunluk, bebekle ilk temasın geç olması, bebeğin kucakta tutulma güçlüğüne olması gibi sebepler sezaryen sonrası annenin doğru emzirme davranışı göstermesini zorlaştırmaktadır (18). Yaşanılan emzirme problemleri arasında; emzirmeye başlama zamanının geciktirilmesi (19), annenin emzirme özyeterlilik algısının yetersiz olması (20), doğum sonu anne ve bebeğin ayrı tutulması, optimal emzirme konusunda anneye danışmanlığın sınırlı olması, kültürel olarak yenidoğana ek besin verilmesi (19) ve meme problemleri (ağrılı içe dönük, çatlak meme ucu, mastitis gibi) yer almaktadır (19, 21).

Emzirme sorunları vajinal doğuma göre sezaryen ile doğum sonrasında daha sık görülmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund/UNICEF) 2018 verilerine göre; dünyada doğum sonu ilk bir saat içinde emzirme oranı %42'dir. Sezaryen sonrası ilk bir saat içerisinde emzirme oranları ile ilgili global bir veri kaynağı bulunmamaktadır (19). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, sezaryen sonu ilk bir saat içerisinde emzirmeye başlama oranlarının; %3,5 (22), %19 (23) ve % 22,3 (24) arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da vajinal doğum yapan kadınlara oranla sezaryen ile doğum yapan kadınlarda doğum sonu süt salgılanmasının yetersiz, emzirmeye devam etme süresinin daha kısa olduğu (18, 25) ve meme sorunlarının (ağrılı ve çatlak meme ucu, yetersiz süt hakkında endişe) daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (21, 24, 26).

Emzirme başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri annenin emzirme özyeterlilik algısıdır. Emzirme özyeterlilik algısı; bebeğini emzirebilmek için annenin ne kadar çaba göstereceğini, duygusal olarak emzirmeye hazır olup olmadığını ve emzirme ile ilgili düşüncelerini yansıtır. Kısaca annenin emzirme sürecinde

karşılaşacağı zorluklar ile baş edebilme yeteneğini gösterir (20, 21). İnce ve ark. (20)'nın annelerin emzirme özyeterliliklerini ve emzirme başarılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada, emzirme özyeterlilik puan ortalamaları ile LATCH ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde, pozitif yönde orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Sezaryen sonrası ilk 24-48 saatlik süreçte etkin emzirmenin sağlanması yenidoğanda ölüm ve hastalık oranlarının azaltılmasını sağlamakla birlikte annede postpartum kanamanın giderilmesinde önemli bir yere sahiptir (27, 28). Bu nedenle sezaryen sonrası ilk 24-48 saatlik süreçte etkin emzirmenin başlanarak sürdürülmesi ve etkin emzirmeyi olumsuz yönde etkileyecek insizyon bölgesinden kaynaklanan ağrının azaltılması önemlidir.

Sezaryen sonrası ağrı ve emzirme problemlerinin yanında yaşanan bir diğer sorun kadınların konforlarının azalmasıdır. Sezaryen sonrası insizyon yerinden kaynaklanan ağrı, kanama, baş dönmesi, emzirme problemleri, karında gerginlik ve gaz, mesane kateteri olması, banyo/duş yapamamak, ayağa kalkamama, IV sıvı verilmesi, mahremiyeti koruyamama, normal beslenme düzenine geçememe, hastanede verilen yemekler ile ilgili memnuniyetsizlik ve rahat uyuyamama gibi sebepler kadınların sezaryen sonrası konforlarının azalmasına sebep olmaktadır (29). Yaşanılan konfor sorunları, vajinal doğuma göre sezaryen ile doğum sonrasında daha sık görülmektedir (29-33). Sezaryen sonrası ilk 24-48 saatlik süreçte konforun arttırılması, anne ve yenidoğanın bu süreci daha sağlıklı geçirmesine katkı sağlayarak olumlu doğum deneyimleri yaşanmasını sağlanacaktır. Konforun arttırılmasında; erken dönemde annenin ağrısının kontrol altına alınması ve giderilmesi, etkin emzirmenin sağlanması, anne ve bebeğin ihtiyaçlarının giderilmesi ve etkileşiminin arttırılması önemlidir (33-35).

Sezaryen sonrası konforun arttırılması ve doğru emzirme davranışının gösterilebilmesi için ağrının azaltılması ya da giderilmesi son derece önemlidir. Sezaryen sonrası ağrı yönetiminde genellikle farmakolojik yöntemlerden nonopioid (narkotik olmayan) (36) ve opioid (narkotik) analjezik ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak kullanılan bu farmakolojik yöntemler ağrının giderilmesinde tamamen etkili olmadığı gibi annede; sedasyon, solunum depresyonu, üriner retansiyon, bulantı ve kusma, konstipasyon, kaşıntı, süt üretiminde azalma yenidoğanda ise sedasyon, uyku hali ve

ilk emzirmenin gecikmesi ve yetersiz kilo alımı gibi birçok yan etkilere sahiptir (36-40). Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında kullanılan nonopioid ilaçların doğum sonu süt miktarının azalmasına ve yenidoğanın yetersiz kilo almasına (41), opioid analjezik ilaçların ise kadınlarda bulantı, kusma, kaşıntı, sedasyon, bradipne, baş dönmesi gibi şikayetlere sebep olduğu belirlenmiştir (42, 43).

Sezaryen sonrası ağrının azaltılması ya da giderilmesinde, konfor ve rahatlığın artırılmasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin yetersiz kalması ve birçok yan etkiye sahip olması postoperatif dönemde nonfarmakolojik ağrı kontrolü yöntemlerine yönelmeye neden olmuştur (16, 44). Sezaryen sonrası ağrının giderilerek ağrıya bağlı oluşabilecek sorunların giderilmesinde; müzik (45), masaj (46), reiki (16), Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) (47-49), gevşeme egzersizleri (50) ve refleksoloji (51) gibi farklı nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir. TENS doğum ve doğum sonu ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen nonfarmakolojik yöntemlerdendir.

Sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde kullanılacak yöntemlerden biri olan TENS, bir elektro analjezi yöntemi olup cilde yerleştirilen elektrodlar aracılığıyla sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemidir (52). TENS uygulaması deri stimülasyonu yolu ile analjezik etki göstermektedir. TENS'in ağrı algısını dört farklı yolla değiştirdiği öne sürülmüştür. Bunlardan ilki; kapı kontrol teorisidir. Bu teoriye göre yüksek frekanslı düşük yoğunluktaki TENS uygulaması ile uyarılan kalın A lifleri, spinal kapının kapanmasına yol açarak ağrının beyin tarafından algılanmasını önlemektedir (53, 54). İkinci yol, duyuşal sinirlerin düşük frekanslı yüksek yoğunluktaki TENS ile uyarılması sonucu endorfin salınımının artması ve böylece ağrının algılanmasının azalmasıdır (53, 54). Üçüncü yol, TENS uygulaması ile ağrılı bölgelerde lokal vazodilatasyon sağlanarak ağrının azaltılmasıdır (53). Dördüncü yol ise TENS' in, enerji akışını etkileyecek akupunktur noktalarını stimüle edip ağrıyı azaltmasıdır (53).

TENS'in çeşitli cerrahi ameliyatlardan sonra akut ağrının azaltılmasında kullanılmasına yönelik çalışmalar olmasına rağmen (55-57), sezaryen sonrası ağrının azaltılmasına yönelik kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır (47-49). Alves ve ark. (47)'nin sezaryen sonrası ilk sekiz saatini tamamlayan kadınlarda yaptıkları çalışmada, müdahale grubundaki kadınlara 30 dakika süre ile konvensiyonel (geleneksel) TENS

uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara ise yürüyüş, ayağa kaldırma gibi fiziksel uygulamalar yaptırılmıştır. Her iki grupta da uygulama öncesi ve sonrası ağrı düzeyi değerlendirildiğinde, TENS uygulanan grupta uygulama sonrası ağrı düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Lima ve ark. (48)'nin yaptıkları çalışmada ise sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde düşük (4 Hz) ve yüksek frekanslı (100Hz) 30'ar dakikalık TENS uygulamaları karşılaştırılmıştır. Müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahale sonrası 20., 40. ve 60. dakikada yapılan değerlendirmelerde yüksek frekanslı TENS uygulanan grupta ağrı anlamlı derecede düşük bulunmuştur. TENS'in sezaryen sonrası emzirme üzerine etkisini belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan iki çalışmada emzirme sırasında uygulanan TENS'in, uterus kontraksiyonlarından kaynaklanan ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (58, 59). TENS'in sezaryen sonrası konfor üzerine etkisini belirlemeye yönelik olarak Jaafarpour ve ark. (49)'nin yaptıkları çalışmada sezaryen sonrası ilk 24 saat uygulanan TENS'in kadınların ağrılarını azaltmanın yanında kan basıncı, solunum sayısı gibi hayati bulgular üzerine olumlu etkiler sağladığı, sedatif analjezik ihtiyacını azalttığı ve kadınların bu süreci daha rahat ve konforlu geçirdikleri belirlenmiştir.

Sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde kullanılabilecek bir diğer yöntem, progresif gevşeme egzersizleridir. Progresif gevşeme egzersizleri vücuttaki farklı kas gruplarının (el, kol, üst kol, alın, yanak, burun, çene, boyun, göğüs, omuz, bel, karın, kalça, baldır, ayak vb.) önce kasılması daha sonra ise gevşemesini sağlayan bir yöntemdir (60, 61). Progresif gevşeme egzersizleri ile birlikte uygulanan derin solunum egzersizleri ile vagus sinir uyarılarak parasempatik sinir sistemi devreye girer ve bu sayede duygusal rahatlama ve sakinleşme sağlanır. Ayrıca sempatik sinir sisteminin etkinliğinin azalması ile sezaryen sonrası kadınlarda ağrı azalır, emzirme başarısı ve konfor artar (62).

Progresif kas gevşeme egzersizleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; çeşitli ameliyatlardan sonra ağrı ve rahatlama etkisine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (63-65). Progresif kas gevşeme egzersizlerinin sezaryen sonrası ağrının azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır (50, 66-68). Ismail ve Elgzar'ın (66) yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası 48 saatlik süre içerisinde postoperatif dördüncü saatten itibaren günde üç kez olacak şekilde toplam altı kez progresif gevşeme egzersizi uygulanmış ve üçüncü gün ağrı ölçümü yapılmıştır.

Çalışma sonucunda uygulama yapılan grupta kontrol grubuna göre ağrı seviyesinde anlamlı derecede düşüş olduğu belirlenmiştir. Devmurari ve Nagrale'nin (67) yapmış oldukları çalışmada ise sezaryen sonrası beş gün günde bir kez progresif gevşeme egzersizi uygulanan grupta kontrol grubuna göre ağrı seviyesinin anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer yapılan çalışmalarda da benzer şekilde sezaryen ile doğum yapan kadınlarda progresif gevşeme egzersiz uygulanan grupta kontrol grubuna göre ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (50, 68). Literatürde progresif gevşeme egzersizlerinin sezaryen sonrası emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor ile ilgili etkisinin belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak vajinal doğum sonu uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar olduğu belirlenmiştir. Shukri ve ark. (69)'nın gevşeme egzersizlerinin doğum sonu emzirme üzerine sonuçlarını değerlendirdiği sistematik derlemede, gevşeme egzersizlerinin doğum sonu süt verimliliğini arttırdığı ancak sütün içeriği ve yenidoğan üzerine etkisi ile ilgili yeterli kanıt bulunamadığı belirlenmiştir. Karbandi ve ark. (70)'nin 32-36 haftalık preterm doğum yapmış kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, PGE uygulanan grupta emzirme özyeterliliğinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Gökşin ve Ayaz Alkaya'nın (71) yaptığı çalışmada, doğum sonu süreçte kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin doğum sonu konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

Literatürde sezaryen ile doğum yapan kadınlara progresif gevşeme egzersizleri ve TENS yöntemlerinin birlikte uygulanarak akut ağrı, emzirme davranışı ve konfor düzeyine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve TENS yöntemlerinin akut ağrı, emzirme davranışı ve konfor düzeyine etkisini belirleyerek konuyla ilgili gereksinimi karşılayacak ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayacaktır.

Perinatal alanda çalışan ebe ve hemşirelerin görevleri arasında, sezaryen sonrası dönemde kadınların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, ağrısıyla baş etmelerine yardımcı olmak, doğum sonrası sürece uyumunu arttırmak, doğum sonu olumlu duygular yaşamasını ve bu sürecin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamak yer almaktadır (72). Hemşirelerin kliniklerde bu sonuçlara ulaşmasında nonfarmakolojik yöntemleri (TENS ve progresif gevşeme egzersizleri)

kullanması, sezaryen sonrası ağrıyı azaltarak buna bağlı konfor ve emzirme davranışını arttıracak, gevşeme ve rahatlamayı sağlayarak kadınların analjezik ihtiyacı azalacaktır. Sonuç olarak ta analjeziklerin anne ve yenidoğan üzerindeki yan etkilerinin de azaltılması sağlanacaktır.

Hemşirelerin kliniklerde nonfarmakolojik yöntemleri kullanması; hemşirelik mesleğinin profesyonel uygulamalarını, bağımsız rollerini ve bakım kalitesini arttıracaktır. Nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi ve deneyime sahip olan hemşireler; kullanılan yöntemlerin seçiminde, uygulanmasında, uygulamaların etkinliğinin, olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesinde etkili olacaklardır. Bunun yanında 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan hemşireler uygulandığı kolay ve maliyeti düşük olan nonfarmakolojik yöntemlerin klinikte etkin bir şekilde uygulanmasında katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, sezaryen ile doğum yapan kadınlara doğum sonu ilk 48 saatte uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun akut ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Hipotezleri

1.3.1. Araştırmanın Ana Hipotezi

H1: Sezaryen ile doğum sonrası TENS ve progresif gevşeme egzersizi uygulamalarını yapan ve yapmayan kadınlar arasında akut ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyleri açısından fark vardır.

H0: Sezaryen ile doğum sonrası TENS ve progresif kas gevşeme egzersizi uygulamalarını yapan ve yapmayan kadınlar arasında akut ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyleri açısından fark yoktur.

1.3.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri

H1A: Sezaryen ile doğum sonrası TENS uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında akut ağrı düzeyi açısından fark vardır.

H1B: Sezaryen ile doğum sonrası TENS uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında emzirme davranışı açısından fark vardır.

H1C: Sezaryen ile doğum sonrası TENS uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında emzirme özyeterlilik düzeyi açısından fark vardır.

H1D: Sezaryen ile doğum sonrası TENS uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında konfor düzeyi açısından fark vardır.

H1E: Sezaryen ile doğum sonrası progresif gevşeme egzersizi uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında akut ağrı düzeyi açısından fark vardır.

H1F: Sezaryen ile doğum sonrası progresif gevşeme egzersizi uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında emzirme davranışı açısından fark vardır.

H1G: Sezaryen ile doğum sonrası progresif gevşeme egzersizi uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında emzirme özyeterlilik düzeyi açısından fark vardır.

H1H: Sezaryen ile doğum sonrası progresif gevşeme egzersizi uygulamasını yapan ve yapmayan kadınlar arasında konfor düzeyi açısından fark vardır.

H1I: Sezaryen ile doğum sonrası TENS ve progresif gevşeme egzersizi uygulamalarını birlikte yapan ve yapmayan kadınlar arasında akut ağrı düzeyi açısından fark vardır.

H1J: Sezaryen ile doğum sonrası TENS ve progresif gevşeme egzersizi uygulamalarını birlikte yapan ve yapmayan kadınlar arasında emzirme davranışı açısından fark vardır.

H1K: Sezaryen ile doğum sonrası TENS ve progresif gevşeme egzersizi uygulamalarını birlikte yapan ve yapmayan kadınlar arasında emzirme özyeterlilik düzeyi açısından fark vardır.

H1L: Sezaryen ile doğum sonrası TENS ve progresif gevşeme egzersizi uygulamalarını birlikte yapan ve yapmayan kadınlar arasında konfor düzeyi açısından fark vardır.

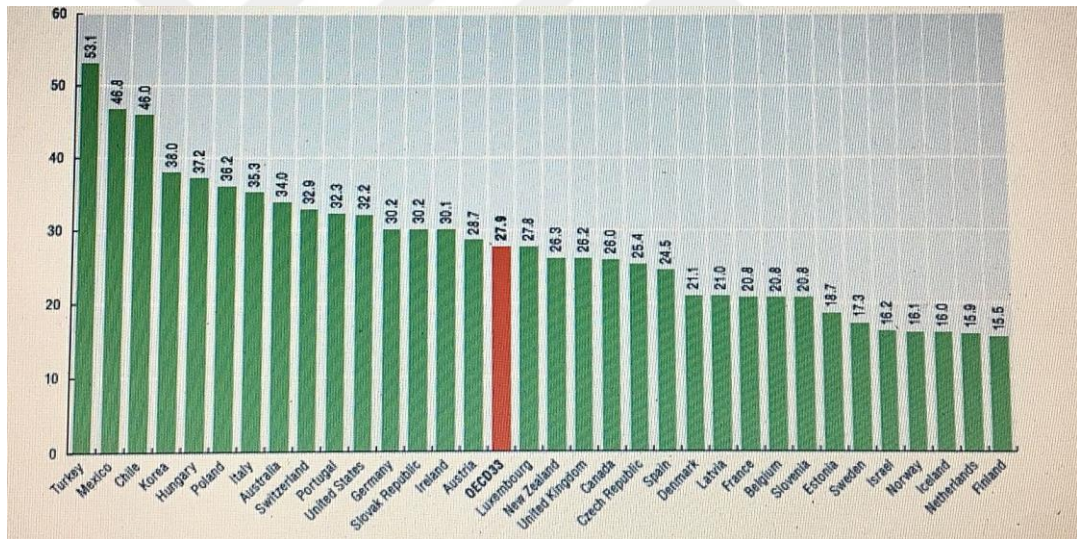
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Tanımı

Sezaryen; fetüs, plasenta ve zarların abdominal ve uterin insizyon ile çıkartılması anlamına gelmektedir (73-75). Hem “sezaryen” hem de “seksiyo” kelime anlamı olarak “kesmek” anlamına gelmesi nedeni ile işlemi tanımlamak için “sezaryen doğum” tanımı kullanılabilir (2).

2.2. Sezaryen Oranları

OECD 2017 Sağlık İstatistikleri Raporu’na göre ülkelerin sezaryen sıklığı değerlendirildiğinde; Türkiye %53,1 ile birinci sırada yer almaktadır. Ülkemizi %46,8 ile Meksika, %46 ile Şili ve %38 ile Kore izlemektedir (3).



Şekil 2.1. OECD Sağlık İstatistikleri, 2017 (3).

Ülkemizde sezaryen oranları, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine göre %48’dir (76). T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 faaliyet raporuna göre ise ülkemizde son beş yıldaki sezaryen oranları; 2013 yılında %48; 2014’de %51,1; 2015’de %53,1; 2016’da %53,1; 2017’de %53,1 ve 2018’de %51,7’dir (4).

Görüldüğü gibi dünyada ve ülkemizde sezaryen oranları oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkeler için ideal sezaryen oranlarının %10-15 olması

gerektiğini vurgulamaktadır (77). DSÖ'ye göre sezaryen oranları bir popülasyonda % 10'a yükseldiğinde, anne ve yenidoğan ölümleri azalmaktadır. Bunun yanında oran % 10'un üzerine çıktığında, mortalite oranlarının arttığına dair kanıt bulunmamaktadır. Sezaryen oranlarının doğum asfiksisi, ölü doğumlar veya morbiditeler gibi maternal ve yenidoğan sonuçlarının yanında kadınların psikolojik ve sosyal refahı üzerindeki etkisi hakkında daha fazla araştırma yapılması gerektiği de vurgulanmaktadır (77).

2.3. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları; fetal, maternal, travay ve doğuma ait endikasyonlar olarak üç başlıkta incelenebilmektedir.

Fetal endikasyonlar: Fetal distres, makat prezentasyon ve diğer prezentasyon anomalileri, fetal anomaliler (hidrosefali vb), distosi ve çoğul gebeliklerdir (2, 78).

Maternal endikasyonlar: Sistemik rahatsızlıklar (hipertansiyon, diyabet), spesifik kalp hastalığı (marfan sendromu, kararsız koroner arter hastalığı), spesifik respiratuar hastalık (guillian-barre sendromu), alt uterin segmentin mekanik obstrüksiyonu (tümörler, myom), mekanik vulvar obstrüksiyonlar (kondilomlar), maternal infeksiyonlardır (aktif herpes) (2, 78).

Travay ve doğuma ait endikasyonlar: Tekrarlayan sezaryen (önceki sezaryen ile doğum), baş pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, kordon sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta, doğumda başarısız forseps ve vakum denemesidir (1, 73-75).

2.4. Sezaryen Doğum Tekniği

Küçük değişikliklerle sezaryen ile doğumun cerrahi tekniği dünya çapında benzerdir. Kullanılan batın insizyonları, vertikal ve transvers (pfannenstiel) insizyon olarak ikiye ayrılmaktadır (1). İnsizyon tipini etkileyen faktörler arasında; doğumun aciliyeti, önceki insizyon tipi ve obstetri dışı sebeplerle üst batının eksplere edilme olasılığı yer almaktadır (1).

2.4.1. Vertikal İnsizyon

Göbek altı orta hatta yapılan vertikal insizyon en hızlı yapılan ve acil durumlarda tercih edilebilecek bir insizyondur. İnsizyon bebeğin zorlanmadan çıkabileceği uzunlukta olmalıdır (1, 2).

2.4.2. Transvers (Pfannenstiel) İnsizyon

En sık tercih edilen insizyon tipi transvers insizyondur. Özellikle şişman olan gebelerde tercih edilir. Bunun yanında estetik ve daha az ağrılı olması sebebi ile tercih edilmektedir. Transvers insizyon, orta hatta simfizisin yaklaşık 3 cm üzerinden yapılır ve hafif eğik şekilde laterale genişletilir. İnsizyon genişliği fetüsün tahmini ölçülerine göre yapılmaktadır (2).



Şekil 2.2. Sezaryen batın insizyon teknikleri (2).

2.5. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryena bağlı komplikasyonlar, bebek ve annede görülebilecek komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır (74).

Bebekte görülebilecek komplikasyonlar; geçici takipne, fetal hemoraji ve hipoksi riski, maternal sedasyona bağlı kas tonüsü ve reflekslerde azalma, brakial pleksus paralizisi; yüz, yanak, baş, kalça, kulak gibi bölgelerde laserasyon riski bulunmaktadır (74).

Annede Görülebilecek Komplikasyonlar; intraoperatif komplikasyonlar; uterus laserasyonları, komşu organların yaralanması (mesane, üreter ve gastrointestinal kanal yaralanmaları), kullanılan ilaç ve anesteziye bağlı reaksiyon, uterus atonisi, plasenta akreata, histerektomi, anne ölümüdür (1, 2). Postoperatif komplikasyonlar; endomyometrit, yara yeri enfeksiyonu, tromboembolik hastalık, septik pelvik tromboflebit, atelektazi, idrar yolu enfeksiyonu, pulmoner embolizmdir (2, 75, 79).

Sezaryene bağlı görülebilecek komplikasyonların yanında annelerde insizyon bölgesinden kaynaklanan ağrı, emzirme sorunları, uyku kalitesinde azalma, konforun azalması, anksiyete, doğum sonu iyileşmede gecikme, daha uzun süre hastanede kalma gibi sorunlarda sıklıkla görülmektedir (9-11). Sezaryen sonrası yaşanan insizyon bölgesinde ağrı, emzirme sorunları ve konforun azalması yaşanabilecek önemli komplikasyonlar arasındadır. Bu nedenle araştırmada; ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor sorunları ele alınmıştır.

2.5.1. Sezaryen Sonrası Ağrı

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği (IASP) ağrıyı “Öznel bir deneyim” olarak nitelendirmektedir. IASP tanımına göre ağrı, gerçek ve potansiyel doku harabiyeti ile birlikte gelişen nahoş, emosyonel ve sensoryal bir deneyimdir (80, 81).

Ağrıyı birçok şekilde sınıflandırmak mümkündür. Bu sınıflandırmalar arasında (55);

1. Mekanizmalarına göre (nosiseptif, nöropatik, reaktif, psikosomatik)
2. Kaynaklandığı bölgelere göre (somatik, visseral, sempatik)
3. Başlama süresine göre (kronik, akut) yer almaktadır.

Ağrı sınıflandırmaları arasında en çok kullanılan ana sınıflandırma ağrının başlama süresine göre olan sınıflamadır (80). Ağrının başlama süresine göre kronik ağrı ve akut ağrı olarak ikiye ayrılmaktadır.

Kronik ağrı, iyileşmesi için beklenen süreden daha uzun süren ağrılardır. Kronik ağrı için süre, genellikle üç ile altı ay olarak kabul edilmektedir. Kronik ağrıda fizyolojik değişiklikler ile ağrı arasındaki ilişki azalarak psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler ön plana çıkmaktadır. Ağrı tablosuna depresyon, anksiyete, sosyal ve ekonomik problemler de eklenmekte ve hastanın değerlendirilmesi güçleşmektedir (55).

Akut ağrı, ani olarak doku hasarı ile başlayan, yara iyileşme süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir. Kırık, travma, yanık, cerrahi operasyonlar ve doğum sonrası yaşanan ağrı, akut ağrı çeşitlerindedir. Akut ağrı, kontrol altına alınmazsa kronik ağrıya dönüşebilmektedir (55).

Sezaryen sonrası yaşanan ağrı, postnatal ve postoperatif ağrı özellikleri taşıması sebebi ile akut ağrı grubunda yer almaktadır. Genellikle ilk 24-48 saat içinde hafiflemektedir (83, 84).

Sezaryen sonrası yaşanan akut ağrı, uterin ve abdominal insizyon, distansiyona bağlı olabilmektedir. Bunun yanında postnatal uterus involüsyonuna bağlı kontraksiyonlar, hemoroidler, meme angojmanı ve meme ucundan kaynaklanan ağrılar, bebek bakımı ile yaşanan stres, anksiyete ve korku, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon ve enfeksiyonlar sezaryen sonrası yaşanan akut ağrıyı arttıran sebepler arasındadır (38).

Sezaryen sonrası hem doğum sonu hem de postoperatif süreç olması sebebi ile komplikasyonlarda daha sık görülebilmektedir. Sezaryen sonrası postoperatif dönemde yaşanan ağrı sistemik ve ruhsal olarak kadınları olumsuz yönde etkilemektedir. Postoperatif ağrıya bağlı kadınlarda;

Solunum sisteminde: Vital kapasitede azalma, derin nefes alma ile ilgili sorunlar, diyafram fonksiyonlarında azalma, fonksiyonel rezidüel kapasitede azalma, pnömoni ve atelettazi sıklığında artma (37, 85),

Endokrin sistemde: Plazma adrenalın, noradrenalin, kortizol ve antidiüretik hormon (ADH), glukagon ve aldosteron seviyelerinde artış, insülin seviyesinde azalma (37),

Dolaşım sisteminde: İmmobilizasyona bağılı olarak trombüs, emboli, dekübit ülserleri gibi riskler oluşabilmektedir (85).

Sezaryen sonrası yaşanan ağrıya bağılı olarak oluşabilecek sistemik sorunların yanında kadınlarda; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, beden imajında bozulma, uykusuzluk, sıkıntı, konforun azalması, anksiyete, depresyon yenidoğanla yeterince ilgilenememe, etkin emzirememe sorunları da yaşanabilmektedir (37, 38, 85). Sezaryen sonrası ağrının giderilmesi, ağrıya bağılı yaşanabilecek komplikasyonların giderilmesi açısından da önemlidir (38).

Sezaryen sonrası ağrı yönetiminde, daha çok *farmakolojik yöntemler* kullanılmaktadır. Anestezi yönetimindeki post sezaryen ağrı yönetiminde yer alan hedefler arasında; istirahat ve hareket halinde en düşük ağrı skorları, en yüksek hasta memnuniyeti, en düşük yan etki insidansı, minimal neonatal etki, ekonomik uygunluk yer almaktadır. Bu hedefler doğrultusunda sezaryen sonrası analjezi protokolünde; tek doz santral aksiyal opioidler, hasta kontrollü epidural analjezi (HKEA), hasta kontrollü intravenöz analjezi (HKİVA) ve multimodel yaklaşımlar yer almaktadır (37, 85).

1. Tek doz santral aksiyal opioidler

Sezaryen sonrası analjezi için genellikle tek doz spinal-epidural opioidler (morfin, fentanil, sufentanil, hidromorfin, meperidin) kullanılmaktadır. Yaklaşık olarak 24 saat süren bu yöntemin ardından oral narkotik, non steroid, antienflamatuar ilaçlar kullanılabilir (37, 40).

Kullanılan opioidlere bağılı görülebilen yan etkiler arasında; solunum depresyonu, üriner retansiyon, kaşıntı, bulantı ve kusma yer almaktadır. Bunun yanında serebral kan akımı ve intrakranial basınçta azalma, ortostatik hipotansiyon, senkop, bradikardi, konstipasyon, tolerans ve fiziksel bağımlılık gibi yan etkiler de bulunmaktadır (37, 40, 85).

2. Hasta kontrollü epidural analjezi (HKEA)

Bu yöntem ağrının giderilmesinde oldukça uygun bir yöntemdir. Hasta memnuniyeti, analjezi etkinliği, total narkotik ilaç kullanımında azalma ve minimal sedasyon etkisi ile epidural analjezi yöntemi intravenöz ve intramüsküler analjeziye göre daha önem kazanmıştır (38). Bu yöntemin en önemli dezavantajı ise hasta

kontrollü epidural analjezi cihazından kaynaklanan sorunlar ve maliyetidir. Bunun yanında sadece narkotiklerin uygulanması ile yapılan epidural analjezi yöntemlerinde hastalarda belirgin kaşıntı görülebilmektedir (37).

3. Hasta kontrollü intravenöz analjezi (HKİVA)

Bu yöntem genellikle genel anestezi uygulanan sezaryenlerde tercih edilmektedir. Aralıklı ilaç uygulamasından daha etkili bir analjezi sağlar. Bu tür analjeziden kaynaklanan solunum depresyonu riski bulunmaktadır (85).

4. Multimodel yaklaşım

Sezaryen sonrası ağrı tedavisinde rejyonel yöntemlere alternatif olarak en sık kullanılan ilaçlar opioid ajanlardır. Sıklıkla nonsteroid anti enflamatuar ilaçlar ve asetaminofen her ikisi birlikte ve opioid ajanlarla kombine kullanıldığında iyi bir analjezi etkisi sağlanmaktadır (38).

Sezaryen sonrası oluşabilecek postoperatif ağrının giderilmesinde analjeziklerin kullanılmadığı veya etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda, farmakolojik yöntemlerin etkisini arttırmak için kullanılan bir diğer yöntem *nonfarmakolojik yöntemlerdir*. Kullanılan nonfarmakolojik ağrı kontrol teknikleri fiziksel teknikler ve bilişsel/davranışsal teknikler olarak ikiye ayrılmaktadır (86, 87).

1. Fiziksel teknikler: Bu teknikler arasında Transkütan sinir stimülasyonu (TENS), akupunktur, akupressure, masaj, aromaterapi, homeopati, refleksoloji yer almaktadır (87, 88).

Transkütan sinir stimülasyonu (TENS): Düşük voltajlı elektrik dalgalarının cilde uygulanan düz elektrodlar ile verildiği bir tekniktir (52).

Akupunktur: Vücutta bulunan özel noktaların iğne, lazer ışınları, elektrik stimülasyonu (elektroakupunktur), manyetik topçuklar vb. araçlar ile uyarılmasıdır (88).

Akupressure: Akupunktur noktalarına eller, parmaklar, tarak, buz kesesi küçük boncuklar vb farklı nesnelere ile basınç uygulanmasıdır (88).

Masaj: Vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak uyarılmasıdır (87).

Aromaterapi: Bitkilerden elde edilen yüksek konsantrasyonlu öz yağların koku yolu ile solunarak gevşeme sağlanmasıdır (87).

Homeopati: Sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik kişiye özgü seçilmiş homeopatik ilaçların uygulanmasıdır (87).

Refleksoloji: El, ayak ve kulaklarda bulunan vücudun tüm bölümleri, organ ve bezleri ile ilgili yönlendirici refleks alanlarının parmaklarla özel bir basınç uygulayarak uyarılmasıdır (51).

2. Bilişsel/davranışsal teknikler: Dikkati başka yöne çekme, progresif kas gevşeme egzersizleri, müzikterapi, biofeedback, hipnoz, meditasyon gibi yöntemleri içermektedir (87, 88).

Dikkati başka yöne çekme: Ortamdan gelen bir uyarıya kadının dikkatinin ağrıdan uzaklaştırılması sürecidir (87).

Progresif gevşeme egzersizleri: Derin solunum egzersizleri ile birlikte uygulanan, vücuttaki kas gruplarının sırası ile önce kasılıp sonra gevşemesi tekniğine dayanan bir yöntemdir (61, 62).

Müzikterapi: İhtiyaçlar doğrultusunda yapılandırılan müzik uygulamalarının bir müzik terapisti tarafından uygulanmasıdır (88).

Biofeedback: Kişinin fizyolojik durumunu ve fizyolojik durumundaki anlık değişimlerini izleyebilmesini sağlayan bir yöntemdir (87).

Hipnoz: Bakışla, sözle veya bazı yardımcı nesnelere kullanılarak, telkin ile oluşturulan özel bir bilinç halidir (87).

Meditasyon: Kişinin derin düşünmesini sağlayan bir bilinç odaklama tekniğidir (87).

2.5.2. Sezaryen Sonrası Emzirme

Emzirme, yenidoğanın tüm fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini karşılayan, sağlıklı büyüme ve gelişme için en uygun yöntemdir. Emzirme, anne ve bebek için hayati öneme sahiptir (89). Emzirmenin önemi, bebek ve anne için olmak üzere iki başlık altında toplanabilmektedir .

Bebek İçin Önemi: Anneden alınan immunglobulinler bebeği ilk 6 ayda daha etkili olmak üzere 18 aya kadar enfeksiyonlardan korumaktadır. Emzirme, bebeği çocukluk çağı astımı, obezite ve tip I diyabet dahil hastalıklar ve daha sonraki yaşamda şişmanlık, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, menenjit, Hodgkin lenfoma ve idrar yolu enfeksiyonu gibi hastalıklardan korur. Anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda ölüm oranları beslenenlere göre 4-6 kat daha fazladır (78, 90).

Anne İçin Önemi: Emzirme sırasında salgılanan oksitosin, uterusun küçülmesine ve kanamanın önlenmesine yardımcı olarak involüsyonu hızlandırır (78, 89). Emzirme, annede meme, uterus ve over kanserlerini önler bazı kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, osteoporoz riskini azaltır. DSÖ'ye göre emzirme oranları arttırıldığında her yıl 20.000 annenin meme kanserinden ölme riskinin de azaltılacağı vurgulanmaktadır (91).

DSÖ tarafından emzirme açısından risklerin giderilmesinde; emzirmeye ilk bir saat içinde başlanması, altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi ve anne sütü ile beslenmeye iki yıl ve daha fazla devam edilmesi önerilmektedir (91).

Bir bebeğin hayatının ilk saatinden itibaren iki yaşına kadar olan emzirme, bebeği hastalıklara ve ölüme karşı korumaktadır. 2015 UNICEF verilerine göre başarısız emzirme uygulamaları dünyada 2011 yılında 800.000 den fazla beş yaş altı çocuğun ölümü ile sonuçlanmıştır (27).

DSÖ ve UNICEF'in 2018 Küresel Emzirme Raporu'na göre; dünya genelinde bebeklerin %42'si doğum sonu ilk bir saat içerisinde emzirtilmektedir. İlk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranı %41, bir yaşına kadar anne sütü ile beslenme oranı %71, iki yaşına kadar anne sütü ile beslenme oranının ise %45 olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de ilk bir saat içinde emzirme oranı %50, ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranı %30, bir yaşına kadar anne sütü ile beslenme oranı %68, iki yaşına kadar anne sütü ile beslenme oranı ise %34'tür (91).

Sezaryen sonrası kadınlar sıklıkla emzirme sorunları yaşamaktadır. Alınan anestezi türüne bağlı olarak ilk emzirmeye başlama süresi gecikmektedir. Bununla ilgili olarak genel anestezi altında sezaryen geçiren anneler genellikle sezaryenden 4 saat sonra, bölgesel anestezi sonrası ise ½-1 saat sonra emzirebilmektedir (92).

Vajinal doğumlarda doğumun ilk evresinden itibaren etkin bir şekilde salınmaya başlayıp doğum sonu süreçte uterus kontraksiyonları ve memelerden sütün fişkirarak gelmesini sağlayan oksitosin hormonu, sezaryen ile doğum sürecinde etkin olmadığı için sütün gelmesi gecikebilmektedir (92, 93).

Sezaryen sonrası yaşanan ağrı, emzirmeyi unutturabilecek kadar fazla olabilmektedir. Bunun yanında sezaryen sonrası annelerin ilk 24 saat yatış pozisyonuna göre emzirmesi, emzirmeyi daha da zorlaşmaktadır. Kadınlar doğumu izleyen daha sonraki günlerde oturmakta güçlük çektiğinden bebeği kollarının arasına güçlkle almaktadırlar. Hatta bunun için çoğunlukla bir yardımcının desteği gerekmektedir (92). 24- 48 saatlik süreç içerisinde etkin emzirememeye bağlı olarak meme dolgunluğu, süt kanalının tıkanıklığı, meme başı çatlağı gibi bazı sorunlar gelişebilmektedir (93, 94).

Emzirmenin arttırılmasına yönelik olarak, İtalya’da 1990 yılında Türkiye dahil birçok ülkenin katıldığı ayrıca DSÖ, UNICEF ve USAID (Amerika Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı) işbirliği ile gerçekleştirilen toplantıda; emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesini içeren **“Innocentl Bildirgesi”** yayınlanmıştır. Bu bildirgede, başarılı emzirme için on basamak uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamadaki 10 basamak: (89)

1.Kuruluştta çalışan tüm sağlık görevlilerine düzenli olarak iletilen yazılı bir emzirme politikası oluşturulmalı

2. Bu politikayı yürütmek için gerekli becerileri tüm sağlık görevlilerine kazandırmak üzere eğitilmeli

3. Tüm gebe kadınlara anne sütünün avantajları ve anne sütü ile beslemenin yönetimi anlatılmalı

4. Annelere doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için yardımcı olunmalı

5. Annelere nasıl emzireceklerini göstermek, bebeklerinden ayrı kalsalar da emzirmeyi nasıl sürdürecekleri konusunda bilgi verilmeli

6. Tıbbi bir gereksinme olmadıkça yeni doğan bebeklere anne sütü dışında herhangi bir yiyecek ya da içecek vermemeli
7. Anne ve bebeğin 24 saat aynı odada kalmasını sağlanmalı
8. Çocuk ağladıkça ve istedikçe beslenmeli
9. Anne sütü ile beslenen bebeklere biberon veya yalancı emzik verilmemeli
10. Anneleri, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşılabilecekleri sorunları çözebilmeleri ve bebekleri ile kendilerinin kontrollerini yaptırabilmeleri için başvurabilecekleri sağlık kuruluşları hakkında yönlendirilmeli” dir.

Sezaryen sonrası süreçte, başarılı emzirme için on basamak uygulamasının yanında; yaşanan ağrının giderilerek emzirmenin istenilen sıklık ve sürede olmasını sağlamak, kadınların insizyon yerinden kaynaklanan ağrı ve hassasiyete bağlı bebeği tutuş pozisyonu konusunda desteklemek, oluşabilecek meme sorunlarının erken dönemde giderilmesi gerekmektedir (89).

2.5.3. Sezaryen Sonrası Konfor

Sözlük anlamıyla günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanan konfor, Kolcaba tarafından geliştirilen konfor kuramında, “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuç” olarak tanımlanmıştır (95, 96).

Kolcaba, 1988 yılında konfor kavramını üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (97). Konfor kavramının taksonomik yapısını iki aşamada inceleyen Kolcaba, birinci aşamada: tarihi ve çağdaş hemşirelik literatürünü analiz ederek bireysel konfor gereksinimlerinin karşılanma yoğunluğuna göre konfor düzeylerini belirlemişlerdir. Bunlar (96, 97):

Ferahlama (Relief), bireyin konfor gereksinimi karşılamaya başladığında sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum.

Rahatlama (Ease), sakinlik hoşnutluk durumu, huzur ya da rahatlık.

Üstünlük (Transcendence), bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir.

İkinci aşamada ise holistik görüşle temellendirdiği konfor boyutlarını oluşturmuştur. Bunlar;

Fiziksel Konfor: Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve hidrasyon düzeyi ile atıkların elimine edilmesi gibi fizyolojik faktörleri içermektedir (96, 97).

Psikospiritüel Konfor: Psikospiritüel konfor akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren; öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır (96, 97).

Çevresel Konfor: Hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen çevresel konfor öncelikli boyut olarak ele alınmıştır. Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır (96, 97).

Sosyokültürel Konfor: Kolcaba'ya göre hemşireler, diğer sağlık ekibi üyeleri, aile ve evde önemli kişiler becerikli ve duyarlı davranarak sosyal konforu kolaylaştırabilirler. Finansal destek sistemlerinden yararlanma, bilgi ve danışmanlık verme ile taburculuğun planlanması sosyal konfor kapsamında yer almaktadır. Bu boyutun tanımında kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler ağırlık kazanmıştır (96, 97).

Sezaryen sonrası konfor, sezaryen sonrası dönem hem doğum sonu hem de cerrahi operasyon sonrası dönemi kapsamaması sebebi ile oluşabilecek konfor sorunları vajinal doğuma göre daha fazla görülmektedir (98). Sezaryen sonrası konfor sorunları; fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konfor sorunları olarak dört başlık altında incelenebilmektedir (99).

1. Fiziksel Konfor: Sezaryen sonrası yaşanan ağrı (sezaryen insizyonu, uterus involüsyonu, hemoroidler, meme ucu çatlakları ve göğüslerdeki engojmana bağlı), anestezinin etkileri (bulantı, kusma, baş ağrısı), üriner eliminasyon (idrar retansiyonu, mesane distansiyonu, üriner yol enfeksiyonu), barsak eliminasyonu (konstipasyon), emzirme ve meme bakımı (engojman), aktivite ve dinlenme (hasta odalarının kalabalık olması, personelin özellikle gündüz saatlerinde odalara sık sık girip çıkması, muayeneler, tedaviler) psikospiritüel konforu etkilemektedir (99).

2. Psikospiritüel Konfor: Annelik rolüne alışma, emosyonel değişiklikler, anne bebek etkileşimi, annelerin sorun, korku ve kaygıları gibi konular psikospiritüel konforu etkilemektedir (83, 100).

3. Çevresel Konfor: Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi, hasta odasının ısısı, bebek yatağı gibi konular çevresel konforu etkilemektedir (101, 102).

4. Sosyokültürel Konfor: Hastanedeki sağlık çalışanlarının iletişimi, tavır ve davranışları, hasta ziyareti ve ziyaretçiler sosyokültürel konforu etkilemektedir (102, 103).

Sezaryen sonrası dönemde, annenin konforunu artırmaya yönelik girişimler:
(103)

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

2.6. Sezaryen Sonrası Oluşabilecek Sorunların Giderilmesinde

Nonfarmakolojik Yöntemler

Sezaryen sonrası ağrı ve emzirme sorunlarının giderilmesinde, konfor ve rahatlığın artırılmasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin yetersiz kalması ve birçok yan etkiye sahip olması postoperatif nonfarmakolojik yöntemlere yönelmeye neden olmuştur (44, 86). Sezaryen sonrası oluşabilecek sorunların giderilmesinde; müzik (45), masaj (46), reiki (86), refleksoloji (104), Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) (47, 48), progresif gevşeme egzersizleri (50) gibi farklı nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemler içinde yer alan TENS en çok tercih edilen nonfarmakolojik yöntemlerdendir.

2.6.1. Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Tanımı

Ağrı kontrolünde en sık kullanılan elektroterapi yöntemlerinden biri olan TENS, akut veya kronik ağrı tedavisinde kullanılan, kullanımı kolay, ucuz, noninvaziv analjezik bir yöntemdir (82, 105). TENS, cilde yerleştirilen elektrodlar ile sinir sistemine kontrollü düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemidir (53).

TENS, ağrı tedavisinde, Amerika Birleşik Devletleri Besin ve İlaç Yönetimi (FDA-Food and Drug Administration) onayı aldığından birçok cerrahi girişimden sonra, obstetride ve çeşitli hastalıkların yol açtığı akut ve kronik ağrıda kullanılmaktadır (53).

TENS'in Tarihçesi

Elektriksel uyaran, binlerce yıl önceden beri ağrı tedavisi için kullanılmıştır. Elektriğin tedavi edici bir araç olarak kullanılması eski Yunan ve Mısırlılara kadar uzanmaktadır. Sezar zamanında “torpido” balığının elektriksel deşarjları, gut ve baş ağrısını tedavide kullanılırdı. 19. yüzyıl ortaları ve 20. yüzyıl başlarında elektriksel uyarının analjezik ve anestezi niteliği ile ilgili deneyimler aktarılmaktadır (53).

Günümüz TENS cihazlarına öncülük eden ilk stimülatörler 1900'lerin başında ABD'de “Electreat” adıyla kullanılmıştır. Kanadalı fizyolog Ronald Melzack ve İngiliz nöroanatomist Patrick Wall, TENS'in keşfinde temel rol oynamıştır. Melzack ve Wall 1965'te TENS'in kapı kontrol teorisi üzerindeki etkisini ortaya koymuştur (82).

Elektrik stimülasyonunun en sık kullanım alanı ağrıdır. Bunun yanında çeşitli fiziksel yetersizliklerde de kullanılmaktadır. Bu fiziksel yetersizlikler arasında; eklem şişliği, enflamatuar reaksiyonlar, doku iyileşmesi, kas redükasyonu, dolaşım bozuklukları, eklem dislokasyonu, postürel değişiklikler ve pelvik taban bozuklukları yer almaktadır (53).

TENS Uygulamasının Etki Mekanizması

TENS'in ağrı algısını nasıl değiştirdiğini açıklamak için çeşitli teoriler öne sürülmüştür (53).

Birinci Teori: En önemli ve aynı zamanda TENS'in gelişiminde en önemli payı olan teori kapı kontrol teorisidir (53). Bu teori, nosiseptörlerden başlayan ağrı duyumunun, ağrının algılandığı beynin yüksek merkezlerine kadar taşınmasının engellendiğinden söz eder. Medulla spinalis substantia gelatinosadaki hücreler ağırlı uyaran ve duyuşal sinyallerle stimüle edilirler. Bu teoriye göre geniş çaplı A-beta primer duyuşal afferentlerin stimülasyonu spinal kord arka boynuzunda substantia gelatinosadaki inhibitör internöronları aktive eder, böylece küçük çaplı A-delta ve C lifleriyle iletilen nosiseptif sinyallerin transmisyonunu zayıflatırlar, kısaca ağırlı uyaran geçişine kapıyı kapattıkları böylece segmenral inhibisyon sağladıkları bildirilmiştir (53).

İkinci Teori: Genel kabul gören teori hem yüksek, hem de düşük frekanslı TENS uygulaması sonrasında kan ve serebrospinal sıvıda β endorfin düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir. Öte yandan; yine hem yüksek, hem düşük frekanslı TENS uygulaması sonrasında, bir K opioid agonisti olan dinorfin ve opioid agonist olan enkefalinin beyin omurilik sıvısı konsantrasyonlarının arttığı da bilinmektedir. Bu durum, düşük veya yüksek frekanslı TENS uygulaması sonrasında spinal düzeyde farklı opioid madde salınımının olduğunu ve farklı opioid reseptörlerinin analjezi oluşturmak üzere aktive olduklarını göstermektedir (53).

Üçüncü Teori: TENS stimülasyonunun miyofasial semptomlu hastalarda lokal vazodilatasyon oluşturduğu yönündedir. Bu teoride, tetik noktalar tarafından oluşturulan ağrıyı lokal vazodilatasyonun etkilediği iddia edilmektedir (53).

Dördüncü Teori: Akupunktur ile ilişkilidir. Bu teoriye göre TENS' in, enerji akışını etkileyecek akupunktur noktalarını stimüle etmek için kullanıldığı ve böylece ağrıya neden olan durumu değiştirdiği savunulmaktadır (53).

TENS Parametreleri

TENS tedavisi; akım şiddeti (amplitüd), atım süresi, atım frekansı gibi özellikleri ayarlanabilen kesikli akımın uygulanması ile yapılmaktadır (53).

Akım Şiddeti (Amplitüd): Aynı zamanda yoğunluk olarak da bilinir. TENS cihazının ilettiği akım yüksekliğidir. Miliamper (mA) ile ölçülmektedir. Çoğu TENS cihazında akım şiddeti 0.1- 120 mA arasındadır (106).

Atım Frekansı: Bir saniyede iletilen elektriksel atım sayısıdır. Genellikle Hertz (Hz) ile ifade edilir Atım frekansı, 1-200 Hz arasında ayarlanabilmektedir (106).

Atım Süresi (Atım Genişliği): Amerikan Fizik Tedavi Derneği (APTA) tarafından yapılan tanımlamada, tek bir atımda yer alan bütün fazların başlangıç ve bitişi arasında geçen zamandır. TENS tedavisinde milisaniye (msn) birimi ile ölçülmektedir.

Çoğu TENS cihazında atım süresi, 50-400 milisaniye (msn) arasında değişmektedir (75). Günümüz TENS cihazları ile yapılan uygulamalarda; akım şiddeti 1-100 mA, frekansı 1-200 Hz, atım süresi 10- 400 msn arasında değiştirilebilir (107).

TENS Uygulama Modelleri

TENS'in uygulama modelleri arasında beş değişik model bulunmaktadır (107).

Tablo 2.1. En sık kullanılan TENS tipleri (107).

	Frekans (Hz)	Atım süresi (msn)	Amplitüd (mA)
Konvansiyonel TENS	50-100	50-100	10-30
Akupunktur benzeri TENS	1- 10	200- 300	30- 80
Burst tipi TENS	50- 100 ve 1- 10	75- 100	10- 30/30- 80
Kısa-Yoğun TENS	50- 150	100- 200	30- 80
Modüle TENS	Değişken	<200	Değişken

Konvansiyonel TENS (Geleneksel TENS): En yaygın kullanılan TENS tipidir. Her türlü ağrı için kullanılmakla birlikte daha çok postoperatif ve akut ağrıda

tercih edilmektedir. Yüksek frekanslı ve düşük amplitüdü akımdır. Optimal analjezik akım frekansı 60 Hz (50-100 Hz), atım süresi 50-100 msn, akım şiddeti kontraksiyon oluşturmada, aşırı rahatsızlık hissi vermeden, hafif karıncalanma hissi oluşturacak şekilde 10-30 mA olmalıdır (53).

Konvansiyonel TENS uygulamasında çoğunlukla elektrodlar ağırlı bölgenin altına ve üstüne yerleştirilmektedir. Tedavi süresi 30 dakika ile birkaç saattir. Analjezik etki uygulama yapıldığı andan itibaren 10-15 dakikada içinde başlamaktadır ve tedavi kesildikten sonra yaklaşık iki saat devam eder (107).

Akupunktur benzeri TENS: Düşük frekans, yüksek amplitüde karakterizedir. Bir bakıma akupunkturun elektrodlarla uygulanmasıdır (53). Akım frekansı 1-10 Hz, atım süresi 200- 300 msn, akım şiddeti hastanın tolere edebileceği kadar şiddette ritmik kas kontraksiyonu sağlayan akım 30- 80 mA amplitüdü kullanılır. Akupunktur benzeri TENS'in, küçük çaplı C liflerini etkileyerek endorfin salınımını stimüle edip analjezik etki sağladığı düşünülmektedir. Tedavi süresi 30-60 dakikadır. Etkisi birkaç saat içinde başlar ve 2-6 saat sürer. Daha çok kronik ağrıda tercih edilmektedir (53, 107).

Burst Tipi TENS (Patlayıcı TENS): Bu yöntemle birbiri ardına yüksek (50-100 Hz) ve alçak frekansta (1-10 Hz) uyarılar verilir (53). Tedavi süresi 30-60 dakikadır. Konvansiyonel ve akupunktur benzeri TENS'in karışımı olarak düşünülebilir. Periyodik olarak parestezi ve kas kasılması oluşturacak amplitüde akım otomatik olarak verilir. Etkisi birkaç saat içinde başlar ve saatlerce sürer (107).

Kısa-Yoğun TENS (Brief-Intense TENS, Hiperstimülasyon): Yüksek frekans ve yüksek amplitüde akım verilir (107). Frekans genellikle 50-150 Hz, akım süresi 100-200 msn, amplitüdü tetanik veya belirgin kas kontraksiyonu oluşturup hastanın dayanabileceği şiddette uygulanır (53). Tedavi süresi 15-30 dakikadır. Hem duyuşal hem de motor lifler uyarılır. Düzensiz tetanik kas kasılmaları oluşturacak şiddette akım verilir. Analjezi 1-15 dk içinde hızlı başlar ve hızlı kaybolur (107).

Modüle TENS: Hastanın toleransını arttırmak ve akomodasyon oluşumunu engellemek için geliştirilen modeldir. Akımın karakteristiğini belirleyen frekans, impuls süresi veya amplitüd parametrelerinden biri veya ikisinin modülasyonu yapılır. Frekans, impuls süresi veya akım şiddetinin başlangıç değeri, bu değerin % 60'ına

kadar otomatik olarak düşer ve sonra yine başlangıç değerine ulaşır. Saniyede bir ya da iki kez bu değişim gerçekleşir (107, 108).

TENS Cihazı

TENS cihazı, taşınabilir ve klinik tip olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Çoğu TENS cihazı taşınabilir, pille çalışabilir özellikte olup birbirinden bağımsız olarak ayarlanabilen iki kanal çıkışına sahiptir. Her kanalda iki elektrot uygulanabilecek kapasite vardır (106). TENS cihazlarının enerji kaynakları da değişiklik göstermektedir. Birçok cihazda yeniden şarj edilebilen kalem ya da transistor bataryalar kullanılır. Bazı TENS cihazlarında ise ayrı olarak yeniden şarj edilebilen bataryalar bulunur (105).

Çoğu kez pille çalışan ve hastanın cebine yerleştirilebilecek küçüklükte taşınabilir cihazlar kullanılmakla birlikte elektrik akımı ile çalışan cihazlar da kullanılmaktadır (106).

TENS Elektrodları

Çeşitli tipte farklı elektrodlar bulunmaktadır. Genel olarak karbonla doyurulmuş yapışkan madde ile kaplı elektrodlar kullanılmaktadır. Bazı elektrodlar tek kullanımlıktır. Bu elektrodlar kullanım kolaylığı sağlamaktadır. Tek kullanımlık olmayan elektrodlar ise tekrar kullanılabilirlikleri ve daha ekonomik olmaları ile avantaj sağlamaktadır (82, 106).

TENS'in Endikasyonları

TENS'in kullanıldığı tıbbi durumlar

TENS santral ağrıdan ziyade, periferik ağrıda daha etkilidir. TENS değişen başarı derecelerine göre farklı alanlarda kullanılmaktadır.

Akut ağrı tedavisinde: Postoperatif ağrı, posttravmatik ağrı, doğum ve doğum sonu ağrı, dismenore, kemik kırıkları, diş çekimi vb. (108, 109)

Kronik ağrı tedavisinde: Bel ağrısı, artrit, postherpetik nevralji, trigeminal nevralji, causalgia, periferik sinir yaralanmaları, angina pectoris, yüz ağrısı, metastatik

kemik ağrısı (109), kronik bel ağrısı, kronik boyun ağrısı, baş ağrısı, osteoartrit vb. (107)

Antiemetik, analjezik olmayan etkiler: Opioid ilaçlarla ilişkili postoperatif bulantı, kemoterapi ile ilişkili bulantı, sabah rahatsızlığı vb.

Kan akışını iyileştirmek amacıyla: Rekonstrüktif cerrahiye bağlı iskemide azalma, raynaud hastalığı ve diyabetik nöropati ile ilişkili semptomların azaltılması (109), kronik deri ülserlerinde kullanılabilir (107).

TENS Kontrendikasyonları

TENS, kalp pili olan bireylerde elektriksel uyarıların kalp pilinin çalışmasını bozabildiği için uygulanmamalıdır (53). Epilepsi, geçici iskemik atak ve serebrovasküler olay geçiren hastaların baş ve boyun bölgesine uygulanmamalıdır (53, 106). Sağlıklı bireylerde kalbin yakınındaki torasik alana uygulanımında; aritmi, fibrilasyon ve solunum sıkıntısına neden olabileceği için uygulanmamalıdır (110). Etkisi tam olarak bilinmediği için göz üzerine uygulanmamalıdır. Mukozalarda tahrişe neden olabileceği için mukozalar üzerine uygulanmamalıdır (53, 106). Gebelerde alt abdominal bölge ve pelvik bölgeye uygulanımında uterin kontraksiyonu, fetal gelişimi etkileyebileceğinden ve embriyo üzerine etkileri bilinmediğinden gebeliğin ilk üç ayı uygulanmamalıdır (82).

TENS'e bağlı oluşabilecek yan etkiler

Yan etki olarak uzun süreli aralıksız uygulamalarda elektrodların cilde temas ettiği bölgelerde cilt irritasyonu gelişebilmektedir. Bunların dışında ciddi bir yan etkisi bulunmamaktadır (53, 106).

TENS Uygulamasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

TENS, ağrı merkezindeki uzman doktor tarafından istem edilen bir analjezi yöntemidir. TENS'in hangi hastaya uygulanacağı, parametreleri, uygulama alanı ve süresi doktor tarafından belirlenmektedir. Bu uygulama, TENS konusunda eğitimli hemşire ve doktorun işbirliğini gerektirmektedir (111).

TENS uygulamasında hemşirenin rolleri (55);

- Uygulamadan önce hastanın ağrısının değerlendirilmesi; ağrının etyoloji, yeri, şiddeti, sıklığı, süresinin değerlendirilmesi, daha önceki tedaviler, şimdiki tedaviler hakkında bilgi alınmalıdır (53).
- Yapılacak tedavi hakkında bilgi verilmeli, elektrik uygulaması ile ilgili endişeleri var ise giderilmelidir (53).
- Cihazın şarj/pil durumunun, elektrodlarının kontrol edilmesi,
- İsteme uygun TENS modunun (konvansiyonel, akapunktur benzeri vb) ve parametrelerinin ayarlanması,
- TENS uygulamasının etkin olması ve uygulama süresince hastanın rahatının sağlanması için hastaya uygun pozisyon verilmesi,
- TENS uygulanacak bölgenin/cildin hazırlanması (temiz ve kuru olması, görünür olması),
- Uygulama sırasında hastanın izlenmesi,
- Uygulama sonrasında cilt irritasyon belirtileri açısından izlenmeli, hastanın vital bulgularının takibi yapılmalıdır (53).
- Uygulama sonrasında tedavi modu, parametreleri, süresi ve hasta cevabı konularında kayıt tutulmasıdır.

2.6.2. Progresif (İlerleyici) Gevşeme Egzersizleri

Tanımı

İlk olarak 1920’li yıllarda Jacobson tarafından geliştirilmiş olan bu yöntem, iskelet kaslarının kasılması ve gevşetilmesi üzerine kurulmuştur. Kasların kasılması ve gevşetilmesi arasındaki farkın tanınması olarak tanımlanabilmektedir (112).

Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Etki Mekanizması

Akut veya tekrarlayan strese maruz kalma durumlarında vücutta fizyolojik, davranışsal ve subjektif semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlardan fizyolojik semptomlar (kalp hızında ve kan basıncında artış, terleme, kanın pıhtılaşma düzeyi, ventilasyonda ve kan şekeri seviyesinde artış), davranışsal semptomlar (iştah kaybı veya aşırı yeme, hareketsiz kalamama), subjektif semptomlar (yorgunluk, uyuma güçlüğü, özellikle boyun ve omuz kaslarında gerginlik, sindirim güçlüğü,

konstipasyon veya diyare, çarpıntı, baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü ve endişe eğilimi sabırsızlık, sinirlilik, kızgınlık) gözlenmektedir (112). Progresif gevşeme egzersizleri uygulandığında; sempatik sinir sisteminin aktivitesi azalarak parasempatik sinir sistemi aktive olmaktadır (112). Progresif gevşeme egzersizleri ile vücutta stres ve anksiyetenin etkileri azalmaktadır. Bu etkiler arasında iskelet kaslarındaki gerginlik ve kontraksiyonların azaltılması, dikkati ağrıdan uzaklaştırması, yorgunlukla mücadele, uyumayı kolaylaştırma ve diğer ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğini artırmayı içeren olumlu etkilere sahiptir (113).

Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Yararları

1. Fizyolojik Yararlar: Sempatik sinir sisteminin etkisinin azaltılması ile kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı, oksijen tüketimi, kan kolesterol ve laktat düzeyi ve kas geriliminde azalma meydana gelmektedir. Periferal vazodilatasyon ve ısı artışı ile tükürük salgısı, sindirim sistemi aktivasyonu ve idrar atılımında artış meydana gelir (112).

2. Algısal Yararlar: Beyin alfa ve beta dalgalarında artma ile bilincin değişmesi, mental konsantrasyonun tek bir fikir üzerine yoğunlaşabilmesi, fikir üretiminde artış ve zihnin rahatlamasına yardımcı olmaktadır (112).

3. Davranışsal Yararlar: Çevresel uyaranlara karşı dikkat ve ilgi azlığı, sözel iletişim olmaması, pozisyonun istemli olarak değiştirilmemesi, pasif hareketlerde kolaylık olması gibi yararlar meydana gelmektedir (112).

Progresif gevşeme egzersizi uygulama basamakları:

- Hasta sırtüstü yatar pozisyona getirilir.
- İlk olarak sağ avuç göbeğin hemen altına, sol el göğsün üstüne konur ve gözler kapatılır.
- Nefes almadan önce nefes verilerek akciğer iyice boşaltılır. Nefesi verirken akciğerler zorlanmamalı ve nefes itilmeden kendiliğinden çıkmalıdır (62, 112).
- Nefes almaya başlandığında akciğer kapasitesi hayali olarak ikiye bölünür ve “biir”, “ikii” diye sayılarak akciğer tamamen doldurulur. Kısa bir süre beklenir, “bir-iki” diye sayarak, nefes aldığımızın iki katı sürede boşaltılır. Sağ el göğüs kemiklerinin, hareketli bir köprü gibi, yana doğru açıldığını

hissetmelidir. Yeni bir nefes almadan iki saniye beklenir.

- Tekrar derin bir nefes alınarak aynı işlem tekrarlanır. Yavaş ve derin nefes egzersizleri birkaç kez tekrarlandıktan sonra progresif gevşeme egzersizlerine geçilmelidir (114, 115).
- Progresif gevşeme egzersizlerinde aşağıdan yukarıya doğru tüm büyük kaslar sırası ile; sağ ayak, sol ayak, sağ bacak, sol bacak, kalça, karın kasları, sırt kasları, göğüs kasları, sağ el, sol el, sağ kol, sol kol, boyun, omuzlar ve yüz kasları yavaş derin nefes alırken kasılır, daha sonra nefes verirken de gevşetilerek serbest bırakılır
- Her kas kasma ve gevşetme işleminden sonra yeni bir kas grubuna geçmeden önce aralarda mutlaka 4-5 kez yavaş ve derin nefes egzersizleri yapılmalıdır.
- Gevşeme egzersizleri bütün kas gruplarında yapıp tamamlandıktan sonra bu kez nefes alırken tüm kaslar eş zamanlı kasılır ve nefes verirken yine eş zamanlı gevşetilir. Daha sonra birkaç kez derin solunum hareketiyle progresif gevşeme egzersizi tamamlanır (114, 115).

Progresif Gevşeme Egzersizleri Uygulamasında Hemşirenin Rol ve Görevleri

Progresif gevşeme egzersizleri uygulanmadan önce hasta iyi bir şekilde desteklenmeli vücudunu sıkmayan rahat hareket edebileceği kıyafetler girmesi sağlanmalıdır. Egzersizin uygulanacağı yer sessiz sakin ve dış uyaranların mümkün olduğunca azaltılmış bir ortam olmalıdır. Hemşire hastayı gevşetebilmek için verdiği emirler ile kişiye ne hissedeceği söylenmez, kişinin kendi kendine bunu bulması amaçlanır (112).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, sezaryen ile doğum yapan kadınlara doğum sonu ilk 48 saatte uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve TENS'in akut ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü müdahale araştırması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara il sınırları içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı (S.B) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yatak kapasitesi 16'dır. Klinikte altı hasta odası, bir anne eğitim odası, bir jinekolojik muayene odası bulunmaktadır. Kliniğe bağlı doğum salonu ve ameliyathanesinde; dört adet tek yataklı hasta odası bulunmaktadır. Kadınlar doğum salonuna yatışlarından itibaren taburcu olana kadar aynı odada takip edilmektedir. Doğumlar kadınların yattıkları odada gerçekleştirilmektedir. Doğum salonunun içinde sezaryen ve acil jinekolojik ameliyathaneler yapıldığı bir ameliyathane bulunmaktadır.

Hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 14 uzman hekim, 12 asistan hekim, bir servis sorumlu hemşiresi, bir bebek hemşiresi, dokuz klinik hemşiresi çalışmaktadır. Kliniğin doğum salonu ve ameliyathanesinde ise; bir servis sorumlu hemşiresi, üç hemşire ve 11 ebe bulunmaktadır.

Kadın hastalıkları-doğum kliniği ile doğum salonu ve ameliyathanesinde görev yapan hemşire ve ebeler 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki shift halinde çalışmaktadır. Gündüz shiftinde, dokuz; gece shiftinde ise beş ebe/hemşire görev yapmaktadır. Çalışma çizelgesi, aylık olarak servis sorumlu hemşireleri tarafından belirlenmektedir.

Hastanede doğumlar doktor tarafından yaptırılmaktadır. Doğum salonu ve ameliyathanesinde çalışan ebe ve hemşireler, doğum için başvuran gebelerin doğum salonuna kabulü, doktorlar tarafından istemi yapılmış laboratuvar tetkikleri için uygun örneğin alınması, kullanılacak malzemelerin temini vajinal doğumda; travay süresince gebenin izlem ve bakımı, doğumda annenin desteklenmesi, sezaryen ile doğumda; ameliyat için gebenin hazırlanması ve ameliyathane hemşireliği, her iki doğum

şeklinde de doğum sonu bebek bakımı ve annenin erken doğum sonu dönemdeki bakımından sorumludur. Doğum sonu dönemde sezaryen ile doğum yapan kadınlar klinikte, vajinal doğum yapanlar ise doğum salonunda takip edilmektedir.

Araştırmanın yapıldığı klinikte 2018 yılında doğumların %39,9'u sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. Klinikte, S.B Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından 2010 yılında yayınlanan “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi” doğrultusunda sezaryen ile doğum endikasyonları (fetal, maternal, travay veya doğuma ait, umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar) belirlenmektedir (116). Sezaryen ameliyatları acil bir durum ve herhangi bir komplikasyon (fetal distres, kordon sarkması, eklampsi, epilepsi gibi ek hastalık bulunması vb) olmadığı sürece spinal anestezi ile yapılmaktadır. Sezaryen ameliyatlarında alt segment transvers insizyon tekniği uygulanmaktadır.

Sezaryen sonrası kadının kliniğe kabulü, klinik hemşireleri tarafından yapılmaktadır. Klinik hemşireleri; kadının kliniğe kabulünden taburcu olmasına kadar ki iki günlük sürede tedavi, bakım ve danışmanlık hizmetlerini yürütmektedir. Bu hizmetler arasında; postoperatif ilk 6 saatte; hayati bulguların takibi ve kanama kontrolü (1. saat 15 dakikada bir, 2. saat 30 dakikada bir ve sonraki 4 saat saatlik), ağrı takibi, IV sıvı desteği, aldığı çıkardığı sıvı takibi, istemlenen ilaç ve analjeziklerin uygulanması, postoperatif laboratuvar tetkikleri için uygun örneğin alınması, bebek bakımı, emzirme takibi, etkin emzirme sağlanamayan kadınlarda emzirmeye ilişkin eğitim ve danışmanlığın verilmesi yer almaktadır. İlk 6 saatten sonraki süreçte ise kadının mobilizasyonunun sağlanması, oral sıvı-gıda alımın takibi ve gereksinimi doğrultusunda; hayati bulgular, kanama ve emzirme davranışının takibi ile istemlenen analjezik ve diğer ilaçların uygulaması sorumluluklarına sahiptirler.

Kliniğin sezaryen sonrası ağrı yönetimine ilişkin bir protokolü bulunmaktadır (Tablo 3.1). Klinikte ağrı yönetiminde herhangi bir nonfarmakolojik yöntem kullanılmamaktadır.

Tablo 3.1. Sezaryen Sonrası ağrı tedavisi protokolü.

Uygulama Yapılan Yer	Zaman	Kullanılan İlaçlar
Klinik	İlk 24 saat (postoperatif 0. gün)	Diklofenak sodyum 2x1 amp IM ya da Deksketoprofen 3x1 amp IV
	İkinci 24 saat (postoperatif 1. gün)	Diklofenak sodyum amp 2x1 amp IM (LH)* ya da Deksketoprofen 3x1 amp IV(LH)*
Ev	Üçüncü 24 saat (postoperatif 2. gün) ve devam eden günler	Parasetamol tb 3x1 (LH)**

*Lüzum halinde

**Reçete edilerek kadının kendisinin alması önerilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapıldığı S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2017 yılına ait toplam doğum sayısı 1906'dır. Yıllık vajinal doğum sayısı 1052, sezaryen ile doğum sayısı ise 854'tür (117). Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde bir yılda sezaryen ile doğum yapan 854 kadın oluşturmuştur (117).

3.3.2. Örneklem Seçimi

Araştırma 4 farklı grup ile gerçekleştirilmiştir. Tablo 3.2'de araştırmada örneklem kapsamına alınan toplam kadın sayısı ve müdahale gruplarına göre dağılımları yer almaktadır. Örneklem sayısının belirlenmesinde; PASS 11 programında, grup sayısı 4, %5 yanılma payı, %90 güç olarak hesaplandığında örnekleme her bir grup en az 27 kişiden oluşacak şekilde en az 108 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmanın ev ziyareti de içermesi nedeniyle kayıplar olabileceği düşünülerek her bir gruba 30'ar kişi alınmasına karar verilmiştir. Örneklem toplam 120 kadından oluşmuştur.

Tablo 3.2. Örneklem sayısı ve her gruba alınan kadın sayısı.

Grup No	Araştırma Grupları		Örneklem Sayısı
Grup	TENS	Gevşeme	n
1	+	-	30
2	-	+	30
3	+	+	30
4	-	-	30
Toplam			120

Araştırmaya dahil edilen kadınlar gruplara randomizasyonla atanmıştır. Kadınların gruplara randomizasyonunda “Random Allocation Software Programı” kullanılmıştır. Bu program ile randomizasyon listesi oluşturulmuştur (EK 1). Sezaryen doğum yapmak üzere yatışı yapılan kadınlar, randomizasyon listesinde var olan sıralamaya göre; yalnız TENS uygulanan, yalnız progresif gevşeme egzersizleri uygulanan, hem TENS hem de progresif gevşeme egzersizleri uygulanan ve hiçbir müdahale uygulanmayan gruplardan birine araştırmacı tarafından atanmıştır.

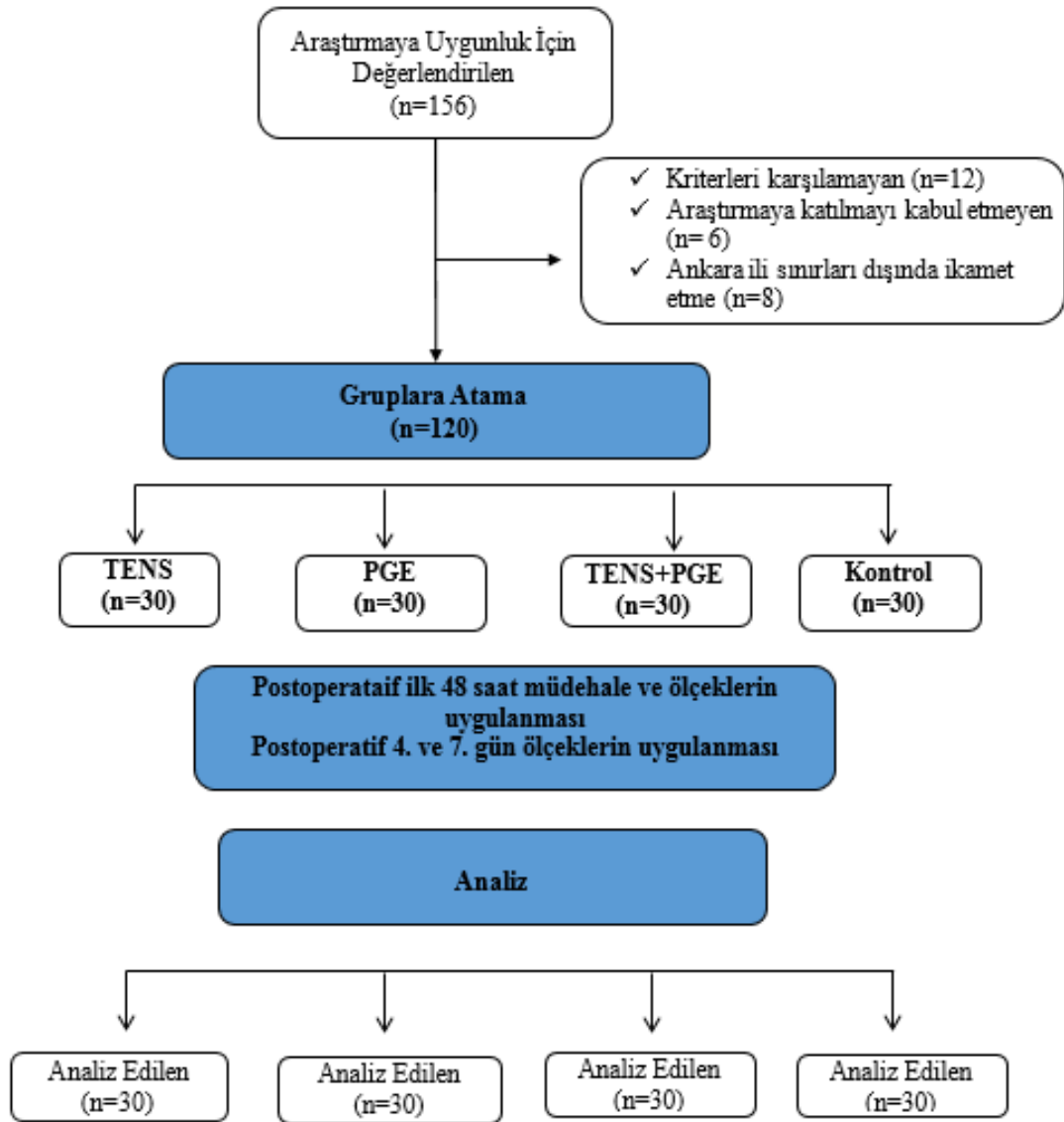
Örneklem Seçim Kriterleri

- 18- 45 yaş arasında olan,
- Postoperatif 8. saatte olan: Ameliyat sonrası ilk 6 saatte ameliyattaki kanama ve anestezinin etkisine bağlı gelişen hipotansiyon ve buna bağlı halsizlik, dura ponksiyonuna bağlı baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı kusma, bel ağrısı şikayetlerinin sıklıkla görülmesi, mobilizasyonun geç olması (postoperatif 6. saat), ekstremitelerde hissizlik olması, kadınların bilişsel olarak anestezinin etkisinde kalması ve ölçüm araçlarının ve uygulamaların etkin bir şekilde uygulanması için araştırmaya postoperatif 8. saatten itibaren başlanmıştır.
- Transvers sezaryen kesisi olan,
- Türkçe yazılı ve sözlü iletişimde sorunu olmayan,
- En az ilkokul mezunu olan: Yapılan işlemler ve verilen talimatların etkin bir şekilde yerine getirilmesi, ölçüm araçlarını okuyup kendi başına doldurabilmesi için en az ilkokul mezunu kadınlar seçilmiştir.

- Gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte kendisi ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Örnekleme Dışında Bırakma Kriterleri

- Vücudunda açık yarası ve/veya cildinde allerjik hastalık tanısı olan,
- Puerperal komplikasyon gelişen (kanama, enfeksiyon, ateş),
- Kardiyak aritmisi ve kalp pili bulunan,
- Konvülsiyon geçirme riski olan; eklampsi, epilepsi gibi hastalıkları olan,
- Böbrek, karaciğer hastalığı olan,
- TENS ve gevşeme egzersizlerini daha önce uygulayan,
- Morbid obez olan (BKI 40'ın üzerinde olan),
- Kronik opioid, antidepresan, psikoaktif ilaç kullanan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.



Şekil 3.1. Araştırma uygulama akış şeması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Veri Toplama Formu (EK 2), Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS) (EK 3), LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH) (EK 4), Emzirme Öz-Yeterlilik Kısa Form Ölçeği (Postnatal Şekli) (EK 5), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (EK 6) ve Anne İzlem Formu (EK 7) aracılığı ile toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formu (EK 2)

Veri Toplama Formu, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulmuştur (16, 20, 50). Form iki bölümden (12 soru) oluşmaktadır.

Birinci Bölüm (1-7. Sorular): Kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulardır (yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunu nasıl algıladığı, sağlık güvencesi olma durumu).

İkinci Bölüm (8-12. Sorular): Kadınların geçmiş ve şimdiki tıbbi özelliklerini içeren sorular (sürekli ilaç kullanma durumu, önemli bir hastalık geçirme durumu, sigara içme durumu, daha önce ameliyat olma durumu, daha önce akut ağrı geçirme durumu ve daha önce kronik ağrı geçirme durumu), kadınların önceki ve şimdiki gebelik öyküsüne ilişkin sorular (gebelik, vajinal doğum, sezaryen ile doğum ve düşük sayısı, isteyerek mi gebe kaldığı, gebelikte kaç kilo aldığı) ve kadınların daha önce nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili bilgi sahibi olma durumuna yönelik sorulardır (daha önce ilaçsız ağrı kesici yöntemlerden herhangi birini duyma durumu ve duyulan yöntemin ne olduğu).

3.4.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği/Visual Analog Skala (GKÖ-VAS) (EK 3)

Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan ölçek, ilk olarak Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ilk olarak Eti Aslan tarafından 1998'de postoperatif ağrı değerlendirmesinde VAS ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini karşılaştırdığı çalışmada kullanılmıştır. Çalışmada ölçeğin duyarlılığı 0.48, seçiciliği ise 0.98 olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda postoperatif ağrı değerlendirmesinde VAS'ın diğer basit tanımlayıcı ölçeklere göre daha duyarlı olduğu ve ağrıyı daha iyi tanımladığı belirtilmiştir (118).

VAS, ağrı derecesinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan ölçme araçlarından biridir. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm. (10mm.)'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını bir çizgi çizerek, nokta koyarak ya da işaret ederek belirtmektedir. Cetvel yatay ya da dikey olarak kullanılabilir. Dikey kullanımının çabuk cevap vermesi ve kolay anlaşılır olması nedeni ile akut ağrı şiddetinin belirlenmesinde en uygun ölçek olduğu belirtilmiştir (119). Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu santimetre olarak ölçülür ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini gösterir (120). VAS nonfarmakolojik yöntemlerin sezaryen sonrası ağrı yönetimine etkisini araştıran araştırmalarda da kullanılmaktadır (86, 121).

3.4.3. LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH) (EK 4)

LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı, 1994 yılında Jensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (122). LATCH Ölçüm Aracı'nın Türkçe geçerliği farklı araştırmalar yapılarak belirlenmiş olup ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; araştırmalarda 0.93 ile 0.96 arasında bulunmuştur (123-126). Araştırmamızda LATCH Emzirme Tanılama Aracı'nın cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; 0.81 olarak belirlenmiştir.

LATCH, puanlama yöntemi bakımından “*Apgar Skor*” sistemine benzetilerek oluşturulan bir tanılama aracıdır. Ölçekte;

- a. L; (Latch on breast): Bebeğin memeyi tutmasını,
- b. A; (Audible swallowing): Bebeğin yutkunma hareketinin görülmesini,
- c. T; (Type of nipple): Meme başının tipini,
- d. C; (Comfort of breast/nipple): Annenin meme/meme başı ile ilgili rahatlığı
- e. H; (Hold /Position): Annenin bebeğini tutuş pozisyonunu tanımlar (122).

LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği'ni oluşturan her kriter için 0, 1, 2 puan verilir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10 ve en düşük puan 0'dır (124, 125). Ölçekten alınan puanların artması emzirme başarısının yüksek olduğunu göstermektedir (124-126).

3.4.4. Emzirme Öz-Yeterlilik Kısa Form Ölçeği (Postnatal Şekli) (EK 5)

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Dennis ve Faux (127) tarafından 1999 yılında emzirme öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmek için hazırlanmış 33 maddelik bir ölçektir. Daha sonra iç tutarlık çalışması yapılmış ölçekte, madde toplam korelasyonu 0.60'ın altında olan maddeler çıkarılarak 14 maddelik yeni Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin kısa formu geliştirilmiştir. Geliştirilen yeni ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 bulunmuştur (128). Ülkemizde Tokat ve ark.(129) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.86'dır. Araştırmamızda ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; 0.89 olarak belirlenmiştir.

Emzirme özyeterliliğini değerlendiren ölçek, 5'li likert tiptedir (1: Hiç emin değilim, 2: Çok emin değilim, 3: Bazen eminim, 4: Eminim, 5: Çok eminim). Ölçeğin tüm maddeleri pozitif anlam taşımaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70, en düşük alınabilecek puan 14'dür. Kesme noktası olmayan ölçekte, puanın artması yüksek emzirme özyeterliliği olduğunu göstermektedir (129).

3.4.5. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (EK 6)

Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen "Genel Konfor Ölçeği" Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından 2008 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (130). 2010 yılında Karakaplan ve Yıldız tarafından ölçeğin Türkçe formundan "Doğum Sonu Konfor Ölçeği" geliştirilmiştir (131). Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; 0.78 olarak bulunmuştur (131). Araştırmamızda ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; 0.79 olarak belirlenmiştir.

DSKÖ, sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınların fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konforlarını değerlendirmektedir. Bu konfor alanları aynı zamanda ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. 5'li likert tipinde olan bu ölçek toplam 34 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade için değerlendirme; tamamen katılıyorum 5 puan, katılıyorum 4 puan, biraz katılıyorum 3 puan, katılmıyorum 2 puan, kesinlikle katılmıyorum 1 puan şeklinde yapılmaktadır (131).

Ölçek olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekte; 1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 31, 32. ifadeler olumludur. Bu maddelerde normalde belirtilen ifadelendirme şekline göre kesinlikle katılmıyorum 1 puan; tamamen katılıyorum 5 puan olacak şekilde kodlanmıştır. Ölçeğin; 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 17,

21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34. maddeleri olumsuzdur. Bu maddelerde değerlendirme ise kesinlikle katılmıyorum 5 puan; tamamen katılıyorum 1 puan olacak şekilde ters kodlanmıştır. Bu doğrultuda ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170'tir. Araştırma sonucunda elde edilen değerlerin 170'e yakın olması konforun yüksek olduğunu gösterir (131).

3.4.6. Anne İzlem Formu (EK 7)

Anne İzlem Formu, araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin etkinliğine yönelik, müdahale grubunda belirlenen gün ve saatlerde işlem öncesi ve sonrası; kontrol grubunda ise müdahale grupları ile aynı gün ve saatlerde VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ puanları ile uygulanan analjeziğin ismi ve saatinin kaydedildiği formdur.

3.5. Araştırmada Kullanılan Cihaz ve Araçlar

Araştırmada TENS cihazı, TENS cihazı elektrodu ve mezura kullanılmıştır.

3.5.1. TENS Cihazı

Araştırmada, çift kanallı EVERYWAY marka TENS cihazı kullanılmıştır. Cihaz, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasında kayıtlıdır ve EC Sertifikası bulunmaktadır (UNSPSC Kodu: 42141807).

Araştırmada kullanılan TENS cihazı, hastanın fonksiyonel aktivitesini korumak amacıyla taşınabilir olup pille çalışmaktadır. Cihaz, iki kanallıdır. Her kanalın parametreleri diğerinden bağımsız olarak ayarlanabilmektedir. Cihazın uyarı vermesi için güç kaynağı, amplifikatör (yükselteç) ve elektrodlar bulunmaktadır. Güç kaynağı ve amplifikatör TENS cihazı içinde yer almaktadır. Elektrodlar ise kablolar aracılığı ile cihaza bağlanmaktadır. Güç kaynağında üretilen akım amplifikatörde artırılarak elektrodlara ulaşmaktadır.

3.5.2. TENS Cihazı Elektrodu

Araştırmada kendinden kablolu 5cm x 5cm'lik FIAB marka TENS elektrodları kullanılmıştır. Karbon silikon alaşımından yapılmış olan elektrodların deri yüzeyi ile arasındaki akımın iletiminin kolaylaştırılması için elektrodlar kendinden jellidir.

Elektrodlar, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasında kayıtlıdır ve EC Sertifikası bulunmaktadır (UNSPSC Kodu: 4214802).

3.5.3. Mezura

TENS uygulanacak gruplarda TENS cihazının elektrodlarının yerleştirileceği alanın santimetre cinsinden ölçümü için yumuşak plastik mezura (otomatik mezura, 1.5 metrelik) kullanılmıştır.

3.6. Ön Uygulama

Araştırmacılar tarafından hazırlanan Veri Toplama Formu (EK 2) ve Anne İzlem Formu'nun (EK 7) kullanılabilirliğini test etmek ve araştırmada uygulanacak TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla 15.07.2018-15.08.2018 tarihleri arasında S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama, örneklem kapsamına alınan kadınların %10'unu temsil edecek şekilde 12 kadın ile yürütülmüştür. Ön uygulamada 3 kadına TENS, 3 kadına progresif gevşeme egzersizleri, 3 kadına progresif gevşeme egzersizleri ve TENS uygulanmış, 3 kadına ise herhangi bir müdahale yapılmamış sadece ölçekler, veri toplama formu ve anne izlem formu uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda Veri Toplama Formunda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir. Veri Toplama Formunun 2. bölümünde yer alan 12. soru "Gebeliğinizden önce TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinden herhangi birini kendinize uyguladınız mı?" sorusu bütün kadınlardan "hayır" yanıtı alması sebebi ile "Gebeliğinizden önce ilaçsız ağrı kesici yöntemlerden (nonfarmakolojik yöntemler) herhangi birini daha önce duydunuz mu?" olarak değiştirilmiştir. Ön uygulamaya katılan kadınlar araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulaması 20.08.2018-15.04.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Şekil 3.1).

Araştırma üç aşamada uygulanmıştır.

I. Aşama- Hazırlık Aşaması:

- a) Araştırmanın yapıldığı klinikte sezaryen ile doğum için kliniğe yatışı yapılan kadınlardan örneklem seçim kriterlerine uyanlar belirlenmiştir.
- b) Kadınlarla görüşülerek araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmaya istekli olan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.
- c) Kadınlar randomizasyon ile gruplara atanmıştır (EK 1).
- d) Kadınların yazılı onamları alınmıştır (EK 8).
- e) Tüm gruplarda yer alan kadınlara Veri Toplama Formu uygulanmıştır (EK2).

II. Aşama- Müdahale Aşaması:

Araştırmanın ikinci aşamasına postoperatif sekizinci saatte başlanarak ilk 48 saat devam edilmiştir.

TENS Uygulanan Grup:

TENS uygulanan grupta; postoperatif 8. saatte ilk uygulama yapılmıştır. İlk uygulamadan dört saat sonra da ikinci uygulama yapılmıştır. İkinci gün uygulamaya annenin sabah bakım ve tedavisi yapıldıktan sonra başlanmıştır. Sekiz saat ara ile ikinci ve üçüncü uygulama da yapılmıştır. Birinci gün dört saat ara ile iki, ikinci gün sekiz saat ara ile üç olacak şekilde toplam beş seans uygulama yapılmıştır. Bir seansta 30 dakika olacak şekilde konvansiyonel (geleneksel) TENS uygulaması yapılmıştır. Literatür incelendiğinde sezaryen sonrası TENS uygulamasına genel olarak ilk 24 saat içinde ve anestezinin etkisinin geçmesinin ardından (postoperatif 8. saatte) başlandığı belirlenmiştir (47-49, 132). Ayrıca bir seansta 30 dakika olacak şekilde konvansiyonel (geleneksel) TENS uygulaması yapıldığı belirlenmiştir (47, 48, 132, 133).

Yapılan araştırmalarda, uygulanan TENS frekans aralıklarının birbirlerine benzer olduğu görülmektedir. Bu araştırmalarda TENS frekans aralığı 100-120 Hz, atım genişliği 60-100 µs, akım şiddeti (amplitüdü) ise hastaya rahatsızlık vermeyecek şekilde karıncalanma hissi oluşturacak yoğunlukta uygulanmıştır (47-49, 132, 134). Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmamızda TENS uygulamasında; frekans 100

Hz'ye, atım genişliği 100 μ s'ye, akım şiddeti ise kadınların toleransına göre iğnelenme ya da karıncalanma hissedilinceye kadar arttırılarak uygulama yapılmıştır.

TENS uygulaması, hasta odasında araştırmacı tarafından yapılmıştır. TENS grubunda yer alan kadınlar sezaryen sonrası klinikte uygulanan rutin bakım uygulamalarını da almışlardır. Kliniğin ağrıya yönelik tedavi protokolü ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

TENS uygulamasında (55);

- Uygulama öncesi kadına sırtüstü yatar pozisyon verilmiş, TENS uygulanacak bölgenin/cildin temiz ve kuru olması sağlanmıştır.
- TENS'in iki elektrodu sezaryen insizyonunun 2 cm üstüne, diğer iki elektrodu ise insizyonun 2 cm altına yerleştirilmiştir.
- Uygulama boyunca kadınların dinlenmesi sağlanmış ve uygulama süresince kadının yanında kalınmıştır.
- Uygulama bitiminde elektrodlar insizyon bölgesinden çıkartılmıştır. Uygulama alanı temiz gazlı bez ile silinmiş ve elektrodlar bir sonraki kullanım için temiz gazlı bir bez ile temizlenmiştir.

TENS grubunda yer alan kadınlara uygulanan ölçüm araçları; Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS), LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH), Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)'dir. Ölçüm araçlarının uygulanma zamanları aşağıda verilmiştir;

- 1) Kadınlara postoperatif 8. saatte (ilk uygulamadan önce) bütün ölçekler uygulanmıştır. İlk uygulamanın bitiminde kadınlara VAS tekrar uygulanmıştır.
- 2) Kadınlara; ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci uygulamadan önce ve sonra VAS, birinci ve ikinci gün tüm uygulamalar tamamlandığında LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ uygulanmıştır.

Progresif Gevşeme Egzersizleri Uygulanan Grup:

Progresif gevşeme egzersizleri uygulanan grupta; postoperatif 8. saatte ilk uygulama yapılmıştır. İlk uygulamadan dört saat sonra da ikinci uygulama yapılmıştır. İkinci gün uygulamaya annenin sabah bakım ve tedavisi yapıldıktan sonra başlanmıştır. Sekiz saat ara ile ikinci ve üçüncü uygulama da yapılmıştır. Birinci gün

dört saat ara ile iki, ikinci gün sekiz saat ara ile üç olacak şekilde toplam beş seans uygulama yapılmıştır. Bir seansta 30 dakika olacak şekilde uygulama yapılmıştır. Progresif gevşeme egzersizleri nefes koçluk sertifikası bulunan (EK 9) araştırmacı denetiminde ve talimatları ile kadınlar tarafından yapılmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan farklı alanlardaki araştırmalarda postoperatif hastalarda; uygulamaların araştırmacı talimatları ile yapıldığı belirlenmiştir (113, 135). Hastaların anestezinin etkisinden kurtulduğu, zihinsel olarak ölçeklere uygun yanıt verebileceği postoperatif birinci günden itibaren başladığı (113, 135, 136) ve günlük 2-3 uygulama yapıldığı belirlenmiştir (135, 136). Bunun yanında bir seansta 30 dakika progresif gevşeme egzersizleri uygulandığı belirlenmiştir (136, 137). Araştırmamızda literatürle uyumlu olarak ilk uygulamaya postoperatif 8. saatte başlanmış ve tek seansta 30 dakika uygulanmıştır. Müdahale için hasta odasında sessiz sakin bir ortam hazırlanmıştır.

Progresif gevşeme egzersizleri hasta odasında uygulanmıştır. Bu grupta yer alan kadınlar, sezaryen sonrası klinikte uygulanan rutin bakım uygulamalarını da almışlardır. Kliniğin ağrıya yönelik tedavi protokolü ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Progresif kas gevşeme egzersizleri, derin solunum eşliğinde farklı kas gruplarının gerilme ve ardından gevşemesine dayalı olarak yapılan egzersizlerdir. Bu kas grupları; sağ el ve sağ kolun üst kısmı, sağ üst kol, sol el ve sol kolun üst kısmı, sol üst kol, alın, üst yanak ve burun, çene, boyun, karın, sağ üst bacak, sağ baldır, sağ ayak, sol üst bacak, sol baldır ve sol ayaktır (138). Egzersizlere derin solunum hareketi ile başlanarak, sırası ile ayak kaslarından yüz kaslarına kadar aşağıdan yukarıya doğru, kasları germe sırasında nefes alma, nefesi tutma ve kasları serbest bırakma sırasında nefes verme hareketleri ile yürütülmüştür.

Kadına aşağıdan yukarıya doğru tüm büyük kasların derin ve yavaş nefes alışlarında kasılması, nefes verişlerinde ise gevşetilerek serbest bırakılması talimatı verilmiştir. Her kas kasma ve gevşetme işleminden sonra ise yeni bir kas grubuna geçmeden araya mutlaka birkaç kez yavaş ve derin diyafram nefesleri eklenmiştir. Tüm kaslar sırasıyla kasılıp gevşetildikten sonra bu kez nefes alırken tüm kasları eş zamanlı kasma ve nefes verirken yine eş zamanlı gevşetilmesi talimatı verilmiştir. Daha sonra yavaş ve derin diyafram nefesleriyle egzersizler tamamlanmıştır. Egzersizler sırasında kadınlardan kas gruplarına odaklanmaları istenmiştir.

Progresif gevşeme egzersizleri uygulanan grupta yer alan kadınlara uygulanan ölçüm araçları; Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS), LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH), Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)'dir. Ölçüm araçlarının uygulanma zamanları aşağıda yer almaktadır;

1) Kadınlara postoperatif 8. saatte (ilk uygulamadan önce) bütün ölçekler uygulanmıştır. İlk uygulamanın bitiminde kadınlara VAS tekrar uygulanmıştır.

2) Kadınlara; ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci uygulamadan önce ve sonra VAS, birinci ve ikinci gün tüm uygulamalar tamamlandığında LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ uygulanmıştır.

Progresif Gevşeme Egzersizleri ve TENS'in Birlikte Uygulandığı Grup:

Bu grupta hem progresif gevşeme egzersizleri hem de TENS uygulamaları bir arada yürütülmüştür. Müdahale ve ölçeklerin uygulanışı, sadece TENS ve sadece progresif gevşeme egzersizlerinin uygulandığı gruplardaki gibidir. Uygulamada ilk olarak 30 dakika progresif gevşeme egzersizleri daha sonra 30 dakika TENS uygulaması yapılmıştır (138).

Kontrol Grubu:

Bu grupta yer alan kadınlar, sezaryen sonrası klinikte uygulanan rutin bakım uygulamalarını almışlardır. Kliniğin ağrıya yönelik tedavi protokolü ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir müdahale yapılmamış sadece ölçüm araçları uygulanmıştır. Ölçüm araçları hasta odasında uygulanmıştır.

Kontrol grubunda yer alan kadınlara müdahale gruplarında uygulamalara denk gelen saatlerde ölçüm araçları uygulanmıştır. Uygulanan ölçüm araçları; Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS), LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH), Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)'dir. Ölçüm araçlarının uygulanma zamanları aşağıda yer almaktadır;

- 1) Kadınlara postoperatif 8. saatte (müdahale gruplarında ilk uygulamaya denk gelen zamanda) bütün ölçekler uygulanmıştır.
- 2) Kontrol grubunda, müdahale gruplarının uygulamaları ile aynı zamanda olacak şekilde VAS ölçeği ilk gün dört saat ara ile iki kez, ikinci gün sekiz saat ara ile

üç kez uygulanmıştır. LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ postoperatif birinci ve ikinci gün müdahale gruplarındaki uygulamaların bitim saatinde uygulanmıştır.

III. Aşama- İzlem Aşaması;

İzlem aşaması, yapılan uygulamaların (TENS, progresif kas gevşeme egzersizleri) doğum sonu ilk bir haftada etkinliğini değerlendirmek amacı ile yürütülmüştür. Bu aşamada bütün gruplarda yer alan kadınlara, hastaneden taburcu olduktan sonra 4. ve 7. gün ev ziyareti yapılmıştır.

Ev ziyaretlerinde herhangi bir uygulama yapılmamış sadece ölçüm araçları uygulanmıştır. Uygulanan ölçüm araçları; VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ'dür.



1.Aşama- Hazırlık Aşaması



1.Ameliyat öncesi kliniğe yatışı yapılan ve araştırma kriterlerine uyan kadınların seçimi
2.Kadınların yazılı onamlarının alınması (EK 8)
3.Kadınların randomizasyonla gruplara atanması (EK 1)
4. Veri toplama formunun doldurulması (EK 2)

2.Aşama- Uygulama Aşaması



1.Grup:	2. Grup:	3.Grup:	4.Grup:
<p>TENS Müdahalesi</p> <p>Postoperatif ilk 24 saat;</p> <p>İlk uygulama; Postoperatif 8. saat</p> <p>İkinci uygulama; ilk uygulamadan dört saat sonra</p> <p>Postoperatif 24- 48 saat:</p> <p>8 saat ara ile 3 uygulama,</p> <p>Ölçüm araçları: postoperatif 8.saatte (ilk uygulamadan önce) ;VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ Her uygulamadan önce ve sonra VAS, 1. ve 2. gün uygulamaların bitiminde LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ</p>	<p>Gevşeme Egzersizleri</p> <p>Postoperatif ilk 24 saat;</p> <p>İlk uygulama; Postoperatif 8. saat</p> <p>İkinci uygulama; ilk uygulamadan 4 saat sonra</p> <p>Postoperatif 24- 48 saat:</p> <p>8 saat ara ile 3 uygulama</p> <p>Ölçüm araçları: postoperatif 8.saatte (ilk uygulamadan önce) ;VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ Her uygulamadan önce ve sonra VAS, 1. ve 2. gün uygulamaların bitiminde LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ</p>	<p>TENS Müdahalesi ve Gevşeme Egzersizleri</p> <p>Postoperatif ilk 24 saat;</p> <p>İlk uygulama; Postoperatif 8. saat</p> <p>İkinci uygulama; ilk uygulamadan 4 saat sonra</p> <p>Postoperatif 24- 48 saat:</p> <p>8 saat ara ile 3 uygulama</p> <p>Ölçüm araçları: postoperatif 8.saatte (ilk uygulamadan önce) ;VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ Her uygulamadan önce ve sonra VAS, 1. ve 2. gün uygulamaların bitiminde LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ</p>	<p>Kontrol Grubu:</p> <p>Herhangi bir müdahale yapılmamıştır.</p> <p>Ölçüm araçları: postoperatif 8.saatte VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ uygulanmıştır.</p> <p>VAS; 1. gün 4 saat ara ile iki kez, 2. gün 8 saat ara ile 3 kez uygulanmıştır. LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ ölçekleri; 1. ve 2. gün müdahale gruplarında son uygulamanın yapıldığı saatlerde uygulanmıştır.</p>

3.Aşama- İzlem Aşaması



Postpartum 4. ve 7. günler ev ziyareti; VAS, LATCH, EÖYÖ, DSKÖ ölçeklerinin uygulanması.

Şekil 3.2. Araştırma müdahaleleri ve ölçeklerin uygulama şeması.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Tarih:16.02.2018; Karar Numarası: 2018/02- 16, KA-17142) (EK 10). Araştırmanın uygulamasında TENS cihazının uygulaması için S.B Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınmıştır (Tarih: 08.06.2018; Sayı:71146310-511.06-E.108598) (EK 11). Araştırmanın yürütüldüğü S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan izin alınmıştır (Tarih: 13.09.2017; Karar Numarası: 0016) (EK 12). Araştırmanın yürütüldüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği şefliğinden yazılı izin alınmıştır (EK 13).

Araştırma kapsamına alınan tüm kadınlara araştırmanın amacı, uygulaması ve ölçüm araçları hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır (EK 8).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada; ameliyat sonrası ilk altı saatte kanama ve anestezinin etkisine bağlı gelişen hipotansiyon ve buna bağlı halsizlik gibi şikayetlerin sıklıkla görülmesi, ekstremitelerde hissizlik olması, kadınların bilişsel olarak anestezinin etkisinde kalması nedeniyle ölçüm araçlarının ve uygulamaların etkin bir şekilde uygulanması için araştırmaya postoperatif 8. saatten itibaren başlanmıştır. Bu nedenle doğum sonu ağrı ve diğer şikayetlerin en fazla görüldüğü ilk altı saatlik süreçte uygulama yapılamamıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü klinikte sezaryen sonrası postoperatif analjezik uygulaması, postoperatif birinci gün rutin olarak uygulanmaktadır. Bu nedenle uygulamalara bağlı analjezik kullanımındaki azalma tam olarak belirlenememiştir.

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu; TENS ve progresif gevşeme egzersizleri uygulamasını ilk 48 saat klinikte yapılmasını önermiştir. Bu sebeple uygulama, hastane ile sınırlı tutulmuştur. Araştırma; TENS ve gevşeme egzersizinin sezaryen sonrası ilk 48 saatlik süreçteki ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyine etkisini kapsamaktadır.

Araştırma örneklemini Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde sezaryen ile doğum yapan kadınlar

oluşturmaktadır. Bu nedenle sonuçlar sezaryen ile doğum yapan tüm kadınlara genellenemez.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Genel olarak verilere dayalı frekans ve ortalamalar alınmıştır. Kategorik verilerin bağımlılığına Ki-Kare testi ile bakılmıştır. Gözlerdeki denek sayılarının yetersiz olduğu durumlarda; toplam göz sayısının %20'sinden fazlasında $n=5$ 'ten küçük denek sayısı varsa "Montecarlo-similasyon tekniği" ile ki-kare testi yapılmıştır. Bu teknik ile ki-kare değeri hesaplanamayıp sadece test yapıp p değeri elde edilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Sürekli değişkenlerin gösteriminde normal dağılım göstermediği için ortanca (minimum-maksimum) değerleri verilmiştir.

Verilerin normal dağılmamasından dolayı parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Araştırma verilerinde, üç ve daha fazla gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda ise Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak p değeri 0,05 olarak kullanılmış olup, $p<0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin cronbach alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin (VAS, LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ) birbirleri ile ilişkilerini değerlendirmek amacı ile Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yanı ve Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler

Araştırmanın randomize kontrollü müdahale çalışması olması ve müdahalelerin araştırmacı tarafından bire bir uygulanması araştırmanın güçlü yönlerindedir.

Araştırma süresi boyunca sezaryen sonrası tüm kadınlar postoperatif akut ağrı, emzirme problemleri ve konfor sorunları yaşamışlardır. Genellikle tüm gruplarda bu

sorunlarda azalma görülmüştür. TENS ve gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı grupta kadınlarda diğer gruplara göre bu sorunlarda daha fazla azalma görülmüştür.

Araştırmada müdahale gruplarındaki kadınların, özellikle TENS uygulanan gruptaki kadınların uygulamanın olumlu yönlerine ilişkin düşüncelerini yakınları, diğer hastalar, doktorlar ve hemşireler ile paylaştıkları izlenmiştir. Hatta bazı kadınlar taburculuk sonrası ev ziyaretlerinde de tekrar TENS uygulaması ile ilgili araştırmacıdan talepte bulunmuştur. Progresif gevşeme egzersizi uygulanan grupta da çoğunlukla kadınlar kendilerini hastane ortamından uzaklaşarak daha iyi ve rahatlamış hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma süresince yaşanan olumlu gelişmelere rağmen bazı güçlükler de meydana gelmiştir. Uygulamalar hasta odasında yapılmıştır. Refakatçilerin varlığı, akşam saatlerinde ziyaret saatlerinin olması, ziyaret saatleri dışında da odaya ziyaretçilerin alınması sebebi ile hasta odaları genellikle kalabalık olup ziyaretçilerin çıkmasını beklemek uygulamanın uzamasına sebep olmuştur.

4. BULGULAR

Sezaryen ile doğum yapan kadınlara doğum sonu ilk 48 saatte uygulanan TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin akut ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü müdahale araştırması olarak yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda yer alan on başlık altında ele alınmıştır.

1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
2. Kadınların Geçmiş ve Şimdiki Bazı Tıbbi Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
3. Kadınların Geçmiş ve Şimdiki Bazı Obstetrik Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
4. Kadınların Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme Durumunun Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
5. Müdahale Gruplarında Yer Alan Kadınların VAS Ağrı Puan Ortancalarının Çalışma Grupları ile Müdahale Öncesi ve Sonrası Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı
6. Kadınların VAS Skoru Ortancalarının Çalışma Gruplarına ve İzlem Zamanlarına Göre Dağılımı
7. Kadınların LATCH Puan Ortancalarının Çalışma Gruplarına ve İzlem Zamanlarına Göre Dağılımı
8. Kadınların Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Puan Ortancalarının Çalışma Gruplarına ve İzlem Zamanlarına Göre Dağılımı
9. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği Alt Grup Puan Ortancalarının Çalışma Gruplarına ve İzlem Zamanlarına Göre Dağılımı
10. Çalışma Gruplarında Yer Alan Kadınların Müdahale Öncesi, Birinci Gün Sonu, İkinci Gün Sonu, Dördüncü ve Yedinci Gün Ağrı, Emzirme Davranışı, Emzirme Özyeterliliği ve Konfor Puanları Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	Çalışma Grupları									
	TENS (n=30)		PGE (n=30)		TENS+PGE (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş*										
18-25 yaş	14	46,7	10	33,3	6	20,0	8	26,7	38	31,7
26-35 yaş	13	43,3	19	63,3	17	56,7	15	50,0	64	53,3
36-45 yaş	3	10,0	1	3,4	7	23,3	7	23,3	18	15,0
İstatistiksel Analiz	$\chi^2_{***} = -$ p=0,084									
Eğitim Durumu										
İlköğretim ve Altı	12	40,0	13	43,3	19	63,3	18	60,0	62	51,7
Lise ve Üzeri	18	60,0	17	56,7	11	36,7	12	40,0	58	48,3
İstatistiksel Analiz	$\chi^2_{**} = 2,38$ p=0,114									
Çalışma Durumu										
Çalışan	7	23,3	5	16,7	7	23,3	6	20,0	25	20,8
Çalışmayan	23	76,7	25	83,3	23	76,7	24	80,0	95	79,2
İstatistiksel Analiz	$\chi^2_{**} = 0,55$ p=0,906									
Algılanan Gelir Durumu										
Kötü	1	3,4	2	6,7	4	13,3	3	10,0	10	8,3
Orta	22	73,3	19	63,3	21	70,0	20	66,7	82	68,3
İyi	7	23,3	9	30,0	5	16,7	7	23,3	28	23,4
İstatistiksel Analiz	$\chi^2_{***} = -$ p=0,774									

*Yaş MD(min-max) değerleri; TENS Grubu=27(19-40), PGE Grubu=28(21-36), TENS+PGE Grubu= 28(20-42), Kontrol Grubu=30(18-43) (Kruskall-Wallis H Testi)

**Ki Kare Testi

***Montecarlo-Similasyon Tekniği ile Ki-Kare Testi

Tablo 4.1’de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yarıdan fazlasının yaş ortalamasının 26- 35 yaş aralığında olduğu (%53,3), ilköğretim ve altı eğitime sahip olduğu (%51,7), çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı (%79,2) ve gelir düzeylerini orta olarak algıladıkları (%68,3) belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte kadınların çoğunluğunun çekirdek aileye sahip oldukları (%89,2) saptanmıştır. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre çalışma grupları arasındaki farkın, istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.2. Kadınların geçmiş ve şimdiki bazı tıbbi özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Tıbbi Özellikler	Çalışma Grupları									
	TENS (n=30)		PGE (n=30)		TENS+PGE (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kronik Hastalık										
Var	1	3,3	5	16,7	4	13,3	3	10,0	13	10,8
Yok	29	96,7	25	83,3	26	86,7	27	90,0	107	89,2
									χ^2 *=- p=0,461	
İstatistiksel Analiz										
Sürekli İlaç Kullanma Durumu										
Kullanıyor	1	3,3	5	16,7	4	13,3	1	3,3	11	9,2
Kullanmıyor	29	96,7	25	83,3	26	86,7	29	96,7	109	90,8
									χ^2 *=- p=0,208	
İstatistiksel Analiz										
Sigara Kullanma Durumu										
Kullanıyor	2	6,7	4	13,3	3	10,0	7	23,3	16	13,3
Kullanmıyor	28	93,3	26	86,7	27	90,0	23	76,7	104	86,7
									χ^2 *=- p=0,328	
İstatistiksel Analiz										
Ameliyat Geçirme Durumu										
Geçirmiş	21	70,0	22	73,3	22	73,3	24	80,0	89	74,2
Geçirmemiş	9	30,0	8	26,7	8	26,7	6	20,0	31	25,8
									χ^2 ***=0,82 p=0,843	
İstatistiksel Analiz										
Akut Ağrı Deneyimi Yaşama Durumu										
Yaşayan	23	76,7	22	73,3	25	83,3	22	73,3	92	76,7
Yaşamayan	7	23,3	8	26,7	5	16,7	8	26,7	28	23,3
									χ^2 ***=1,1 p=0,773	

* Montecarlo-Similasyon Tekniği ile Ki-Kare Testi

**Ki Kare Testi

Tablo 4.2’de kadınların geçmiş ve şimdiki bazı tıbbi özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun kronik bir hastalığının olmadığı (%89,2), sürekli ilaç kullanmadıkları (%90,8), sigara kullanmadıkları (%86,7), daha önce ameliyat geçirdikleri (%74,2) ve daha önce akut ağrı deneyimi yaşadıkları (%76,7) belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte daha önce ameliyat geçiren kadınların sırasıyla; sezaryen (%60), batin (%7,5), kulak burun boğaz (%6,66), ortopedik (%2,5), jinekolojik (%2,5) ve göz (%1,66) ameliyatları geçirdiği belirlenmiştir. Tabloda yer almamakla birlikte akut ağrı deneyimi yaşayan kadınların yaşadıkları ağrı türü ile ilgili olarak; daha önce ameliyat olan kadınların hepsinin (%100) postoperatif ağrı yaşadıkları, %21,6’sının vajinal doğum ağrısı yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların geçmiş ve şimdiki bazı tıbbi

özelliklerine göre çalışma grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığını belirlemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Kadınların geçmiş ve şimdiki bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Obstetrik Özellikler	Çalışma Grupları									
	TENS (n=30)		PGE (n=30)		TENS+PGE (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gebelik Sayısı										
1	6	20,0	8	26,6	6	20,0	4	13,3	24	20,0
2	10	33,4	15	50,0	6	20,0	10	33,3	41	34,2
3 ve üzeri	14	46,6	7	23,4	18	60,0	15	53,4	55	45,8
İstatistiksel Analiz								χ^2 *=10,3 p=0,112		
Vajinal Doğum Sayısı										
Yok	26	86,7	26	86,7	25	83,3	17	56,7	94	78,3
1 ve üzeri	4	10,3	4	13,3	5	16,7	13	43,3	26	21,7
İstatistiksel Analiz								χ^2 *=11,2 p=0,051		
Sezaryen ile doğum Sayısı										
1	10	33,3	13	43,3	13	43,3	12	40,0	48	40,0
2	15	50,0	15	50,0	5	16,7	15	50,0	50	41,7
3 ve üzeri	5	16,7	2	6,7	12	40,0	3	10,0	22	18,3
İstatistiksel Analiz								χ^2 *=17,5 p=0,052		
Abortus										
Yok	18	60,0	25	83,3	19	63,3	19	63,3	81	67,5
1 ve üzeri	12	40,0	5	16,7	11	36,7	11	36,7	39	32,5
İstatistiksel Analiz								χ^2 *=3,9 p=0,241		
Gebelik Haftası										
38 hafta altı	3	10,0	5	16,7	2	6,7	4	13,3	14	11,7
38 hafta ve üzeri	27	90,0	25	83,3	28	93,3	26	86,7	106	88,3
İstatistiksel Analiz								χ^2 **=- p=0,781		
Gebeliği İsteme Durumu										
İsteyen	24	80,0	27	90,0	21	70,0	23	76,7	95	79,2
İstemeyen	6	20,0	3	10,0	9	30,0	7	23,3	25	20,8
İstatistiksel Analiz								χ^2 *=3,7 p=0,285		
Gebelikte Alınan Kilo										
8 kg ve altı	9	30,0	5	16,7	7	23,3	10	33,3	31	25,9
9-12 kg	10	33,3	9	30,0	12	40,0	9	30,0	40	33,3
13 kg ve üzeri	11	36,7	16	53,3	11	36,7	11	36,7	49	40,8
İstatistiksel Analiz								χ^2 *=4,03 p=0,672		

*Ki Kare Testi

** Montecarlo-Similasyon Tekniği ile Ki-Kare Testi

Tablo 4.3'te kadınların geçmiş ve şimdiki bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık

yarısının gebelik sayısının 3 ve üzerinde olduğu (%45,8), çoğunluğunun daha önce vajinal doğum (%78,3) ve abortus (%67,5) yapmadıkları ve %41,7'sinin ikinci sezaryeni olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğunun 38 hafta ve üzerinde sezaryen ile doğum yaptıkları (%88,3), gebeliklerini istedikleri (%79,2) ve %40,8'inin gebeliklerinde 13 kg ve üzerinde kilo aldıkları belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte kadınların çoğunluğunun şimdiki sezaryen doğumlarının spinal anestezi ile (%86,7), %13,3'ünün ise genel anestezi ile gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Kadınların geçmiş ve şimdiki bazı obstetrik özelliklerine ilişkin değişkenlere göre çalışma grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Kadınların nonfarmakolojik yöntemleri bilme durumunun çalışma gruplarına göre dağılımı.

	TENS (n=30)		PGE (n=30)		TENS+PGE (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme Durumu										
Bilen	-	-	6	20,0	7	23,3	6	20,0	19	15,8
Bilmeyen	30	100	24	80	23	76,7	24	80,0	101	84,2
İstatistiksel Analiz										χ^2 *= - p=0,053

* Montecarlo-similasyon tekniği ile Ki-Kare Testi

Tablo 4.4.'te kadınların nonfarmakolojik yöntemleri bilme durumunun çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%84,2) nonfarmakolojik yöntemleri bilmediği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olan kadınların (%15,8) bildikleri yöntemlerin sırasıyla; PGE (%31,6), TENS (%21,1), nefes egzersizleri (%21,1), pilates (%10,5), yoga (%10,5) ve reiki (%5,20) olduğu saptanmıştır. Kadınların çalışma gruplarına göre nonfarmakolojik yöntem bilme durumu ve bilinen nonfarmakolojik yöntemler arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo.4.5. Müdahale gruplarında yer alan kadınların VAS ağrı puan ortancalarının çalışma grupları ile müdahale öncesi ve sonrası ölçüm zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	İzlem Zamanları*						İstatistiksel Analiz**
	T1		T2		T3		
	T1.1 Median (Min-Max)	T1.2 Median (Min-Max)	T2.1 Median (Min-Max)	T2.2 Median (Min-Max)	T3.1 Median (Min-Max)	T3.2 Median (Min-Max)	
TENS (n=30)	8,56 (5,64-10)	5,42 (1,17-8,01)	6,03 (2-10)	3,42 (0-6,17)	6,11 (2,29-10)	3,10 (0-7,01)	Z=-4,7; p=<0,001
PGE (n=30)	7,98 (6,42-10)	5,80 (4,36-8,21)	6,28 (4,04-8,82)	4,55 (2,21-6,36)	5,63 (4,53-10)	4,26 (2,07-8,42)	Z=-4,7; p=<0,001
TENS+PGE (n=30)	7,77 (5,25-9,81)	4,45 (2,03-7,72)	5,39 (3,23-8,51)	2,41 (0-6,70)	5,13 (0,03-9,48)	2,56 (0-6,02)	Z=-4,7; p=<0,001
İstatistiksel Analiz***	H=4,40 p=0,111	H=26,90 p=<0,001	H=8,80 p=0,012	H=25,12 p=<0,001	H=5,40 p=0,062	H=17,10 p=<0,001	
Gruplar arası Farklılık	-	3-1;3-2	3-1;3-2	3-1;3-2	-	3-1;3-2	

*İzlem Zamanları; T1: Birinci müdahale, T2: ikinci müdahale, T3: Üçüncü müdahale, T4: Dördüncü Müdahale, T5: Beşinci müdahale; T.1.1; Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.1.2; birinci müdahale sonrası ölçüm, T.2.1; ikinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2; ikinci müdahale sonrası ölçüm (birinci gün sonu), T.3.1; üçüncü müdahale öncesi ölçüm, T.3.2; üçüncü müdahale sonrası ölçüm, T.4.1; dördüncü müdahale öncesi ölçüm, T.4.2; dördüncü müdahale sonrası ölçüm, T.5.1; beşinci müdahale öncesi ölçüm, T.5.2; beşinci müdahale sonrası ölçüm (ikinci gün sonu). Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall- Wallis H testi

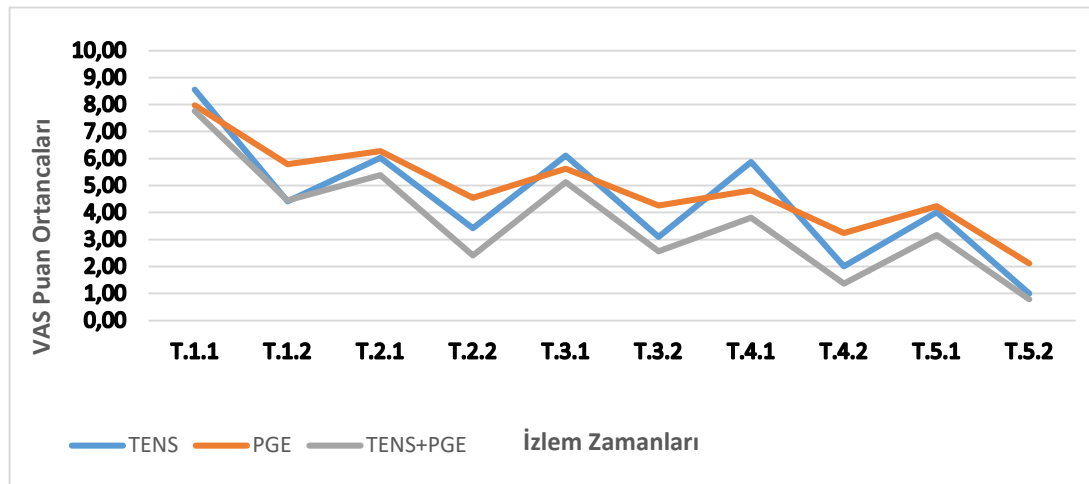
Tablo.4.5. (Devam) Müdahale gruplarında yer alan kadınların VAS ağrı puan ortancalarının çalışma grupları ile müdahale öncesi ve sonrası ölçüm zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	İzlem Zamanları*				İstatistiksel Analiz**
	T4	T4.2 Median (Min-Max)	T5.1 Median (Min-Max)	T5.2 Median (Min-Max)	
TENS (n=30)	T4.1 Median (Min-Max) 5,87 (2-10)	2,01 (0-7,01)	Z=-4,7; p=<0,001	4,01 (0-6,61)	Z=-4,7; p=<0,001
PGE (n=30)	4,82 (3-6,43)	3,24 (0-4,51)	Z=-4,7; p=<0,001	4,24 (0,02-8,63)	Z=-4,7; p=<0,001
TENS+PGE (n=30)	3,82 (1,49-8,43)	1,37 (0-6,07)	Z=-4,7; p=<0,001	3,17 (1-7,65)	Z=-4,7; p=<0,001
İstatistiksel Analiz***	H=15,01 p=0,001	H=13,70 p=0,001		H=13,40 p=0,001	H=23,20 p=<0,001
Gruplar arası Farklılık	2-1; 3-1;3-2	3-1;3-2		3-1;3-2	3-1;3-2

*İzlem Zamanları; T1: Birinci müdahale, T2: ikinci müdahale, T3: Üçüncü müdahale, T4: Dördüncü Müdahale, T5: Beşinci müdahale; T.1.1; Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.1.2; birinci müdahale sonrası ölçüm, T.2.1; ikinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2; ikinci müdahale sonrası ölçüm (birinci gün sonu), T.3.1; üçüncü müdahale öncesi ölçüm, T.3.2; üçüncü müdahale sonrası ölçüm, T.4.1; dördüncü müdahale öncesi ölçüm, T.4.2; dördüncü müdahale sonrası ölçüm, T.5.1; beşinci müdahale öncesi ölçüm, T.5.2; beşinci müdahale sonrası ölçüm (ikinci gün sonu). Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall-Wallis H testi



Şekil 4.1. Müdahale gruplarında yer alan kadınların VAS ağrı puan ortancalarının çalışma grupları ile müdahale öncesi ve sonrası ölçüm zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.5 ve Şekil 4.1’de müdahale grubunda yer alan kadınların VAS skoru ortancalarının çalışma grupları ile müdahale öncesi ve sonrası ölçüm zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci müdahale öncesi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında TENS grubunda VAS skorunun en yüksek olduğu (8,56 (5,64-10)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (7,77 (5,25-9,81)) belirlenmiştir. Birinci müdahale öncesi VAS skoru ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (4,45 (2,03-7,72)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (5,80 (4,36-8,21)) belirlenmiştir. Birinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların birinci müdahale öncesi ve sonrası grup içi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında tüm gruplarda (TENS, PGE ve TENS+PGE) müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skoru ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların ikinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (5,39

(3,23-8,51)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (6,28 (4,04-8,82)) belirlenmiştir. İkinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ikinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (2,41 (0-6,70)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (4,55 (2,21-6,36)) belirlenmiştir. İkinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ikinci müdahale öncesi ve sonrası grup içi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında tüm gruplarda (TENS, PGE ve TENS+PGE) müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skorları ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların üçüncü müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (5,13 (3,03-9,48)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise TENS grubuna ait olduğu (6,11 (2,29-10)) belirlenmiştir. Üçüncü müdahale öncesi VAS skorları ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların üçüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (2,56 (0-6,02)), en yüksek skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (4,26 (2,07-8,42)) belirlenmiştir. Üçüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların üçüncü müdahale öncesi ve sonrası grup içi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında tüm gruplarda (TENS, PGE ve TENS+PGE) müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skoru ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (3,82 (1,49-8,43)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise TENS grubuna ait olduğu (5,87

(2-10)) belirlenmiştir. Dördüncü müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu, PGE grubunda ise TENS grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (1,37 (0-6,07)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (3,24 (0-4,51)) belirlenmiştir. Dördüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü müdahale öncesi ve sonrası grup içi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında tüm gruplarda (TENS, PGE ve TENS+PGE) müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skoru ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların beşinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (3,17 (1-7,65)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (4,24 (0,02-8,63)) belirlenmiştir. Beşinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların beşinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (0,79 (0-4,41)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (2,12 (0-5,04)) belirlenmiştir. Beşinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların beşinci müdahale öncesi ve sonrası grup içi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında tüm gruplarda (TENS, PGE ve TENS+PGE) müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skoru ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

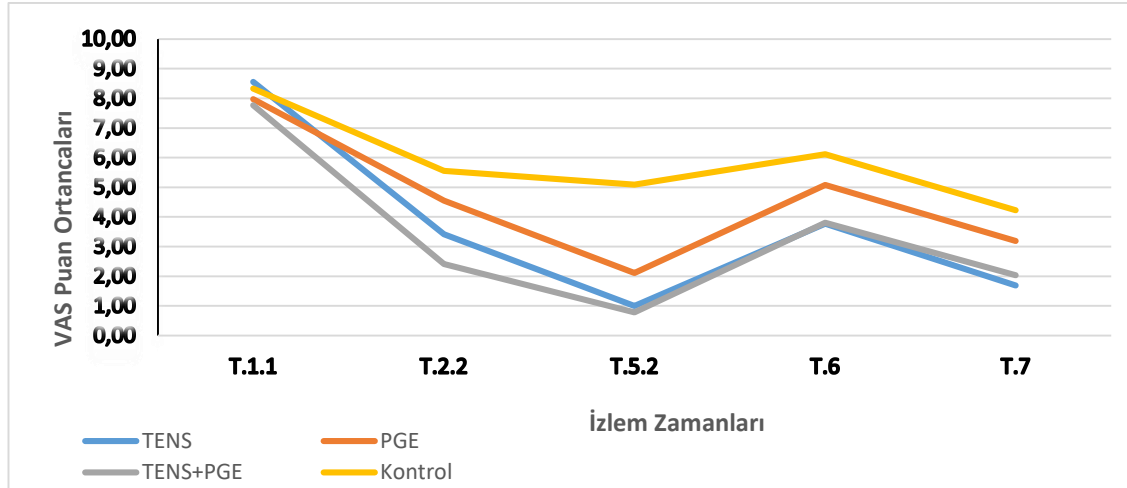
Tablo 4.6. Kadınların VAS skoru ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	VAS Ölçeği İzlem Zamanları*							İstatistiksel Analiz**	Z	P	Zamanlar arası farklılık
	T.1.1	T.2.2	T.5.2.	T.6	T.7	T.7	T.7				
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)				
TENS (n=30)	8,56 (5,64-10,00)	3,42 (0,00-6,17)	1,00 (0,00-3,02)	4,77 (0,00-7,62)	2,09 (0,00-10,00)	2,09 (0,00-10,00)	2,09 (0,00-10,00)	-4,7	<0,001		T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
PGE (n=30)	7,98 (6,42-10,00)	4,55 (2,21-6,36)	2,12 (0,00-5,04)	5,08 (2,00-8,29)	2,64 (0,00-7,35)	2,64 (0,00-7,35)	2,64 (0,00-7,35)	-4,7	<0,001		T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
TENS+PGE (n=30)	7,77 (5,25-9,81)	2,41 (0,00-6,70)	0,79 (0,00-4,41)	3,41 (0,00-8,51)	1,04 (0,00-6,42)	1,04 (0,00-6,42)	1,04 (0,00-6,42)	-4,7	<0,001		T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
Kontrol (n=30)	8,33 (5,79-10,00)	5,56 (4,21-9,62)	5,10 (2,00-10,00)	6,11 (2,01-10,00)	4,23 (2,11-9,28)	4,23 (2,11-9,28)	4,23 (2,11-9,28)	-4,3	<0,001		T1- T5.2,T6,T7
İstatistiksel Analiz***	H=4,40 p=0,215	H=58,20 p=<0,001	H=72,40 p=<0,001	H=30,70 p=<0,001	H=28,50 p=<0,001	H=28,50 p=<0,001	H=28,50 p=<0,001				
Gruplar arası Farklılık	-	3-1,2; 4-1,2,3	3-1,2; 4-1,2,3	3-1,2; 4-1,2,3	3-1,2; 4-1,2,3	3-1,2; 4-1,2,3	3-1,2; 4-1,2,3				

* İzlem Zamanları: T.1.1: Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2: Birinci gün sonu ölçüm (ikinci müdahale sonu ölçüm), T.5.2: İkinci gün sonu ölçüm (beşinci müdahale sonu ölçüm), T.6: Dördüncü gün ölçüm, T.7: Yedinci gün ölçüm. Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE, Grup 4: Kontrol.

**Wilcoxon işaret testi

***Kruskall-Wallis H testi



Şekil 4.2. Kadınların VAS skoru ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.6 ve Şekil 4.2’de kadınların VAS skoru ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında TENS grubunda VAS skorunun en yüksek olduğu (8,56 (5,64-10,00)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (7,77 (5,25-9,81)) belirlenmiştir. Birinci müdahale öncesi VAS skoru ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (2,41 (0,00-6,70)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (5,56 (4,21-9,62)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (0,79 (0,00-4,41)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (5,10 (2,00-10,00)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE

gruplarına göre daha yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü gün VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (3,41 (0,00-8,51)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (6,11 (2,01-10,00)) belirlenmiştir. Dördüncü gün VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yedinci gün VAS skoru ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (1,04 (0,00-6,42)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (4,23 (2,11-9,28)) belirlenmiştir. Yedinci gün VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiş olup bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarındaki kadınların müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise ilk ölçüm VAS skoru ortancasının birinci gün sonunda azaldığı ancak bu azalmanın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ikinci, dördüncü ve yedinci gün VAS skoru ortancasının ilk ölçüme göre istatistiksel açıdan önemli derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada, sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan **TENS, PGE ve TENS+PGE** uygulamalarının akut ağrı düzeyi üzerinde etkisi olduğu belirlenmiş olup **H_{1A}, H_{1E} ve H_{1I} hipotezleri kabul edilmiştir.**

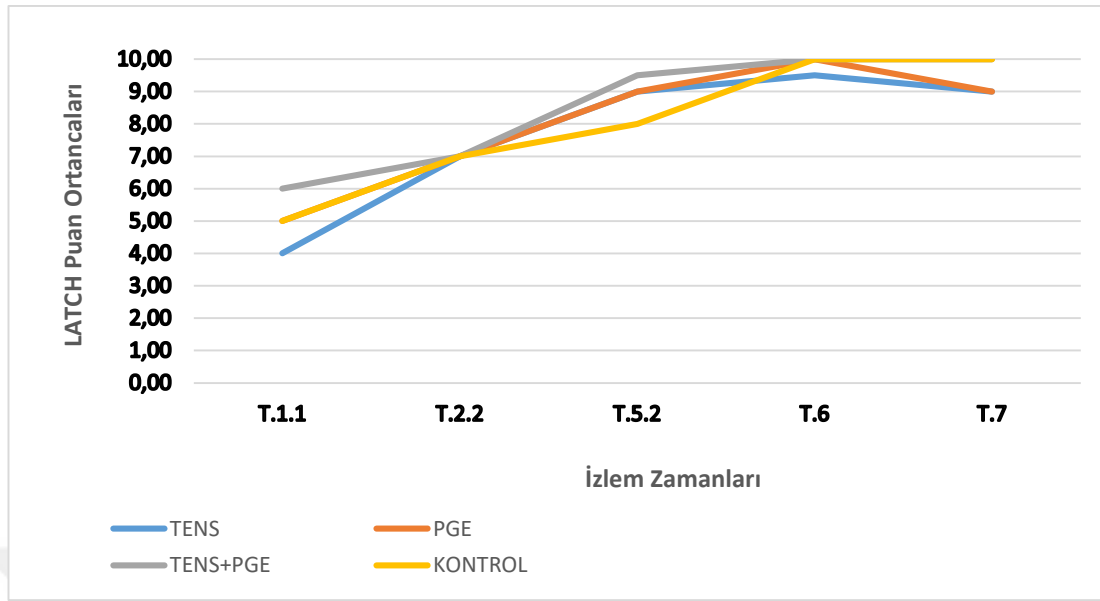
Tablo 4.7. Kadınların LATCH puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	LATCH Ölçeği İzlem Zamanları*							İstatistiksel Analiz**	Zamanlar arası farklılık*
	T.1.1 Median (Min-Max)	T.2.2 Median (Min-Max)	T.5.2 Median (Min-Max)	T.6 Median (Min-Max)	T.7 Median (Min-Max)	z	p		
TENS (n=30)	4,00(2-8)	7,00(2-9)	8,00(6-10)	9,50(6-10)	9,00(8-10)	-4,1	<0,001	T1.1- T2.2,T5.2,T6,T7	
PGE (n=30)	5,00(2-9)	8,00(3-10)	9,00(6-10)	10,00(8-10)	10,00(8-10)	-4,7	<0,001	T1.1- T2.2,T5.2,T6,T7	
TENS+PGE (n=30)	6,00(3-7)	8,00(5-10)	9,50(6-10)	10,00(8-10)	10,00(6-10)	-4,6	<0,001	T1.1- T2.2,T5.2,T6,T7	
Kontrol (n=30)	5,00(2-7)	7,00(2-10)	8,00(2-10)	9,50(2-10)	10,00(5-10)	-4,1	<0,001	T1.1- T2.2,T5.2,T6,T7	
İstatistiksel Analiz***	H=5,90 p=0,115	H=11,20 p=0,011	H=4,45 p=0,022	H=1,20 p=0,742	H=4,89 p=0,179				
Gruplar Arası Farklılık	-	2-1,4; 3-1,4	2-1;2-4; 3-1;3-4	-	-				

* İzlem Zamanları; T.1.1: Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2: Birinci gün sonu ölçüm (ikinci müdahale sonu ölçüm), T.5.2: İkinci gün sonu ölçüm (beşinci müdahale sonu ölçüm), T.6: Dördüncü gün ölçüm, T.7: Yedinci gün ölçüm. Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE, Grup 4: Kontrol.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall-Wallis H testi



Şekil 4.3. Kadınların LATCH puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.7 ve Şekil 4.3'te kadınların LATCH puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi LATCH puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS+PGE grubunda LATCH puan ortancasının en yüksek olduğu (6,00 (3-7)), TENS grubunda ise en düşük olduğu (4,00 (2-8)) belirlenmiştir. Birinci gün müdahale öncesi LATCH puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) LATCH puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek LATCH puan ortancasının TENS+PGE (8,00 (5-10)) ve PGE gruplarına (8,00 (3-10)), en düşük LATCH puan ortancasının ise TENS (7,00 (2-9)) ve kontrol grubuna ait olduğu (7,00 (2-10)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu LATCH puan ortancalarının PGE ve TENS+PGE gruplarında TENS ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) LATCH puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek LATCH puan ortancasının TENS+PGE grubuna (9,50 (6-10)), en düşük LATCH puan ortancasının

TENS (8,00 (6-10)) ve kontrol grubuna ait olduğu (8,00 (2-10)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu LATCH puan ortancalarının PGE ve TENS+PGE gruplarında TENS ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü gün LATCH puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek LATCH puan ortancasının PGE (10,00 (8-10)), TENS+PGE gruplarına (10,00 (8-10)), en düşük LATCH puan ortancasının ise Kontrol (9,50 (2-10)) ve TENS grubuna ait olduğu (9,50 (6-10)) belirlenmiştir. Dördüncü gün LATCH puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınların yedinci gün LATCH puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek LATCH puan ortancasının TENS+PGE (10,00 (6-10)) , PGE (10,00 (8-10)) ve kontrol grubuna (10,00 (5-10)) en düşük LATCH puan ortancasının ise TENS grubuna ait olduğu (9,00 (8-10)) belirlenmiştir. Yedinci gün LATCH puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki LATCH puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların LATCH puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve LATCH puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada, sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan **PGE ve TENS+PGE** uygulamalarının emzirme davranışı üzerinde etkisi olduğu belirlenmiş olup **H_{1F} ve H_{1J} hipotezleri kabul edilmiştir. TENS** uygulamasının emzirme davranışı üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiş olup **H_{1B} hipotezi reddedilmiştir.**

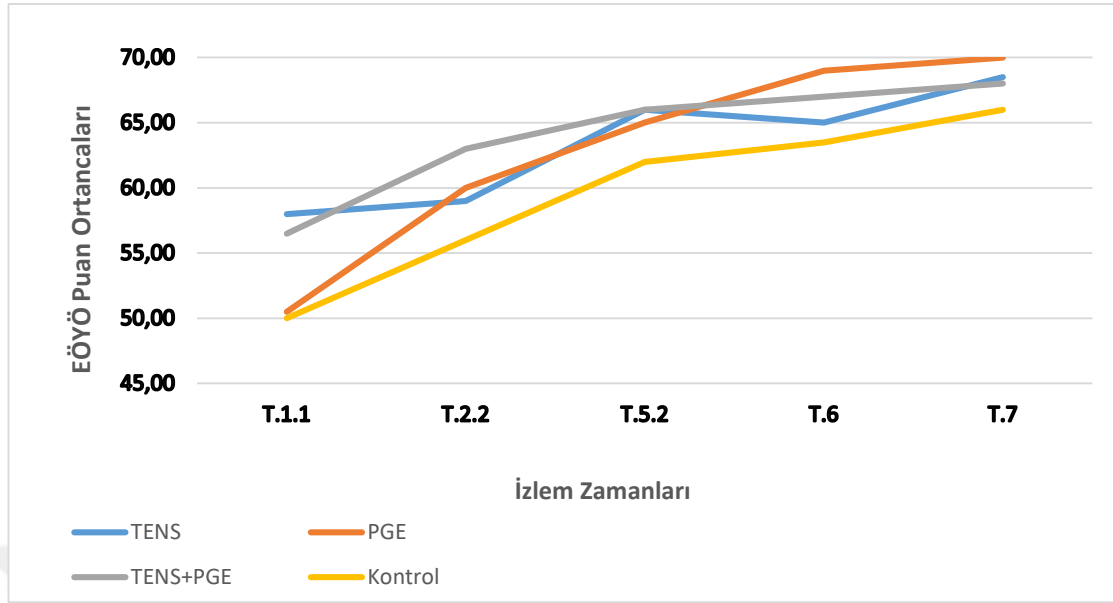
Tablo 4.8. Kadınların emzirme özyeterlilik ölçęęi puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	Emzirme Özyeterlilik Ölçeği İzlem Zamanları*						
	T.1.1 Median (Min-Max)	T.2.2 Median (Min-Max)	T.5.2 Median (Min-Max)	T.6 Median (Min-Max)	T.7 Median (Min-Max)	İstatistiksel Analiz** z	Zamanlar arası farklılık*
TENS (n=30)	58,00 (42-70)	59,00 (48-70)	66,00 (49-70)	65,00 (49-70)	68,50 (58-70)	-2,4	0,014 T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
PGE (n=30)	50,50 (32-64)	60,00 (42-68)	65,00 (51-70)	69,00 (54-70)	70,00 (63-70)	-4,6	<0,001 T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
TENS+PGE (n=30)	56,50 (28-70)	63,00 (37-70)	66,00 (43-70)	67,00 (31-70)	68,00 (14-70)	-4,5	<0,001 T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
Kontrol (n=30)	50,00 (32-66)	56,00 (42-68)	62,00 (48-70)	63,50 (51-70)	66,00 (51-70)	-4,6	<0,001 T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
İstatistiksel Analiz***	H=7,60 p=0,065	H=9,80 p=0,051	H=7,50 p=0,057	H=15,90 p=0,001	H=20,17 p=0,001		
Gruplar Arası Farklılık	-	-	-	4-1, 2, 3	4-1, 2, 3		

* İzlem Zamanları; T.1.1: Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2: Birinci gün sonu ölçüm (ikinci müdahale sonu ölçüm), T.5.2: İkinci gün sonu ölçüm (beşinci müdahale sonu ölçüm), T.6: Dördüncü gün ölçüm, T.7: Yedinci gün ölçüm. Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE, Grup 4: Kontrol.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall-Wallis H testi



Şekil 4.4. Kadınların emzirme özyeterlilik ölçeği puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.8 ve Şekil 4.4'te kadınların emzirme özyeterlilik ölçeği puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi EÖYÖ puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS grubunda EÖYÖ puan ortancasının en yüksek olduğu (58,00 (42-70)), kontrol grubunda ise en düşük olduğu (50,00 (32-66)) belirlenmiştir. Birinci gün müdahaleler öncesi EÖYÖ puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) EÖYÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek EÖYÖ puan ortancasının TENS+PGE grubuna (63,00 (37-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (56,00 (42-68)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu EÖYÖ puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) EÖYÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek EÖYÖ puan ortancasının TENS (66,00 (49-70)) ve TENS+PGE gruplarına (66,00 (43-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (62,00 (48-70))

belirlenmiştir. İkinci gün sonu EÖYÖ puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların dördüncü gün EÖYÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek EÖYÖ puan ortancasının PGE grubuna (69,00 (54-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (63,50 (51-70)) belirlenmiştir. Dördüncü gün EÖYÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yedinci gün EÖYÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek EÖYÖ puan ortancasının PGE grubuna (70,00 (63-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (66,00 (51-70)) belirlenmiştir. Yedinci gün EÖYÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki EÖYÖ puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların EÖYÖ puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve EÖYÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada, sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan **TENS, PGE ve TENS+PGE**, uygulamalarının emzirme özyeterlilik üzerine etkisi olduğu belirlenmiş olup **H_{1C}, H_{1G}, H_{1K} hipotezleri kabul edilmiştir.**

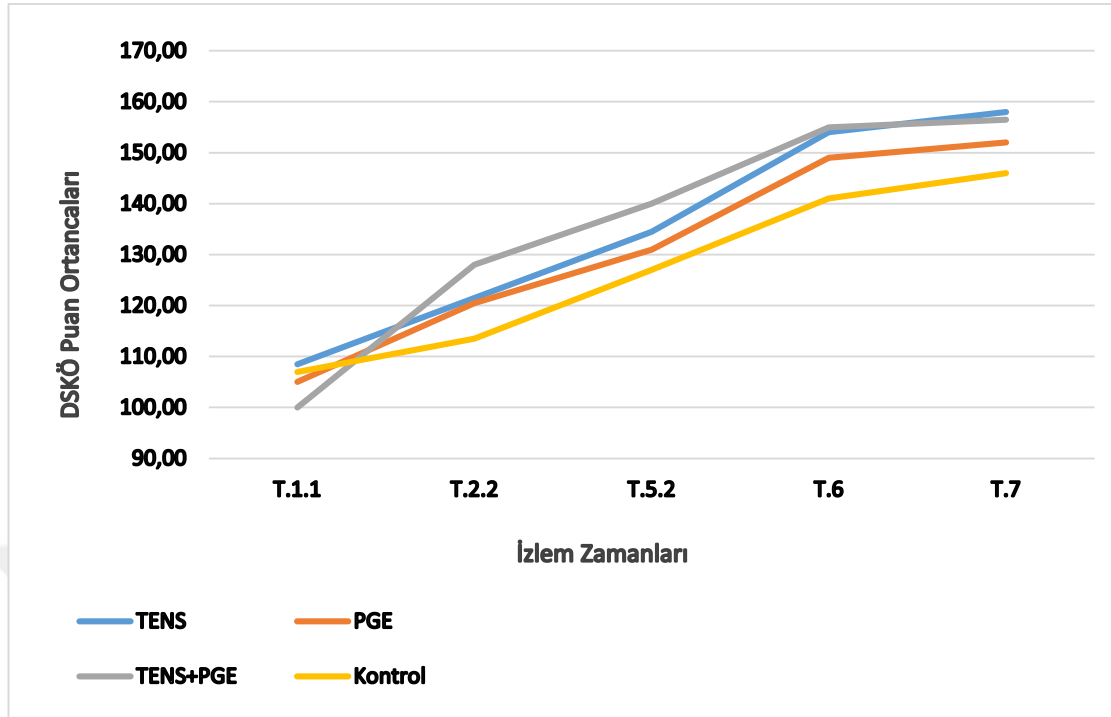
Tablo.4.9 Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği toplam puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	Doğum Sonu Konfor Ölçeği İzlem Zamanları*						
	T.1.1	T.2.2	T.5.2	T.6	T.7	İstatistiksel Analiz**	
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	z	p
TENS (n=30)	108,50 (86-146)	121,50 (100-140)	134,5 (113-166)	154,00 (119-170)	156,00 (127-170)	-4,2	<0,001
PGE (n=30)	105,00 (86-125)	120,50 (105-138)	131 (118-151)	149,0 (135-162)	152,00 (143-165)	-4,8	<0,001
TENS+PGE (n=30)	100,00 (78-131)	128,00 (94-146)	140 (116-166)	155,00 (121-170)	164,50 (119-170)	-4,8	<0,001
Kontrol (n=30)	107,00 (59-128)	113,50 (72-142)	127 (95-159)	141,00 (100-161)	146,00 (105-168)	-4,5	<0,001
İstatistiksel Analiz***	H=9,90 P=0,051	H=12,30 p=0,006	H=16,8 p=0,001	H=24,00 p<0,001	H=16,80 p=0,001		
Gruplar Arası Farklılık	-	3-1, 2, 4	3-1, 2; 4-1, 2, 3	3-1, 2; 4-1, 2, 3	3-1, 2; 4-1, 2, 3		

* İzlem Zamanları; T.1.1: Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2: Birinci gün sonu ölçüm (ikinci müdahale sonu ölçüm), T.5.2: İkinci gün sonu ölçüm (beşinci müdahale sonu ölçüm), T.6: Dördüncü gün ölçüm, T.7: Yedinci gün ölçüm. Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE, Grup 4: Kontrol.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall-Wallis H testi



Şekil 4.5. Kadınların doğum sonu konfor ölçeği toplam puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.9 ve Şekil 4.5'te kadınların doğum sonu konfor ölçeği puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi DSKÖ puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS grubunda DSKÖ puan ortancasının en yüksek olduğu (108,50 (86-146)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (100,00 (78-131)) belirlenmiştir. Birinci gün müdahaleler öncesi DSKÖ puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) DSKÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek DSKÖ puan ortancasının TENS+PGE grubuna (128,00 (94-146)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (113,00 (72-142)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu DSKÖ puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) DSKÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek DSKÖ puan ortancasının TENS+PGE grubuna (140 (116-166)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (127 (95-159)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu DSKÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu, TENS+PGE grubunda ise DSKÖ puan ortancasının TENS ve PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü gün DSKÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek DSKÖ puan ortancasının TENS+PGE grubuna (155,00 (121-170)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (141,00 (100-161)) belirlenmiştir. Dördüncü gün DSKÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu, TENS+PGE grubunda ise DSKÖ puan ortancasının TENS ve PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yedinci gün DSKÖ puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek DSKÖ puan ortancasının TENS+PGE grubuna (164,50 (119-170)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (146,00 (105-168)) belirlenmiştir. Yedinci gün DSKÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu, TENS+PGE grubunda ise DSKÖ puan ortancasının TENS ve PGE gruplarında yer alan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların DSKÖ puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve DSKÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada, sezaryen ile doğum yapan kadınlara uygulanan **TENS, PGE ve TENS+PGE**, uygulamasının konfor üzerine etkisi olduğu belirlenmiş olup **H_{1D}, H_{1H}, H_{1L} hipotezleri kabul edilmiştir.**

Tablo 4.10. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Çalışma Grupları*	Doğum Sonu Konfor Ölçeği İzlem Zamanları*							İstatistiksel Analiz**	Zamanlar Arası Farklılık
	T.1.1	T.2.2	T.5.2	T.6	T.7	z	p		
Fiziksel Konfor	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	z	p	
TENS (n=30)	32,50 (23-51)	43,50 (33-63)	52,50 (40-67)	62,50 (43-70)	65,00 (41-70)	65,00 (41-70)	-4,8	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
PGE (n=30)	26,00 (19-41)	41,50 (34-50)	51,00 (43-61)	61,00 (55-68)	65,50 (52-69)	65,50 (52-69)	-4,8	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
TENS+PGE (n=30)	26,50 (19-44)	48,50 (34-57)	58,50 (45-69)	65,00 (42-70)	65,50 (40-70)	65,50 (40-70)	-4,8	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
Kontrol (n=30)	28,00 (14-38)	36,00 (18-52)	44,50 (24-66)	50,00 (32-63)	54,00 (34-70)	54,00 (34-70)	-4,6	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
İstatistiksel analiz***	H=15,50 p=0,051	H=44,80 p<0,001	H=39,50 p<0,001	H=49,70 p<0,001	H=33,20 p<0,001	H=33,20 p<0,001			
Gruplar arası farklılık	- 3-1, 2, 4; 4-1, 2	- 3-1, 2, 4; 4-1, 2	- 3-1, 2, 4; 4-1, 2	- 3-1, 2, 4; 4-1, 2	- 3-1, 2, 4; 4-1, 2	- 3-1, 2, 4; 4-1, 2			
Psikospiritüel Konfor	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	z	p	
TENS (n=30)	46,50 (37-50)	47,50 (37-50)	48,00 (39-50)	53,00 (44-55)	49,00 (39-50)	49,00 (39-50)	-4,6	<0,001	T1.1- T2.2,T5.2,T6,T7
PGE (n=30)	46,00 (35-50)	48,00 (39-50)	48,00 (43-50)	51,00 (48-55)	50,00 (43-50)	50,00 (43-50)	-4,14	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
TENS+PGE (n=30)	43,00 (38-50)	47,00 (42-50)	49,00 (45-50)	51,50 (47-55)	50,00 (44-50)	50,00 (44-50)	-4,29	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
Kontrol (n=30)	45,00 (30-50)	47,00 (30-50)	47,00 (31-50)	51,00 (35-55)	48,00 (36-50)	48,00 (36-50)	-3,01	0,003	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
İstatistiksel analiz***	H=11,9 p=0,058	H=1,30 p=0,732	H=4,50 p=0,238	H=4,50 p=0,215	H=16,60 p=0,001	H=16,60 p=0,001			
Gruplar arası farklılık	- 2-1,4; 3-1,4	- 2-1,4; 3-1,4	- 2-1,4; 3-1,4	- 2-1,4; 3-1,4	- 2-1,4; 3-1,4	- 2-1,4; 3-1,4			

* İzlem Zamanları; T.1.1: Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2: Birinci gün sonu ölçüm (ikinci müdahale sonu ölçüm), T.5.2: İkinci gün sonu ölçüm (beşinci müdahale sonu ölçüm), T.6: Dördüncü gün ölçüm, T.7: Yedinci gün ölçüm. Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE, Grup 4: Kontrol.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall-Wallis H testi

Tablo 4.10. (Devam) Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

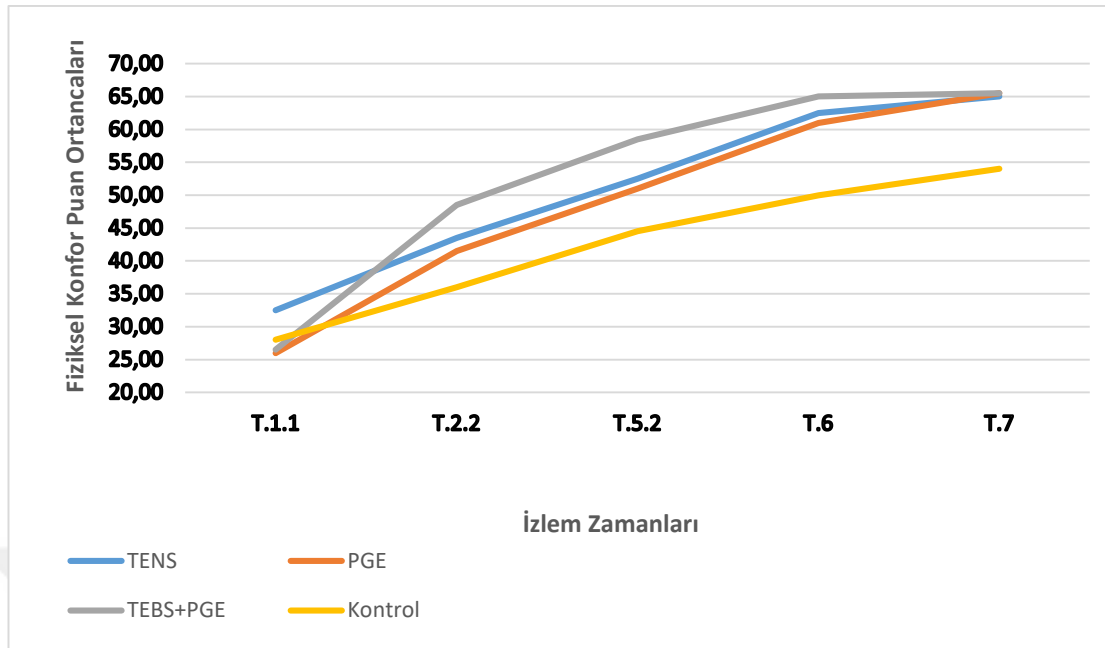
Çalışma Grupları*	Doğum Sonu Konfor Ölçeği İzlem Zamanları*							İstatistiksel Analiz**	Zamanlar Arası Farklılık
	T.1.1	T.2.2	T.5.2	T.6	T.7	z	p		
Sosyokültürel Konfor	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)			
TENS (n=30)	32,00 (21-45)	32,00 (20-40)	35,00 (23-49)	39,00 (30-45)	43,50 (35-50)		-3,22	<0,001	T1.1- T5.2,T6,T7
PGE (n=30)	33,00 (24-42)	31,50 (24-42)	32,00 (25-43)	36,00 (31-43)	39,50 (35-48)		-4,63	<0,001	T1.1- T6,T7
TENS+PGE (n=30)	29,50 (18-42)	30,50 (18-43)	33,00 (22-47)	38,00 (29-45)	42,00 (30-50)		-2,76	<0,001	T1.1-T2.2,T5.2,T6,T7
Kontrol (n=30)	33,50 (13-41)	34,00 (17-45)	35,50 (25-46)	39,00 (29-45)	44,00 (32-50)		-3,09	<0,001	T1- T5.2,T6,T7
İstatistiksel analiz***	H=4,00 p=0,262	H=2,50 p=0,467	H=6,10 p=0,105	H=4,80 p=0,189	H=11,20 p=0,051				
Gruplar arası farklılık	-	-	-	-	-				

* İzlem Zamanları; T.1.1: Birinci müdahale öncesi ölçüm, T.2.2: Birinci gün sonu ölçüm (ikinci müdahale sonu ölçüm), T.5.2: İkinci gün sonu ölçüm (beşinci müdahale sonu ölçüm),

T.6: Dördüncü gün ölçüm, T.7: Yedinci gün ölçüm. Çalışma Grupları; Grup 1: TENS, Grup 2: PGE, Grup 3: TENS+PGE, Grup 4: Kontrol.

**Wilcoxon İşaret testi

***Kruskall-Wallis H testi



Şekil 4.6. Kadınların doğum sonu konfor ölçeği fiziksel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.10 ve Şekil 4.6’da kadınların doğum sonu konfor ölçeği fiziksel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi fiziksel konfor alt boyut puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS grubunda fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının en yüksek olduğu (32,50 (23-51)), PGE grubunda ise en düşük olduğu (26,00 (19-41)) belirlenmiştir. Birinci gün müdahaleler öncesi fiziksel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

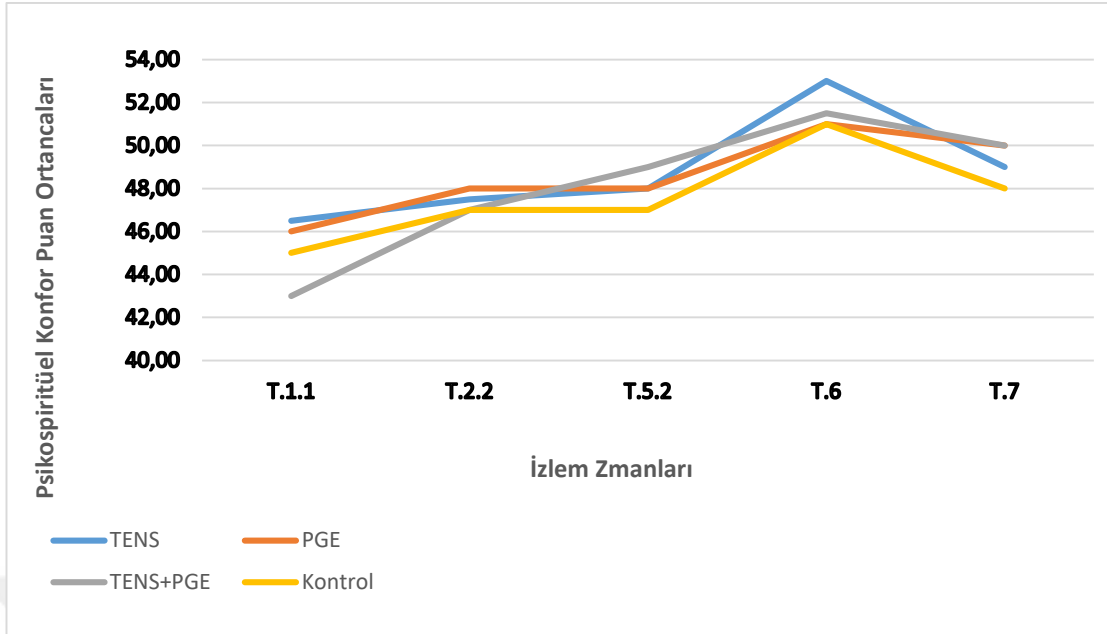
Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonu) fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubuna (48,50 (34-57)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (36,00 (18-52)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubuna (58,50 (45-69)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (44,50 (24-66)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların dördüncü gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubuna (65,00 (42-70)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (50,00 (32-63)) belirlenmiştir. Dördüncü gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yedinci gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının PGE (65,50 (52-69)) ve TENS+PGE gruplarına (65,50 (40-70)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (54,00 (34-70)) belirlenmiştir. Yedinci gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ fiziksel konfor alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların müdahale sonrası DSKÖ fiziksel konfor alt grup puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve DSKÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).



Şekil 4.7. Kadınların doğum sonu konfor ölçeği psikospiritüel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.10 ve Şekil 4.7’de kadınların doğum sonu konfor ölçeği psikospiritüel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS grubunda psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının en yüksek olduğu (46,50 (37-50)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (43,00 (38-50)) belirlenmiştir. Birinci gün müdahaleler öncesi psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonu) psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının PGE grubuna (48,00 (39-50)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise TENS+PGE (47,00 (42-50)) ve Kontrol gruplarına ait olduğu (47,00 (30-50)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

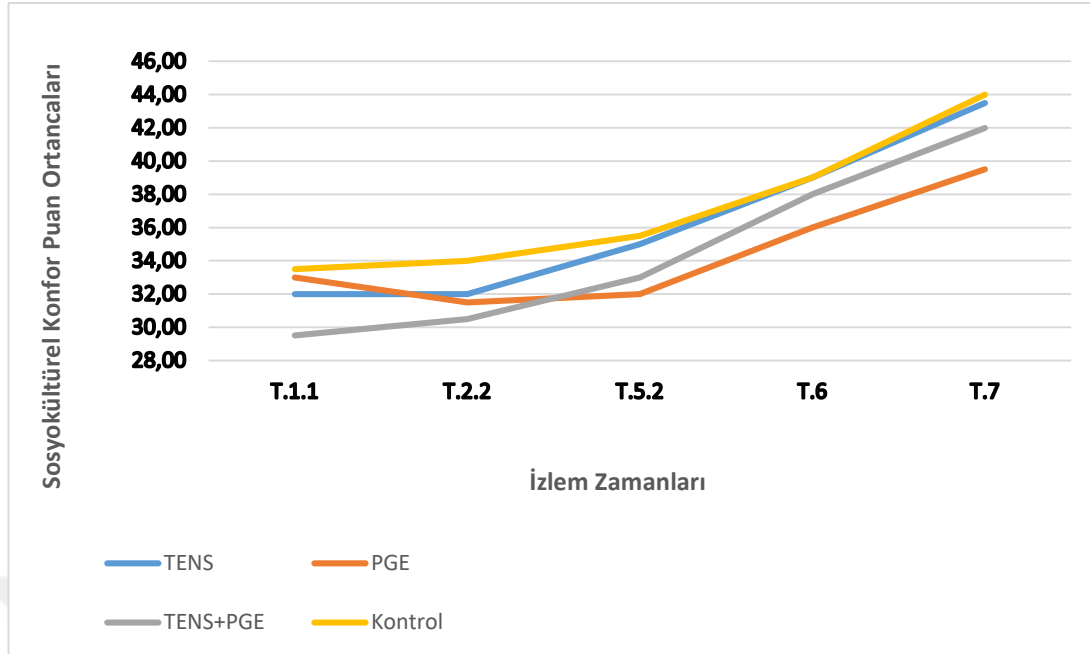
Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubuna (49,00 (45-

50)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (47,00 (31-50)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların dördüncü gün psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının TENS grubuna (53,00 (44-55)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE (51,00 (48-55)) ve Kontrol gruplarına ait olduğu (51,00 (35-55)) belirlenmiştir. Dördüncü gün psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların yedinci gün psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının PGE (50,00 (43-50)) ve TENS+PGE gruplarına (50,00 (44-50)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (48,00 (36-50)) belirlenmiştir. Yedinci gün PGE ve TENS+PGE gruplarında psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının TENS ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ psikospiritüel konfor alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların müdahale sonrası DSKÖ psikospiritüel konfor alt grup puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve DSKÖ psikospiritüel konfor alt grup puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).



Şekil 4.8. Kadınların doğum sonu konfor ölçeği sosyokültürel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.10 ve Şekil 4.8’de kadınların doğum sonu konfor ölçeği sosyokültürel konfor alt grup puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Birinci gün müdahaleler öncesi sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancaları karşılaştırıldığında kontrol grubunda sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının en yüksek (33,50 (13-41)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (29,50 (18-42)) belirlenmiştir. Birinci müdahale öncesi sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonu) sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının kontrol grubuna (34,00 (17-45)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise TENS+PGE grubuna ait olduğu (30,50 (18-43)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı

incelendiğinde, en yüksek sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının kontrol grubuna (35,50 (25-46)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (32,00 (25-43)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların dördüncü gün sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının TENS (39,00 (30-45)) ve Kontrol gruplarına (39,00 (29-45)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (36,00 (31-43)) belirlenmiştir. Dördüncü gün sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların yedinci gün sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının kontrol grubuna (44,00 (32-50)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (39,50 (35-48)) belirlenmiştir. Yedinci gün sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ sosyokültürel konfor alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS+PGE grubundaki kadınların müdahale sonrası DSKÖ sosyokültürel konfor alt grup puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve sosyokültürel konfor alt grup puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). TENS ve Kontrol gruplarında ilk ve birinci gün sonundaki ölçümler arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TENS ve Kontrol gruplarında ikinci, dördüncü ve yedinci gün sosyokültürel konfor alt grup puan ortancasının ilk ölçüme göre istatistiksel açıdan önemli derecede arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). PGE grubunda ise birinci gün müdahale öncesi ölçüm ile birinci ve ikinci gün sonu ölçümleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). PGE grubunda dördüncü ve yedinci gün sosyokültürel konfor alt grup puan ortancasının ilk ölçüme göre istatistiksel açıdan önemli derecede arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.11. Çalışma gruplarında yer alan kadınların birinci gün müdahale öncesi ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.

			VAS	LATCH	EÖYÖ	DSKÖ
TENS	VAS	r	1	0,264	0,152	-0,145
		p		0,159	0,423	0,445
	LATCH	r		1	0,464	0,21
		p			0,010	0,910
	EÖYÖ	r			1	-0,075
		p				0,695
	DSKÖ	r				1
		p				
PGE	VAS	r	1	-0,41	-0,209	-0,401
		p		0,828	0,269	0,028
	LATCH	r		1	0,675	0,643
		p			0,000	0,000
	EÖYÖ	r			1	0,668
		p				0,000
	DSKÖ	r				1
		p				
TENS+PGE	VAS	r	1	-0,47	0,225	-0,237
		p		0,805	0,233	0,208
	LATCH	r		1	0,275	0,320
		p			0,141	0,85
	EÖYÖ	r			1	0,449
		p				0,013
	DSKÖ	r				1
		p				
Kontrol	VAS	r	1	-0,076	-0,192	-0,598
		p		0,689	0,311	0,001
	LATCH	r		1	0,435	0,318
		p			0,016	0,087
	EÖYÖ	r			1	0,383
		p				0,037
	DSKÖ	r				1
		p				

Tablo 4.11’de çalışma gruplarında yer alan kadınların birinci gün müdahale öncesi ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır.

TENS grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahale öncesi uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan

ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

PGE grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahale öncesi uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortanca arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahale öncesi uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahale öncesi uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Çalışma gruplarında yer alan kadınların birinci gün müdahaleler sonu ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.

			VAS	LATCH	EÖYÖ	DSKÖ
TENS	VAS	r	1	-0,228	-0,017	-0,324
		p		0,225	0,929	0,081
	LATCH	r		1	0,481	0,110
		p			0,007	0,561
	EÖYÖ	r			1	0,295
		p				0,114
	DSKÖ	r				1
		p				
PGE	VAS	r	1	-0,104	-0,30	-0,040
		p		0,584	0,874	0,834
	LATCH	r		1	0,537	0,400
		p			0,002	0,28
	EÖYÖ	r			1	0,556
		p				0,001
	DSKÖ	r				1
		p				
TENS+PGE	VAS	r	1	-0,091	-0,077	-0,228
		p		0,634	0,687	0,226
	LATCH	r		1	0,428	0,97
		p			0,018	0,609
	EÖYÖ	r			1	0,322
		p				0,083
	DSKÖ	r				1
		p				
Kontrol	VAS	r	1	0,073	-0,020	-0,524
		p		0,702	0,914	0,003
	LATCH	r		1	0,643	0,221
		p			0,000	0,241
	EÖYÖ	r			1	0,354
		p				0,055
	DSKÖ	r				1
		p				

Tablo 4.12’de çalışma gruplarında yer alan kadınların birinci gün müdahaleler sonu ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır.

TENS grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).

PGE grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alan kadınlarda birinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Çalışma gruplarında yer alan kadınların ikinci gün müdahaleler sonu ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.

			VAS	LATCH	EÖYÖ	DSKÖ
TENS	VAS	r	1	-0,199	-0,204	-0,074
		p		0,291	0,279	0,697
	LATCH	r		1	0,298	0,183
		p			0,109	0,333
	EÖYÖ	r			1	0,502
		p				0,005
	DSKÖ	r				1
		p				
PGE	VAS	r	1	-0,102	-0,203	-0,136
		p		0,592	0,282	0,474
	LATCH	r		1	0,673	0,581
		p			0,000	0,001
	EÖYÖ	r			1	0,565
		p				0,001
	DSKÖ	r				1
		p				
TENS+PGE	VAS	r	1	0,002	0,004	-0,621
		p		0,994	0,983	0,000
	LATCH	r		1	0,373	0,145
		p			0,042	0,444
	EÖYÖ	r			1	0,189
		p				0,318
	DSKÖ	r				1
		p				
Kontrol	VAS	r	1	-0,207	-0,405	-0,538
		p		0,272	0,026	0,002
	LATCH	r		1	0,750	0,481
		p			0,000	0,007
	EÖYÖ	r			1	0,658
		p				0,000
	DSKÖ	r				1
		p				

Tablo 4.13’de çalışma gruplarında yer alan kadınların ikinci gün müdahaleler sonu ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır.

TENS grubunda yer alan kadınlarda ikinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan

ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

PGE grubunda yer alan kadınlarda ikinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; LATCH puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda ikinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alan kadınlarda ikinci gün müdahaleler sonu uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde, VAS puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde yüksek seviyede, DSKÖ puan ortancası ile pozitif yönde orta seviyede; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.14. Çalışma gruplarında yer alan kadınların dördüncü gün ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.

			VAS	LATCH	EÖYÖ	DSKÖ
TENS	VAS	r	1	-0,30	-0,311	-0,490
		p		0,873	0,094	0,006
	LATCH	r		1	0,330	0,521
		p			0,075	0,003
	EÖYÖ	r			1	0,532
		p				0,003
PGE	VAS	r	1	0,81	0,109	-0,103
		p		0,669	0,565	0,586
	LATCH	r		1	0,177	0,243
		p			0,349	0,196
	EÖYÖ	r			1	0,555
		p				0,001
TENS+PGE	VAS	r	1	-0,382	-0,281	-0,615
		p		0,037	0,132	0,000
	LATCH	r		1	0,374	0,373
		p			0,042	0,042
	EÖYÖ	r			1	0,391
		p				0,033
Kontrol	VAS	r	1	0,213	0,099	-0,181
		p		0,259	0,602	0,340
	LATCH	r		1	0,708	0,521
		p			0,000	0,003
	EÖYÖ	r			1	0,740
		p				0,000
	r					1
	p					

Tablo 4.14'te çalışma gruplarında yer alan kadınların dördüncü gün ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır.

TENS grubunda yer alan kadınlarda dördüncü gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında

pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

PGE grubunda yer alan kadınlarda dördüncü gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda dördüncü gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile LATCH ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları ile arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alan kadınlarda yedinci gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde yüksek seviyede, DSKÖ puan ortancası ile arasında pozitif yönde orta seviyede; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.15. Çalışma gruplarında yer alan kadınların yedinci gün ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar.

			VAS	LATCH	EÖYÖ	DSKÖ
TENS	VAS	r	1	0,181	-0,261	-0,674
		p		0,339	0,163	0,000
	LATCH	r		1	0,075	0,75
		p			0,693	0,692
	EÖYÖ	r			1	0,439
		p				0,015
PGE	VAS	r	1	0,068	-0,146	-0,409
		p		0,068	0,442	0,025
	LATCH	r		1	-0,30	0,206
		p			0,873	0,274
	EÖYÖ	r			1	0,259
		p				0,168
TENS+PGE	VAS	r	1	-0,382	-0,394	-0,611
		p		0,037	0,031	0,000
	LATCH	r		1	0,253	0,298
		p			0,178	0,110
	EÖYÖ	r			1	0,384
		p				0,036
Kontrol	VAS	r	1	-0,373	-0,452	-0,679
		p		0,042	0,012	0,000
	LATCH	r		1	0,130	0,612
		p			0,493	0,000
	EÖYÖ	r			1	0,305
		p				0,101
	r				1	
	p					

Tablo 4.15'te çalışma gruplarında yer alan kadınların yedinci gün ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır.

TENS grubunda yer alan kadınlarda yedinci gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası DSKÖ puan ortancası arasında

pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

PGE grubunda yer alan kadınlarda yedinci gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda yedinci gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alan kadınlarda yedinci gün uygulanan ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; VAS puan ortancası ile LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede; LATCH puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Anne ve bebek sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda uygulanması gereken sezaryen, günümüzde vajinal doğuma alternatif bir doğum Şekli olarak görülmekte ve sıklıkla uygulanmaktadır. Sezaryen ile doğumun yüksek oranda tercih edilmesi, doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığı açısından pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir.

Sezaryen ile doğum sonrası en sık yaşanan sorun, insizyon bölgesinden kaynaklanan ağrıdır. Sezaryen sonrası ağrı kontrol altına alınmadığında anne ve bebek sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Çalışmamızda sezaryen sonrası kadınların ağrı düzeyleri ile emzirme davranışı (Tablo 4.14, Tablo 4.15), emzirme zyeterliliği (Tablo 4.13, Tablo 4.15) ve konfor düzeyleri (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15) arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiş olup ağrı düzeyi arttıka emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konforun azaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle sezaryen sonrası ağrının kontrolü, sezaryen ile doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir (9). Sezaryen sonrası ağrı, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınabilmektedir. Günümüzde sezaryen sonrası ağrı ve buna bağlı sorunların giderilmesinde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımını hızla artmaktadır. Literatürde sezaryen sonrası ağrının kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlerden; müzik (45), masaj (46), reiki (86), TENS (47-49), progresif gevşeme egzersizleri (50), refleksoloji (51, 104, 139), akupressür (140) ve kinezyo bantlama (141) gibi farklı yöntemlerin kullanılabileceği belirtilmektedir. Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde uygulanabilecek nonfarmakolojik yöntemlerden olan TENS (47-49) ve progresif gevşeme egzersizleri (50) ağrı yönetiminde etkili birer nonfarmakolojik yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden TENS, sezaryen sonrası; kapı kontrol teorisini aktive ederek, endorfin salınımını arttırarak, ağrılı bölgelerde lokal vazodilatasyon sağlayarak ve akupunktur noktalarını stimüle ederek ağrıyı azaltmaktadır (53). Progresif gevşeme egzersizleri ise vücutta farklı kas gruplarının önce kasılıp sonra gevşemesi ve derin nefes egzersizleri ile sempatik sinir sistemi üzerine inhibe edici etki sağlayarak duygusal rahatlama ve sakinleşme sağlayıp ağrının giderilmesine katkı sağlamaktadır (62). Çalışmamızda TENS+PGE, TENS ve PGE uygulamalarının sezaryen sonrası ağrıyı anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir. Kadınların TENS+PGE uygulaması yapılmadan nceki VAS ağrı puan ortancası 7,77

(5,25-9,81) düzeyinde iken, iki gün süresince düzenli olarak beş uygulama yapıldıktan sonra 0,79 (0,00-4,41) düzeyine düştüğü belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.6). TENS+PGE uygulanan grubun doğum sonu birinci ve ikinci gün müdahaleler sonu, dördüncü ve yedinci günlerde VAS ağrı puan ortancasının TENS, PGE ve kontrol grubunun VAS ağrı puan ortancalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.6). Bunun yanında kontrol grubundaki kadınların doğum sonu birinci ve ikinci gün sonu, dördüncü ve yedinci gün VAS ağrı puan ortancasının TENS ve PGE uygulanan gruplarda yer alan kadınların VAS ağrı puan ortancalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.6). **Çalışma sonuçlarımıza göre H_{1A}, H_{1E} ve H_{1I} hipotezleri kabul edilmiştir.** Literatürde sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında TENS (47-49, 142) ve PGE (50, 66-68) yönteminin etkili olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ancak sezaryen sonrası TENS ve PGE yöntemlerinin etkinliğini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bir çalışmada, sezaryen sonrası kadınların ağrılarının azaltılmasında TENS, solunum egzersizleri ve diğer vücut egzersizleri bir arada kullanılmıştır. Çalışma sonucunda müdahale grubunda, kontrol grubuna göre ağrı seviyesinde anlamlı derecede düşüş olduğu belirlenmiştir (133). Bu çalışmalar araştırma sonucumuzla paralellik göstermekte olup sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde TENS ve PGE'nin etkili olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarında TENS+PGE'nin diğer yöntemlere göre daha etkili olması, her iki yöntemin birbirinin etkisini artırarak ağrının daha yüksek düzeyde azaltılmasına katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir. İki yöntem birlikte kullanıldığında; TENS'in etki mekanizmasında yer alan kapı kontrol teorisinin daha etkin bir şekilde aktive olduğu, TENS'in uygulama bölgesinde vazodilatasyon sağlayarak PGE'nin de derin solunum hareketleri ile dolaşım ve dokulardaki oksijenizasyonu artırarak insizyon bölgesindeki kanlanmayı ve doku iyileşmesini hızlandırarak ağrının azaltılmasına katkı sağlanmaktadır (53, 62).

Sezaryen sonrası sıklıkla karşılaşılan bir diğer sorun, emzirme problemleridir. Sezaryen sonrası insizyon bölgesinden kaynaklanan ağrı, annenin anestezinin etkisinde kalması, bebeğin kucakta tutulma güçlüğü'nün olması gibi sebepler annenin doğru emzirme davranışı göstermesini zorlaştırmaktadır (18). Sezaryen sonrası yaşanan emzirme sorunlarının giderilmesi, kadınların emzirme özyeterliliği ve konfor sorunlarının da giderilmesine katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda sezaryen sonrası

emzirme davranışı düzeyi yükseldikçe emzirme özyeterliliği (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14) ve konfor düzeylerinin de (Tablo 4.11, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15) yükseldiği belirlenmiştir. Bu nedenle sezaryen sonrası emzirme davranışının yükseltilmesi önemlidir. Literatürde; gevşeme terapileri (143), diyet (144), bitkisel takviyeler (145), kanguru bakımı (146), akupressür (147), akupunktur (148), meme masajı (149) progresif gevşeme egzersizleri (69) gibi nonfarmakolojik yöntemlerin emzirmeyi olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Bu nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan PGE, sezaryen sonrası yaşanan strese bağlı olarak açığa çıkan hormonların (kortizol, adrenalin) meme dokusunda oluşturduğu vazokonstriktif etkiye bağlı süt üretiminin azalması ile stresin oksitosin hormonu ve süt inme refleksi üzerindeki olumsuz etkisini azaltarak emzirmeye katkı sağlamaktadır (93, 150). TENS'in ise doğrudan emzirme üzerinde etkisi olmamakla birlikte, emzirme sırasında insizyon bölgesinden ve uterus kontraksiyonlarından kaynaklanan ağrıyı azaltmaktadır (58, 59). Çalışmamızda TENS+PGE ve PGE uygulamasının sezaryen sonrası emzirme davranışını anlamlı derecede iyileştirdiği belirlenmiştir. Kadınların TENS+PGE ve PGE uygulaması yapılmadan önceki LATCH puan ortancasının (TENS+PGE= 6,00 (3-7), PGE= 5,00 (2-9)) müdahaleler tamamlandıktan sonra ikinci günün sonunda (TENS+PGE = 9,50 (6-10), PGE= 9,00 (6-10)) anlamlı şekilde yükseldiği belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.7). PGE ve TENS+PGE uygulanan gruplarda birinci ve ikinci gün müdahaleler sonrası LATCH puan ortancalarının da TENS ve kontrol grubunun LATCH puan ortancalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.7). Uygulamanın yapılmayıp ölçüm araçlarının uygulandığı dördüncü ve yedinci günlerde gruplar arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.7). **Çalışma sonuçlarımıza göre H_{1F} ve H_{1J} hipotezleri kabul edilmiş olup H_{1B} hipotezi reddedilmiştir.** Literatürde vajinal doğum sonu uygulanan gevşeme egzersizlerinin emzirme davranışı üzerinde olumlu etkilerinin olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Shukri ve ark. (69)'nın gevşeme egzersizlerinin doğum sonu emzirme üzerine sonuçlarını değerlendirdiği sistematik derlemede, gevşeme egzersizlerinin doğum sonu süt verimliliğini arttırdığı ancak sütün içeriği ve yenidoğan üzerine etkisi ile ilgili yeterli kanıt bulunamadığı belirlenmiştir. Fotiou ve ark. (151)'nin yaptığı sistematik derlemede, doğum sonu gevşeme tekniklerinin emzirme üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu, emzirmenin

başlama ve sürdürülmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da PGE'nin süt üretimini arttırdığı ve emzirme üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu belirlenmiştir (152-154). Literatürde TENS'in emzirme üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan iki çalışmada emzirme sırasında uygulanan TENS'in, uterus kontraksiyonlarından kaynaklanan ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (58, 59). Bu çalışmalar araştırma sonucumuzla paralellik göstermekte olup sezaryen sonrası emzirme davranışının arttırılmasında PGE'nin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda TENS'in emzirme davranışı üzerinde bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bunun yanında TENS+PGE grubunda da emzirme davranışının yalnız TENS uygulanan gruptaki ve kontrol grubundaki annelerden anlamlı düzeyde daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle TENS+PGE grubundaki annelerin emzirme davranışının daha iyi olmasının PGE uygulamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hem PGE grubunda hem de TENS+PGE grubunda, PGE uygulamasının annenin olduğu ortam ve yaşadığı kaygılarından uzaklaşarak daha az stres yaşamasına katkı sağlayıp stresin emzirme, süt üretimi ve sütün inme refleksi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Annenin emzirme sürecinde karşılaşacağı zorluklar ile baş edebilme yeteneğini ifade etmede kullanılan emzirme özyeterliliği algısı, emzirme başarısı ve konforu etkileyen önemli faktörlerden biridir (20, 21). Çalışmamızda sezaryen sonrası emzirme özyeterliliği düzeyi yükseldikçe emzirme davranışı ve konfor düzeylerinin de (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15) olumlu yönde yükseldiği belirlenmiştir. Bu nedenle sezaryen sonrası emzirme özyeterliliğinin arttırılması önemlidir. Çalışmamızda müdahalelerin yapıldığı birinci ve ikinci günlerde TENS, PGE ve TENS+PGE uygulamalarının emzirme özyeterliliği üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu gösteren EÖYÖ puan ortancasının; TENS, PGE, TENS+PGE gruplarında kontrol grubuna göre yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.8). Doğum sonu dördüncü ve yedinci günlerde ise TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarında EÖYÖ puan ortancasının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.8). **Çalışma sonuçlarımıza göre H_{1C}, H_{1G} ve H_{1K} hipotezleri kabul edilmiştir.** Literatürde sezaryen sonrası TENS ve/veya PGE'nin emzirme özyeterlilik üzerine etkisini belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalar, vajinal

doğum yapan kadınlarda doğum sonu süreçte PGE'nin emzirme özyeterliliği üzerindeki etkisini belirlemeye yöneliktir. Konu ile ilgili olarak Karbandi ve ark. (70)'nin 32-36 haftalık preterm doğum yapmış kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, doğum sonu 24-72. saatlerde PGE uygulamasına başlanarak doğum sonu sekizinci haftaya kadar günde en az bir kez 30-45 dakikalık seanslar olacak şekilde uygulama yapılmıştır. Çalışmada dördüncü ve sekizinci hafta ölçümlerinde PGE uygulanan grupta emzirme özyeterliliğinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Arumsari ve ark. (155)'nin primipar annelerde doğum sonu akupunktur ve gevşeme egzersizlerinin süt üretimi ve emzirme özyeterliliği üzerine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, müdahale grubundaki kadınlara postpartum birinci gün akupunktur ve gevşeme egzersizleri birlikte uygulanmaya başlanmış ve altı gün boyunca uygulama sürdürülmüştür. Yedinci gün yapılan ölçümde müdahale grubunda uygulanan bu kombine yöntemin süt üretimini ve emzirme özyeterliliğini arttırdığı belirlenmiştir. Literatürde TENS'in emzirme özyeterliliği üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda her üç müdahale grubunda da (TENS, PGE ve TENS+PGE) dördüncü ve yedinci gün emzirme özyeterliliğinin kontrol grubuna göre yüksek olmasının sebepleri arasında; uygulanan bu nonfarmakolojik yöntemlerin, kadınların emzirme ile ilgili karşılaştığı sorunları erken dönemde önleyerek, yaşanan stres ve kaygılarla baş etmede katkı sağlayarak emzirme üzerine olumlu duygular geliştirmesini etkilediği düşünülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da müdahale gruplarında müdahale başlanmasından bir hafta sonra emzirme özyeterliliğinin anlamlı şekilde yükseldiği ortaya konmuştur (70, 155).

Sezaryen sonrası ağrı ve emzirme problemlerinin yanında yaşanan bir diğer sorun kadınların konforlarının azalmasıdır. Sezaryen sonrası insizyon yerinden kaynaklanan ağrı, emzirme problemleri, bebeği rahatlıkla kucağına alıp iletişim kuramama, karında gerginlik ve gaz, mesane kateteri olması, banyo/duş yapamamak (98), ayağa kalkamama, IV sıvı verilmesi, mahremiyeti koruyamama, normal beslenme düzenine geçememe, hastanede verilen yemekler ile ilgili memnuniyetsizlik ve rahat uyuyamama (29, 98) gibi sebepler kadınların sezaryen sonrası konforlarının azalmasına sebep olmaktadır. Sezaryen sonrası yaşanan konfor sorunlarının giderilmesi, kadınların emzirme davranışı ve emzirme özyeterliliğinin de olumlu yönde etkilenmesine sebep olmaktadır. Çalışmamızda sezaryen sonrası konfor düzeyi

yükseldikçe emzirme davranışı (Tablo 4.11, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15) ve emzirme özyeterliliğinin de (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15) yükseldiği belirlenmiştir. Bu nedenle sezaryen sonrası konforun yükseltilesi önemlidir. Literatürde sağlık eğitimi (156), akupressür (157), müzik terapisi (152), masaj (158), aromaterapi (159) meditasyon (160) yoga (161) ve gevşeme egzersizleri (162) gibi nonfarmakolojik yöntemlerin konforu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Çalışmamızda TENS+PGE uygulamasının sezaryen sonrası konfor düzeyini anlamlı derecede arttırdığı belirlenmiştir. Kadınlara TENS+PGE uygulaması yapılmadan önceki DSKÖ puan ortancası 100,00 (78-131) düzeyinde iken yedinci gün 164,50 (119-170) düzeyine yükseldiği ve bu yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.9). TENS+PGE uygulanan grupta birinci ve ikinci gün sonu, dördüncü, yedinci günlerde DSKÖ puan ortancasının TENS, PGE ve kontrol gruplarının DSKÖ puan ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.9). Diğer müdahale gruplarından TENS ve PGE gruplarının DSKÖ puan ortancalarının birinci gün sonunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.9). İkinci gün sonu, dördüncü ve yedinci günlerde TENS ve PGE gruplarında DSKÖ puan ortancasının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.9). **Çalışma sonuçlarımıza göre H_{1D} , H_{1H} ve H_{1L} hipotezi kabul edilmiştir.** Bu bulgu, TENS ve PGE'nin sezaryen sonrası dönemde kadınların konfor durumunu arttıran etkili bir girişim olduğunu ortaya koymaktadır. Jaafarpour ve ark. (49)'nın yaptıkları çalışmada sezaryen sonrası ilk 24 saat uygulanan TENS'in kadınların ağrılarını azaltmanın yanında kan basıncı, solunum sayısı gibi hayati bulgular üzerine de olumlu etkiler sağladığı, sedatif analjezik ihtiyacını azalttığı ve kadınların bu süreci daha rahat ve konforlu geçirdikleri belirlenmiştir. Çıtak (133)'ın yaptığı çalışmada, sezaryen sonrası TENS, solunum egzersizleri ve aktif eklem hareketlerinin bir arada uygulandığı müdahale grubunda, kadınların yaşamsal faaliyetlerini daha kısa sürede yerine getirdikleri, bu süreci daha rahat ve konforlu geçirdikleri belirlenmiştir. Gökşin ve Ayaz Alkaya (71)'nin yaptığı çalışmada doğum sonu süreçte kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin doğum sonu konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Procelli (152)'nin yapmış olduğu çalışmada primipar kadınlarda doğum sonu ilk 24-48 saatlik süre içinde uygulanan

müzik terapisi ve gevşeme tekniğinin kadınların konforunu arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermekte olup sezaryen sonrası konforun artırılmasında TENS ve PGE'nin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarında birinci ve ikinci gün sonu TENS+PGE'nin diğer yöntemlere göre daha etkili olmasının nedenleri arasında her iki yöntemin birbirinin etkisini arttırarak ağrı ve kaygılarının azaltıp kadınların rahatlatılmasına katkı sağladığı düşünülmektedir. Dördüncü ve yedinci günlerde yapılan ev ziyaretlerinde her üç müdahale grubunda da kontrol grubuna göre konforun yüksek olmasının sebebi olarak; TENS ve PGE'nin hastane ortamında kadınlar üzerinde oluşturduğu olumlu etkinin ev ortamında da devam etmesi olarak düşünülmektedir. TENS ve PGE uygulamaları ile hastane ortamında ağrı, emzirme, mobilizasyon gibi zorlukların daha kolay giderilerek ya da azaltılarak, kadının bu süreci daha konforlu geçirdiği ve bu olumlu duygu ve düşüncelerin ev ortamında da devam ettiği düşünülmektedir.

Doğum sonu konfor ölçeğinin üç alt boyutundan biri olan ve bedensel algılarla ilgili olan fiziksel konfor, kadının fiziksel durumunu etkileyen ağrı, homeostazis, barsak fonksiyonları, mobilizasyon gibi fizyolojik unsurları içermektedir (163). Çalışmamızda TENS+PGE uygulamasının sezaryen sonrası fiziksel konfor düzeyini anlamlı derecede arttırdığı belirlenmiştir. Kadınlara TENS+PGE uygulaması yapılmadan önceki fiziksel konfor puan ortancası 26,50 (19-44) düzeyinde iken yedinci gün 65,50 (40-70) düzeyine yükseldiği ve bu yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.10). TENS+PGE uygulanan grupta birinci ve ikinci gün sonu ile dördüncü ve yedinci günlerde DSKÖ fiziksel konfor puan ortancasının TENS, PGE ve kontrol gruplarının DSKÖ puan ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.10). Diğer müdahale gruplarından TENS ve PGE gruplarının fiziksel konfor puan ortancasının birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$; Tablo 4.10). Bu bulgu, TENS ve PGE'nin sezaryen sonrası dönemde kadınların fiziksel konfor durumunu arttıran etkili bir girişim olduğunu ve her iki uygulama birlikte yapıldığında bu etkinin daha da yüksek olacağını ortaya koymaktadır. Sezaryen sonrası TENS uygulanan bazı çalışmalarda, TENS uygulamasının kadınların hayati bulguları üzerinde olumlu etkileri olduğu (49), daha kısa sürede mobilize oldukları, barsak fonksiyonlarının daha

erken başladığı (133), ağrı ve ağrı kesici ihtiyacını azalttığı (47-49, 133, 142) ve fiziksel olarak genel durumun daha iyi olduğu belirlenmiştir (49, 142). Gökşin ve Ayaz Alkaya (71)'nin yaptığı çalışmada doğum sonu süreçte kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin doğum sonu fiziksel konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları, çalışmamızla paralellik göstermekte olup sezaryen sonrası fiziksel konforun artırılmasında TENS ve PGE'nin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarında TENS+PGE'nin diğer yöntemlere göre daha etkili olmasının, her iki yöntemin birbirinin etkilerini arttırarak ağrı, mobilizasyon, barsak fonksiyonları gibi fiziksel konforu etkileyen faktörler üzerinde olumlu etki sağlamasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Dördüncü ve yedinci günlerde yapılan ev ziyaretlerinde her üç müdahale grubunda da kontrol grubuna göre fiziksel konforun yüksek olmasının nedeni olarak; TENS ve PGE'nin hastane ortamında fiziksel konfor üzerinde oluşturduğu olumlu etkinin ev ortamında da devam etmesi olarak düşünülmektedir.

Sezaryen sonrası dönemde kadınlarda sık görülebilen anksiyete, korku, beden imajında bozulma ve benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar psikospiritüel konforu etkilemektedir (96). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grupları arasında müdahale sonrası birinci, ikinci gün ile dördüncü günlerde psikospiritüel konfor puan ortancaları açısından fark olmadığı belirlenmiştir. Yedinci gün PGE grubu ile TENS+PGE grubunun psikospiritüel konfor puan ortancalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.10). Bu bulgu, PGE'nin sezaryen sonrası psikospiritüel konforu arttırmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. TENS+PGE grubunda psikospiritüel konfordaki artışın PGE uygulamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gökşin ve Ayaz Alkaya (71)'nin yaptığı çalışmada doğum sonu süreçte kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin doğum sonu psikospiritüel konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Gebelik döneminde yapılan diğer çalışmalarda da PGE'nin gebelerde stres (164-166), anksiyete (164, 166) ve depresyon bulgularını (166) azalttığı; doğum sonu süreçte ise stres (152, 167), anksiyete (152, 168) ve depresyon bulgularını (167) azaltmada faydalı olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermekte olup sezaryen sonrası psikospiritüel konforun artırılmasında PGE'nin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarında PGE'nin diğer yöntemlere göre daha etkili olmasının nedeninin PGE'nin stresi azaltarak kadınların kaygı ve korkularından

uzaklaşıp bu süreci daha olumlu geçirmelerinde katkı sağlaması olduğu düşünülmektedir.

Kadınların ailesiyle ve diğer kişilerle olan ilişkileriyle ilgili olan sosyokültürel konfor, sezaryen sonrası süreçte sosyal destek eksikliği, güvensizlik, bakımın kalitesinin kötü olması, aileden ayrı kalma gibi sebeplerle olumsuz etkilenmektedir (169). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grupları arasında sosyokültürel konfor puan ortancaları açısından müdahale sonrası birinci, ikinci gün ile dördüncü ve yedinci günler fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine Gökşin ve Ayaz Alkaya (71)'nin yaptığı çalışmada doğum sonu süreçte kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin doğum sonu sosyokültürel konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Çalışmamızda uygulanan yöntemlerin sosyokültürel konfor üzerinde etkisi olmamasının sebepleri arasında; TENS ve PGE yöntemlerinin yalnız hastanede kalınan süre içinde uygulanıp evde uygulanmaması olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında uygulamanın yapıldığı klinikte sezaryen ile doğum yapan kadınların 24 saat refakatçi ile kalıyor olması, sezaryen sonrası ilk anlardan itibaren istem halinde sıklıkla ziyaretçi alınması, genellikle iki kişilik odalarda kalınıyor olup hareket özgürlüğünün sağlanması gibi sebeplerle araştırmadaki bütün gruplardaki kadınların sosyokültürel konfor puan ortancalarının yüksek ve benzer olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızdan elde edilen bulgular, sezaryen sonrası ağrının azaltılması; emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konforun arttırılmasında TENS ve PGE'nin etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireler sezaryen sonrası kadınların yaşadıkları sorunları değerlendirip bu sorunların giderilmesine yönelik karar verme sürecinde, önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle çalışmamızın sonuçları; ağrı yönetimi, emzirme problemlerinin giderilmesi, emzirme özyeterliliği ve konforun arttırılması yönetimine ilişkin görülebilecek sorunların önlenmesi, giderilmesi ve hafifletilmesinde, TENS ve PGE gibi günümüzde giderek değer kazanan ve güncel nonfarmakolojik uygulamalarda sağlık profesyonelleri ekibinin en önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin, aktif rol alabileceğini göstermesi açısından çok önemlidir. Çalışmamız TENS'in ve PGE'nin sezaryen ile doğum sonu ağrı yönetiminde, emzirme problemlerinin azaltılmasında, emzirme özyeterliliği ve konforun arttırılmasında etkisini belirlemeye yönelik randomize kontrollü çalışma olması ve hemşirelik alanında ülkemizde bir ilk olması açısından önemlidir. Çalışma

sonuçları doğrultusunda sezaryen sonrası her iki yöntemin kullanılması ile birlikte ağrı yönetiminde farmakolojik ilaçlara olan ihtiyacın azaltılması ve ilaçların yan etkilerinin önlenmesi de çalışmanın alana önemli bir katkısıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Kadınların VAS Ağrı Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

A. Müdahale Gruplarında Yer Alan Kadınların Müdahale Öncesi ve Sonrası VAS Skoru Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Müdahale grubunda yer alan kadınların birinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS grubunda en yüksek (8,56 (5,64-10)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (7,77 (5,25-9,81)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.5).

2. Müdahale grubunda yer alan kadınların birinci müdahale sonrası en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (4,45 (2,03-7,42)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (5,80 (4,36-8,21)) belirlenmiştir. VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

3. Müdahale grubunda yer alan kadınların ikinci müdahale öncesi en düşük VAS skoru ortancasının TENS+PGE grubuna (5,39 (3,23-8,51)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (6,28 (4,04-8,82)) belirlenmiştir. İkinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

4. Müdahale grubunda yer alan kadınların ikinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (2,41 (0-6,70)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (4,55 (2,21-6,36)) belirlenmiştir. İkinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

5. Müdahale grubunda yer alan kadınların üçüncü müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (5,13 (0,03-9,48)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise TENS grubuna ait olduğu (6,11 (2,29-10)) belirlenmiştir. Üçüncü

müdahale öncesi VAS skorları ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.5).

6. Müdahale grubunda yer alan kadınların üçüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (2,56 (0-6,02)), en yüksek skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (4,26 (2,07-8,42)) belirlenmiştir. Üçüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

7. Müdahale grubunda yer alan kadınların dördüncü müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (3,82 (1,49-8,43)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise TENS grubuna ait olduğu (5,87 (2-10)) belirlenmiştir. Dördüncü müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu, PGE grubunda ise TENS grubuna göre düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

8. Müdahale grubunda yer alan kadınların dördüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (1,37 (0-6,07)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (3,24 (0-4,51)) belirlenmiştir. Dördüncü müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

9. Müdahale grubunda yer alan kadınların beşinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (3,17 (1-7,65)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (4,24 (0,02-8,63)) belirlenmiştir. Beşinci müdahale öncesi VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

10. Müdahale grubunda yer alan kadınların beşinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (0,79 (0-4,41)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (2,12 (0-5,04)) belirlenmiştir. Beşinci müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının TENS+PGE grubunda TENS ve PGE

gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5).

B. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer alan Kadınların VAS Skoru Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi VAS skoru ortancalarının TENS grubunda en yüksek (8,56 (5,64-10,00)), TENS+PGE grubunda ise en düşük (7,77 (5,25-9,81)) olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.6).

2. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (2,41 (0,00-6,70)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (5,66 (4,21-9,62)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.6).

3. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (0,79 (0,00-4,41)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (5,10 (2,00-10,00)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.6).

4. Kadınların dördüncü gün VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (3,41 (0,00-8,51)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (6,11 (2,01-10,00)) belirlenmiştir. Dördüncü gün VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.6).

5. Kadınların yedinci gün VAS skoru ortancalarının en düşük TENS+PGE grubuna (1,04 (0,00-6,42)), en yüksek VAS skoru ortancasının ise kontrol grubuna ait

olduğu (4,23 (2,11-9,28)) belirlenmiştir. Yedinci gün VAS skoru ortancalarının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre yüksek olduğu, TENS+PGE grubundaki VAS skoru ortancasının ise TENS ve PGE gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiş olup bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.6).

6. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki VAS skoru ortancaları karşılaştırıldığında TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarındaki kadınların müdahale sonrası VAS skoru ortancalarının müdahale öncesine göre azaldığı ve VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise ilk ölçüm VAS skoru ortancasının birinci gün sonunda azaldığı ancak bu azalmanın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ikinci, dördüncü ve yedinci gün VAS skoru ortancasının ilk ölçüme göre istatistiksel açıdan önemli derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.6).

6.1.2. Kadınların LATCH Ölçeği Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi LATCH puan ortancaları TENS+PGE grubunda en yüksek (6,00 (3-7)), TENS grubunda ise en düşük olduğu (4,00 (2-8)) belirlenmiştir. Birinci gün müdahale öncesi LATCH puan ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.7).

2. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) LATCH puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE (8,00 (5-10)) ve PGE gruplarına (8,00 (3-10)), en düşük LATCH puan ortancasının ise TENS (7,00 (2-9)) ve kontrol grubuna ait olduğu (7,00 (2-10)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu LATCH puan ortancalarının PGE ve TENS+PGE gruplarında TENS ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.7).

3. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) LATCH puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (9,50 (6-10)), en düşük LATCH puan ortancasının ise TENS (8,00 (6-10)) ve kontrol grubuna ait olduğu (8,00 (2-10)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu LATCH puan ortancalarının PGE ve TENS+PGE

gruplarında TENS ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0,05$; Tablo 4.7).

4. Kadınların dördüncü gün LATCH puan ortancalarının en yüksek PGE (10,00 (8-10)), TENS+PGE gruplarına (10,00 (8-10)), en düşük LATCH puan ortancasının ise Kontrol (9,50 (2-10)) ve TENS grubuna ait olduğu (9,50 (6-10)) belirlenmiştir. Dördüncü gün LATCH puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$; Tablo 4.7).

5. Kadınların yedinci gün LATCH puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE (10 (6-10)), PGE (10 (8-10)) ve kontrol grubuna (10 (5-10)) , en düşük LATCH puan ortancasının ise TENS grubuna ait olduğu (9 (8-10)) belirlenmiştir. Yedinci gün LATCH puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$; Tablo 4.7).

6. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki LATCH puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların LATCH puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve LATCH puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.7).

6.1.3. Kadınların Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi EÖYÖ puan ortancalarının TENS grubunda en yüksek olduğu (58,00 (42-70)), kontrol grubunda ise en düşük olduğu (50,00 (32-66)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$; Tablo 4.8).

2. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) EÖYÖ puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (63,00 (37-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (56,00 (42-68)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$; Tablo 4.8).

3. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) EÖYÖ puan ortancalarının en yüksek TENS (66,00 (49-70)) ve TENS+PGE gruplarına (66,00 (43-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (62,00 (48-

70)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.8).

4. Kadınların dördüncü gün EÖYÖ puan ortancalarının en yüksek PGE grubuna (69,00 (54-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (63,50 (51-70)) belirlenmiştir. Dördüncü gün EÖYÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.8).

5. Kadınların yedinci gün EÖYÖ puan ortancalarının en yüksek PGE grubuna (70,00 (63-70)), en düşük EÖYÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (66,00 (51-70)) belirlenmiştir. Yedinci gün EÖYÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.8).

6. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki EÖYÖ puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların EÖYÖ puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve EÖYÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.8).

6.1.4. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi DSKÖ puan ortancalarının TENS grubunda en yüksek olduğu (108,50 (86-146)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (100,00 (78-131)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.9).

2. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonrası) DSKÖ puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (128,00 (94-146)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (113,00 (72-142)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu DSKÖ puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.9).

3. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) DSKÖ puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (140 (116-166)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (127 (95-159)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu DSKÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu, TENS+PGE grubunda ise DSKÖ puan ortancasının TENS ve PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.9).

4. Kadınların dördüncü gün DSKÖ puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (155,00 (121-170)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (141,00 (100-161)) belirlenmiştir. Dördüncü gün DSKÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu, TENS+PGE grubunda ise DSKÖ puan ortancasının TENS ve PGE gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.9).

5. Kadınların yedinci gün DSKÖ puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (164,50 (119-170)), en düşük DSKÖ puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (146,00 (105-168)) belirlenmiştir. Yedinci gün DSKÖ puan ortancasının kontrol grubunda TENS, PGE ve TENS+PGE gruplarına göre daha düşük olduğu, TENS+PGE grubunda ise DSKÖ puan ortancasının TENS ve PGE gruplarında yer alan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.9).

6. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların DSKÖ puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve DSKÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.9).

6.1.5. Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği Alt Grup Puan Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının TENS grubunda en yüksek olduğu (32,50 (23-51)), PGE grubunda ise

en düşük olduğu (26,00 (19-41)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

2. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonu) fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (48,50 (34-57)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (36,00 (18-52)) belirlenmiştir. Birinci gün sonu fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10).

3. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (58,50 (45-69)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (44,50 (24-66)) belirlenmiştir. İkinci gün sonu fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10).

4. Kadınların dördüncü gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (65,00 (42-70)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (50,00 (32-63)) belirlenmiştir. Dördüncü gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10).

5. Kadınların yedinci gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek PGE (65,50 (52-69)) ve TENS+PGE gruplarına (65,50 (40-70)), en düşük fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (54,00 (34-70)) belirlenmiştir. Yedinci gün fiziksel konfor alt boyut puan ortancasının TENS+PGE grubunda TENS, PGE ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise TENS ve PGE gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş

olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10).

6. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ fiziksel konfor alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların müdahale sonrası DSKÖ fiziksel konfor alt grup puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve DSKÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.10).

7. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının TENS grubunda en yüksek olduğu (46,50 (37-50)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (43,00 (38-50)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

8. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonu) psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek PGE grubuna (48,00 (39-50)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise TENS+PGE (47,00 (42-50)) ve Kontrol gruplarına ait olduğu (47,00 (30-50)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

9. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek TENS+PGE grubuna (49,00 (45-50)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (47,00 (31-50)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

10. Kadınların dördüncü gün psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek TENS grubuna (53,00 (44-55)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE (51,00 (48-55)) ve Kontrol gruplarına ait olduğu (51,00 (35-55)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

11. Kadınların yedinci gün psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek PGE (50,00 (43-50)) ve TENS+PGE gruplarına (50,00 (44-50)), en düşük psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının ise kontrol grubuna ait olduğu (48,00 (36-50)) belirlenmiştir. Yedinci gün PGE ve TENS+PGE gruplarında psikospiritüel konfor alt boyut puan ortancasının TENS ve Kontrol gruplarına göre daha yüksek

olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10).

12. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ psikospiritüel konfor alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında bütün gruplarda yer alan kadınların müdahale sonrası DSKÖ psikospiritüel konfor alt grup puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve DSKÖ psikospiritüel konfor alt grup puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.10).

13. Kadınların birinci gün müdahaleler öncesi sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının kontrol grubunda en yüksek (33,50 (13-41)), TENS+PGE grubunda ise en düşük olduğu (29,50 (18-42)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

14. Kadınların birinci gün sonu (ikinci müdahale sonu) sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek kontrol grubuna (34,00 (17-45)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise TENS+PGE grubuna ait olduğu (30,50 (18-43)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

15. Kadınların ikinci gün sonu (beşinci müdahale sonrası) sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek kontrol grubuna (35,50 (25-46)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (32,00 (25-43)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

16. Kadınların dördüncü gün sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek TENS (39,00 (30-45)) ve Kontrol gruplarına (39,00 (29-45)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (36,00 (31-43)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

17. Kadınların yedinci gün sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancalarının en yüksek kontrol grubuna (44,00 (32-50)), en düşük sosyokültürel konfor alt boyut puan ortancasının ise PGE grubuna ait olduğu (39,50 (35-48)) belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.10).

18. Kadınların grup içi müdahale öncesi ile birinci, ikinci, dördüncü ve yedinci günlerdeki DSKÖ sosyokültürel konfor alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında TENS+PGE grubundaki kadınların müdahale sonrası DSKÖ sosyokültürel konfor alt grup puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı ve sosyokültürel konfor alt grup puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). TENS ve Kontrol gruplarında ilk ve birinci gün sonundaki ölçümler arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). TENS ve Kontrol gruplarında ikinci, dördüncü ve yedinci gün sosyokültürel konfor alt grup puan ortancasının ilk ölçüme göre istatistiksel açıdan önemli derecede arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). PGE grubunda ise birinci gün müdahale öncesi ölçüm ile birinci ve ikinci gün sonu ölçümleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). PGE grubunda dördüncü ve yedinci gün sosyokültürel konfor alt grup puan ortancasının ilk ölçüme göre istatistiksel açıdan önemli derecede arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.10).

6.1.6. Çalışma Gruplarında Yer Alan Kadınların Müdahale Öncesi, Birinci Gün Sonu, İkinci Gün Sonu, Dördüncü ve Yedinci Gün Ağrı, Emzirme Davranışı, Emzirme Özyeterliliği ve Konfor Puanları Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Sonuçlar

Müdahale Öncesi

1. TENS grubunda yer alan kadınlarda, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.11).

2. PGE grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortanca arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.11).

3. TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.11).

4. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.11).

Birinci Gün Müdahaleler Sonu

1. TENS grubunda yer alan kadınlarda, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.12).

2. PGE grubunda yer alan kadınlarda, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.12).

3. TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.12).

4. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.12).

İkinci Gün Müdahaleler Sonu

1. TENS grubunda yer alan kadınlarda, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.13).

2. PGE grubunda yer alan kadınlarda, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.13).

3. TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ

puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.13).

4. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde yüksek seviyede, DSKÖ puan ortancası ile pozitif yönde orta seviyede; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.13).

Dördüncü Gün

1. TENS grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.14).

2. PGE grubunda yer alan kadınlarda, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.14).

3. TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile LATCH ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları ile arasında pozitif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.14).

4. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda, LATCH puan ortancası ile EÖYÖ puan ortancası arasında pozitif yönde yüksek seviyede, DSKÖ puan ortancası ile arasında pozitif yönde orta seviyede; EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.14).

Yedinci Gün

1. TENS grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası DSKÖ puan

ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.15).

2. PGE grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında negatif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.15).

3. TENS+PGE grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta seviyede, EÖYÖ puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.15).

4. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda, VAS puan ortancası ile LATCH, EÖYÖ ve DSKÖ puan ortancaları arasında negatif yönde orta sevide; LATCH puan ortancası ile DSKÖ puan ortancası pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; Tablo 4.15).

6.2. Öneriler

TENS+PGE uygulamasının sezaryen sonrası kadınlarda ağrı şiddetini azalttığı; emzirme davranışını, emzirme özyeterliliğini, doğum sonu konforu ve alt boyutlarından olan fiziksel ve psikospiritüel konforu arttırdığı; sosyokültürel konfor üzerinde ise herhangi bir etkisi bulunmadığı belirlenmiştir. TENS'in ağrının şiddetini azalttığı, emzirme davranışı üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığı, emzirme özyeterliliği ve konforu arttırdığı, konforun alt boyutlarından olan fiziksel konforu arttırdığı psikospiritüel ve sosyokültürel konfor üzerinde ise herhangi bir etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. PGE'nin ise ağrının şiddetini azalttığı, emzirme davranışını, emzirme özyeterliliğini ve konforu arttırdığı, konforun alt boyutlarından olan fiziksel ve psikospiritüel konforu arttırdığı sosyokültürel konfor üzerinde ise herhangi bir etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Ülkemizde TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin sezaryen sonrası ağrı yönetimi kapsamına alınması,
- TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin bir arada kullanımı ile sezaryen sonrası ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konforun artırılmasında kullanımının yaygınlaşması,

- TENS ve progresif gevşeme egzersizleri gibi güncel ve olumlu etkiler ortaya çıkaran nonfarmakolojik yöntemlere karşı farkındalığın kazandırılması açısından ebe/hemşirelerin lisans eğitimine bu konuların entegre edilmesi,
- Hemşirelerin bağımsız rollerini kullanmalarını destekleyen TENS ve progresif gevşeme egzersizleri gibi nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili sertifika programlarına katılımlarını teşvik edecek yasal düzenlemeler yapılması ve bu alandaki sertifikalı hemşirelere uygulama konusunda yetki ve sorumluluk verilmesi,
- TENS ve progresif gevşeme egzersizlerinin vajinal doğum ve perinatolojinin farklı alanlarında da uygulanarak daha geniş örneklem gruplarında randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Sudolmuş Öktem S. Sezaryen doğum ve peripartum histerektomi. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A, editörler. Williams Obstetrik. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
2. Çakıroğlu Y, Özeren S. Sezaryen doğum. Tanır H.M, Şener T, editörler. Obstetri normal ve sorunlu gebelikler. 5. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2018.
3. The Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2017 OECD [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 17 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>
4. TC. Sağlık Bakanlığı. 2018 Faaliyet Raporu [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Mayıs 2019]. Erişim adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf>
5. Kanmaz AG. Sezaryen. Aytaç R, editör. Bonney's jinekolojik cerrahi. 11. Baskı. Ankara: Modern Tıp Kitabevi; 2012.
6. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach?. BMC MedEthics. 2008;9(1):9-11.
7. Mascarello KC, Horta BL, Sivilera MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. Rev Saude Publica. 2017;51:105.
8. Kamath BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2013;113(6):1231–38.
9. Amanak K, Karaçam Z. Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Tepecik Eğitim Hast Derg. 2018;28(1):17-22.
10. Erbaş N. Sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre verilen bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanılarının belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2017;9(1):15-29.
11. Şahin NH, Güngör İ, Sömek A. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir özel hastane örnekleme. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2007;21(4):197-204.
12. Coşkun A, Aslan E. Doğum sonu dönem. Coşkun AM, editör. Kadın hastalıkları ve hemşireliği el kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi; 2016.
13. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F ve ark. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):68.

14. Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *JOGNN*. 2007;36(5):430-40.
15. Jin J, Peng L, Chen Q, Zhang D, Ren L, Qin P ve ark. Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: a prospective study. *BMC Anesthesiol*. 2016;16(1):99.
16. Midilli TS, Eser I. Effects of reiki on post-cesarean delivery pain, anxiety, and hemodynamic parameters: a randomized, controlled clinical trial. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(3):388-99.
17. Declercq E, Deborah K, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. *Birth*. 2008;35(1):16-24.
18. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014;45(3):100-5.
19. United Nations International Children's Emergency Fund. Capture the moment early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 17 Nisan 2019]. Erişim adresi: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf
20. İnce T, Aktaş G, Aktepe N, Aydın A. Annelerin emzirme özyeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 2017;7(3):183-90.
21. Şahin H, Yılmaz M, Aykut M, Balcı E, Sağıroğlu M, Öztürk A. Risk factors for breastfeeding problems in mothers who presented to two public healthcare centers in Kayseri province. *Turk Arch Ped*. 2013;145-51.
22. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi., Litta P. ve ark. Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on. breastfeeding? *Birth*. 2010;37(4):275-9.
23. World Health Organization. 3 in 5 babies not breastfed in the first hour of life [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Mayıs 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/detail/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>
24. Üsterme N. Normal spontan vajinal doğum yapanlarla sezaryen doğum yapanların emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2014.
25. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. Sezaryen Raporu [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 15 Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://www.medikalakademi.com.tr/wp-content/uploads/2013/06/tjod-sezaryen-raporu-2013.pdf>
26. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(5):1113-35.

27. United Nations International Children's Emergency Fund. Advocacy strategy breastfeeding advocacy initiative for the best start in life [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 16 Eylül 2018]. Erişim adresi: http://www.unicef.org/nutrition/files/Breastfeeding_Advocacy_Strategy-2015.pdf
28. World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice Geneva [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 16 Eylül 2018]. Erişim adresi: <http://C:/Users/Administrator/Downloads/mps%20pcpnc.pdf>
29. Karakaplan S. Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007.
30. Pınar G, Doğan N, Algıer L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg.* 2009;36(3):184-90.
31. Topçu Özer H. Doğum şeklinin annelerin postpartum ilk 24 saatteki doğum sonu konforuna etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2011.
32. Aydın Kartal Y, Özsoy A, Üner K. Determination of postnatal comfort levels of puerperants in a public hospital and affecting factors. *International Journal of Health Sciences & Research.* 2018;8(3):206-12.
33. Çapık A, Özkan H, Ejder Apay S. Loğusalarda doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *DEUHYO ED.* 2014;7(3):186-92.
34. Er Güneri S. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;4(3):482-96.
35. Algıer L, Çakmak F, Doğan N, Kaya N, Pınar G. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dijle Tıp Dergisi.* 2009;36(3):184-90.
36. Mac Lellan, K. Management of pain. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd; 2006.
37. Wentz J. Pain Management. Potter PA, Perry AG, editors. *Fundamental of Nursing.* 9th. ed. St. Louis: Mosby Elseiver; 2016.
38. Bertiken Ergin A, Özdamar D. Postpartum dönem ve ağrı. Kömürcü N, editör. *Doğum ağrısı ve yönetimi.* 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013.
39. Power I. Recent advances in postoperative pain therapy. *British Journal of Anaesthesia.* 2005;95(1):43-51.
40. Sousa L, Pitanguí ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Measurement and characteristics of post-cesarean section pain and the relationship to limitation of physical activities. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(6):741-7.
41. Hirose M, Hara Y, Hosokawa T, Tanaka Y. The effect of postoperative analgesia with continuous epidural bupivacaine after cesarean section on the amount of breast feeding and infant weight gain. *Anesthesia & Analgesia.* 2006;82(6):1166-9.

42. Paech MJ, Moore JS, Evans SF. Meperidine for patient-controlled analgesia after cesarean section. Intravenous versus epidural administration. *Anesthesiology*. 1994;80(6):1268-76.
43. Fuller JG, McMorland GH, Joanne Douglas M, Palmer I. Epidural morphine for analgesia after caesarean section: a report of 4880 patients. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 1990;37(6):636-40.
44. Christaens G. Independent Nursing Interventions for Pain Management. *Home Health Care Management&Practice*. 2003;15(3):212-14.
45. Reza N, Alı SM, Saeed K, Abul-Qasım A, Reza TH. The impact of music on postoperative pain and anxiety following cesarean section. *M.E.J. ANESTH*. 2007;19(3):573-86.
46. Irani M, Kordi M, Tara F, Bahrami HZ, Nejad KS. The effect of hand and foot massage on post-cesarean pain and anxiety. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2015;3(4):465-71.
47. Alves EM, Rabêlo TN, Santos MG, Souza IG, Lima PA, Santana L. Transcutaneous electric nerve stimulation for post-Cesarean section analgesia. *LSRev Dor. São Paulo*. 2015;16(4):263-6.
48. Lima LEA, Oliveira Lima AS, Rocha1 CM, Fontenele dos Santos G, Bezerra AJR, Hazime FA ve ark. High and low frequency transcutaneous electrical nerve stimulation in post-cesarean pain intensity. *Fisioter Pesq*. 2014;21(3):243-48.
49. Jaafarpour M, Khanı A, Javadifar N, Taghinejad H, Mahmoudı R, Saadipour Kh. The analgesic effect of transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) on caesarean under spinal anaesthesia. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*. 2008;3:815-9.
50. Karaman Özlü Z, Soydan S, Çapık A, Ejder Apay S, Avşar G, Özer N. ve ark. Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;19(1):8-64.
51. Khoshtrash M, Ghanbari A, Yeganeh MR, KazemneZhad E, Parvaneh RS. Survey the effect of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section in patients referring to alzahra educational center in rasht. *J Holist Nurs Midwifery*. 2011;20(2):27-33.
52. Coşkun Çelik E. Medulla spinalis yaralanmalı hastalardaki nöropatik ağrıya akupunktur benzeri TENS'in etkisi [Tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul: 70. Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
53. Alper S. Transkutan Elektriksel Sinir Stimulasyonu. Beyazova M, Gokce Kutsal Y, editörler. *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon*. 3. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.
54. DeSantana JM, Walsh DM, Vance C, Rakel BA, Sluka KA. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation. *Curr Rheumatol Rep*. 2008;10(6):492-9.

55. Yüceer S. Torakotomi sonrası uygulanan transkütan elektriksel sinir stimülasyonunun ağrı üzerine etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
56. Çelik Y. Abdominal histerektomi operasyonundan sonra düşük frekanslı tens ile konvansiyonel tens uygulamasının postoperatif analjezi üzerine etkilerinin karşılaştırılması [Tıpta uzmanlık tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2010.
57. Yavuz H. Postoperatif ağrıda kontralateral transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunun (tens) etkinliği [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.
58. Maktabi M, Nouruzi A, Farzinnia Z, Kamali A. Studying the influence of transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) on reducing the post-natural delivery pain during breastfeeding period. *Biosciences Biotechnology Research Asıa*. 2016;13(4):2325-29.
59. de Sousa L, Gomes-Sponholz FA, Nakano AM. Transcutaneous electrical nerve stimulation for the relief of post-partum uterine contraction pain during breast-feeding: a randomized clinical trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(5):1317-23.
60. Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;38(3):269-77.
61. Yavuz T, Karagöz A, Koşar U, Özgirgin N. Lomber spinal stenozda anamnez ve klinik muayene bulgularının tanıdaki değeri. *Fiziksel Tıp*. 2002;5(1):5-9.
62. Kartal M. Nefes alma sanatı. 3. Baskı. İstanbul: Ray Yayıncılık; 2017.
63. Yıldız Topçu S, Findik UY. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Manag Nurs*. 2012;13(1):11-7.
64. Ergen H. Endoskopi uygulanan hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin işlemin ve ağrının algılanması ile yaşam bulgularına etkisinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2010.
65. Çetinkaya F. Progresif gevşeme egzersizlerinin total kalça protezi ameliyatı olan hastaların uyku kalitesine etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2013.
66. Ismail NIAA, Elgzar WTI. The effect of progressive muscle relaxation on post cesarean section pain, quality of sleep and physical activities limitation. *International Journal of Studies in Nursing*. 2018;3(3):14-29.
67. Devmurari D, Nagrale S. Effectiveness of Jacobson's progressive muscle relaxation technique for pain management in post-cesarean women. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*. 2018;5(2):228-32.
68. Rajarajeswari A. Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on pain among mothers underwent the caesarean section. *IJSRR*. 2018;7(4),1906-13.
69. Shukri NHMS, Wells JCK, Fewtrell M. The effectiveness of interventions using relaxation therapy to improve breastfeeding outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2018;14(2):1-10.

70. Karbandi S, Hosseini SM, Hosseini SA, Sadeghi F, Hesari M, Masoudi R. Evaluating the effectiveness of using a progressive muscle relaxation technique on the self-efficacy of breastfeeding in mothers with preterm infants. *J Nurs Res.* 2017;25(4):283-8.
71. Gökşin İ, Ayaz Alkaya S. Effect of progressive muscle relaxation on the postpartum depression and general comfort levels. *International Journal of Nursing and Health Sciences.* 2018;12(3):2.
72. Yılmaz Sezer N. Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri bilme ve kullanma durumları [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
73. Güngör İ, Oskay Ü. Riskli doğum eylemi. Kızılkaya Beji N, Editör. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
74. Decherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Operatif Doğum. Tıraş B, Demir C, editörler. *Güncel obstetrik ve jinekoloji tanı ve tedavi.* 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.
75. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Cesarean birth (C-section) [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 27 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-C-Section#cesarean>
76. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 21 Nisan 2019]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
77. World Health Organization. Sexual and reproductive health [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 27 Haziran 2018]. Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/cs-statement/en/
78. Kutlu Yücel M. Doğum ve Kadın Sağlığı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2015.
79. Dunn L.J. Sezaryen ve diğer obstetrik operasyonlar. Erez S, editör. *Obstetrik ve jinekoloji.* 7. Baskı. İstanbul: Yüce Yayınları; 2015.
80. Erdine S. Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. Erdine S, editör. 3. Baskı. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007.
81. Rathfisch G, Güngör İ. Doğum eyleminde ağrıyla birliktelik. Kızılkaya Beji, editör. *Kadın sağlığı ve hastalıkları.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
82. Tarakçı E. Transkutenöz Elektiriksel Sinir Stimülasyonu. Razak Özdiçler A, editör. *Fiziksel modaliteler ve elektroterapi.* 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2016.
83. Coşkun G. Doğum sonu bakımın anneler tarafından değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2003.
84. Eryılmaz HY. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 1999
85. Macintyre PE, Schug SA. *Acute Pain Management.* 4th ed. United Kingdom: CRC Press Ltd; 2014.

86. Sağkal T. Sezaryen ameliyatı sonrası uygulanan reiki dokunma terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi [Doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2012.
87. Kömürcü N, Berkiten Ergin A. Doğum Ağrısının Kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. Kömürcü N, Berkiten Ergin A, editörler. Doğum ağrısı ve yönetimi. İstanbul: Bedray basın yayıncılık; 2008.
88. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Geleneksek ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile ilgili mevzuat. Ankara: Akademisyen A.Ş; 2016.
89. Yurdakök K. Anne sütü ile beslenme. Yurdakök M, Erdem G, editörler. Neonatoloji. Ankara: Alp ofset; 2004.
90. The United States Agency for International Development Türkiye. Üç aylık Unicef Türkiye Bülteni [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 16 Mart 2019]. Erişim adresi: https://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html
91. World Health Organization, The United States Agency for International Development. Global breastfeeding scorecard [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 16 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1>
92. Cato K. Breastfeeding – Initiation, duration, attitudes and experiences. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 16 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://pdfs.semanticscholar.org/eaf3/3be2cd87e593286c88c14600f2c836146d7e.pdf>
93. Akkuzu G. Laktasyon. Taşkın L, editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017.
94. Ejder Apay S. Sezaryen ile doğum yapan loğusalara roy'un modeline göre verilen bakımın değerlendirilmesi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
95. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. Image J Nurs Sch. 1991;23(4):237-40.
96. Kolcaba KY. Comfort Theory And Practice. A Vision For Holistic Care And Research. Newyork: Springer Publishing Company; 2003.
97. Karabacak Ü. Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2004.
98. Yılmaz Ş, Seviğ Ü. Vajinal yol ve sezaryenle doğum yapan kadınların doğumdan sonra kendi ve yenidoğan bakımında yaşadığı sorunlar [Poster]. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi; Ağustos 2000, Ankara.
99. Özkan ST. Transüretal girişimlerde spinal anestezi, epidural anestezi ile tiva'nın preoperatif hemodinami ve postoperatif ağrı, bulantı, kusma üzerine etkilerinin karşılaştırılması [Tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul; Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2004.

100. Bobak MI, Jensen DM. Maternity and Gynecologic Care – The Nurse and The Family, 5^{ed}. Philadelphia Sidney Toronto; 1994.
101. Aytar G, Yeşildal N. Yatan hasta memnuniyeti. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;3:10-4.
102. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(2):69-74.
103. Taşkın L. Doğum sonu döneme uyum ve değerlendirme. Taşkın L, editör. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017.
104. Hassani S, Hassani K. The effect of foot relexology on physiologic indices and pain severity following cesarean delivery. Research Journal of Medical Sciences. 2015;9(3):114-7.
105. Şimşek N, Kırdı N, Savcı S, Meriç A, Çetişli Korkmaz N, Fırat T ve ark. Transkutenöz Elektiriksel Sinir Stimülasyonu. Kırdı N, Meriç A, Yürük ZÖ, editörler. Elektroterapide temel prensipler ve klinik uygulamalar. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2016.
106. Dalkılınç M. Transkutenöz elektiriksel sinir stimülasyonu (TENS). Ünal E, Editör. Kanıta dayalı elektroterapi. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2012.
107. Karacan İ, Koyuncu H. Fiziksel tıp ve rehabilitasyonda elektroterapi. Ankara: Öncü Basımevi; 2003.
108. Çidem M, Koyuncu H. Temel elektroterapi. Oğuz H, Çakırbay H, Yanık B, editörler. Tıbbi rehabilitasyon. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2015.
109. Johnson M. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). Kitchen S, editor. Electrotherapy Evidence- based practice. 11th ed. London: Harcourt Publishers Limited; 2002.
110. Karaoğlan B. Modaliteler. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y, editörler. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon el kitabı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003.
111. Gayaud R. Nursing Expertise in Transcutaneous Neurostimulation. Rev Infirm. 2013;(187):40-3.
112. Otman S. Gevşeme Egzersizleri. Otman S, Köse N, editörler. Egzersiz tedavisinde temel prensipler ve yöntemler. 4. Baskı. Ankara: Ertem Basım Yayın; 2014.
113. Yıldız Fındık Ü. Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
114. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. 24. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2008.
115. Hisli Şahin N. Stresle basa çıkma. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998.
116. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 5 Haziran 2019]. Erişim

adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407,dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf?0>.

117. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstatistik Birimi. Ankara, 2019.
118. Eti Aslan F. Postoperatif ağrı değerlendirilmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 1998; Ankara, 178- 86.
119. Clina ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visüel analogue scale. Nurs Res. 1992;41(6):378-80.
120. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrı değerlendirilmesi ve ağrı ölçümleri, S. Erdine, editör. Ağrı. İstanbul: Alemdar Ofset; 2000.
121. Abbaspoor Z, Akbari M, Najar S. Effect of foot and hand massage in post-cesarean section pain control: a randomized control trial. Pain Management Nursing. 2014;15(1):132-6.
122. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(1):27-32.
123. Demirhan F. Sakarya ilinde emzirmenin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 1997.
124. Koyun K. LATCH emzirme tanılama ölçeğinin kullanımı ve yenidoğan emzirme başarısını inceleyen bir çalışma [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2001.
125. Yenal K, Okumuş H. Latch emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg. 2003;1:38-44.
126. Küçükoğlu S. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin annelerine verilen doğal besleme eğitiminin annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyi emzirme başarısı ve bebeğin büyümesine etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2011.
127. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Res Nurs Health. 1999;22(5):399 -409.
128. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(6):734-44.
129. Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. (2010). Translation and psychometric assessment of the breastfeeding self efficacy scale short form among pregnant and postnatal women in Turkey. Midwifery. 2010;26(1):101-8.
130. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. İ.Ü.F.N.Hem. Derg. 2008;16(61):6-23.
131. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(1):55-65.
132. Kayman Köse S. Normal doğum ve sezaryen sonrası analjezi için tens uygulaması [Tıpta uzmanlık tezi]. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2011.

133. Çıtak Karakaya İ. Fizyoterapinin sezaryen sonrası ağrı ve fonksiyonel aktiviteler üzerine etkinliği [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
134. Navarro Nuñez C, Pacheco Carrasco M. Transcutaneous electric stimulation (TENS) to reduce pain after cesarean section. *Ginecol Obstet Mex.* 2000;68:60-3.
135. Karaman Özlü Z, Soydan S, Çapık A, Ejder Apay S, Avşar G, Özer N. ve ark. Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016;19(1):8-64.
136. Büyükyılmaz F. Total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2009.
137. Paula A.A.D, Carvalho E.C, Santos C.B. The use of the “progressive muscle relaxation” technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002;10(5):654-9.
138. Alan H. 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 [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
139. Varghese J, George J, Gowda YS. A randomized control trial to determine the effect of foot reflexology on intensity of pain and quality of sleep in post caesarean mothers. *Journal of Nursing and Health Science.* 2014;3(1):39-43.
140. Ramezani S, Hamidzadeh A, Abdollahpour S, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on post-cesarean section pain. *IJHS.* 2016;2(2):23-6.
141. Gürşen C, İnanoğlu D, Kaya S, Albayrak T, Baltacı G. Effects of exercise and kinesio taping on abdominal recovery in women with cesarean section: a pilot randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(3):557-65.
142. Mehendale PA, Revadkar MT. Effect of acupuncture TENS versus conventional TENS on post cesarean section incision pain. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7(9):3738-43.
143. Jackson PC. Complementary and alternative methods of increasing breastmilk supply for lactating mothers of infants in the NICU. *Neonatal Netw.* 2010;29(4):225-30.
144. Ayers JF. The use of alternative therapies in the support of breastfeeding. *Journal of Human Lactation.* 2000;16(1):52-6.
145. Bettiol A, Lombardi N, Marconi E, Crescioli G, Bonaiuti R, Maggini V ve ark. The use of complementary and alternative medicines during breastfeeding: results from the herbal supplements in breastfeeding investigation (HaBIT) study. *Br J ClinPharmacol.* 2018;84(9):2040-47.
146. Coşkun D. Prematüre bebeği olan ve emziremeyen annelerin uyguladığı kanguru bakımının annelerin stres düzeyi ve süt miktarına etkisi [Doktora tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2018.

147. Esfahani MS, Berenji Sooghe S, Valiani M, Ehsanpour S. Effect of acupressure on milk volume of breastfeeding mothers referring to selected health care centers in Tehran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(1):7–11.
148. Lijiao W, Qi Z, Shan Z. Acupuncture treatment for postpartum lactation. *IOSR Journal of Computer Engineering.* 2019; 21(3):5-9.
149. Ahn S, Kim J, Cho J. Effects of breast massage on breast pain, breast-milk sodium, and newborn suckling in early postpartum mothers. *J Korean Acad Nurs.* 2011;41(4):451-9.
150. Yurdakoş E. Stres fizyolojisi. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4711.pdf> Erişim Tarihi: 13.08.2019.
151. Fotiou C, Siahaidou T, Vlastarakos PV, Tavoulari EF, Chrousos G. The effect of body and mind stress-releasing techniques on the breastfeeding of full-term babies; a critical analysis of published interventional studies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(1):98-105.
152. Procelli DE. The effects of music therapy and relaxation prior to breastfeeding on the anxiety of new mothers and the behavior state of their infants during feeding [Master thesis]. United States: The Florida State University; 2005.
153. Feher SD, Berger LR, Johnson JD, Wilde JB. Increasing breast milk production for premature infants with a relaxation/imagery audiotape. *Pediatrics.* 1989;83(1):57-60.
154. Alison B. The application of relaxation for mothers expressing breastmilk for their infant in the neonatal unit: A feasibility study and clinical research portfolio [PhD thesis]. Scotland: University of Glasgow; 2017.
155. Arumsari DR, Indrawan IWA, Wahyuni ESW. The combination of acupressure and affirmation relaxation as an alternative method to increase breast milk production and breastfeeding self-efficacy. *Research Journal of Life Science.* 2018;5(1):66-76.
156. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin kadınların taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013;15(2):45-56.
157. Hsiung WT, Chang YC, Yeh ML, Chang YH. Acupressure improves the postoperative comfort of gastric cancer patients: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine.* 2015;23(3):339-46.
158. Chen WL, Liu GJ, Yeh SH, Chiang MC, Fu MY, Hsieh YK. Effect of back massage intervention on anxiety, comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2013;19(5):464-70.
159. Cenkcı Z, Nazik E. The effect of aromatherapy on pain, comfort and satisfaction during childbirth. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences.* 2017;4(2):11-19.
160. Chan KP. Effects of perinatal meditation on pregnant Chinese women in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Education and Practice.* 2015;5(1):1-18.

161. Karnasih IGA. The effect of yoga to wards birth delivery out put. *International Journal of Scientific&TechnologyResearch*. 2018;7(12):62-6.
162. Khianman B, Pattanittum P, Thinkhamrop J, Lumbiganon P. Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;15(8).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007426.pub2/full> Erişim Tarihi:15.08.2019.
163. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*. 2004;19(3):164-73.
164. Arıöz Düzgün A, Ege E. Effects of relaxation exercises on the ways of coping with stress and anxiety level in primiparous pregnant women diagnosed with preterm labor. *International Journal of Human Sciences*. 2017;14(4):11-24.
165. Chuang LL, Lin LC, Cheng PJ, Chen CH, Wu SC, Chang CL. Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):170-80.
166. Nasiri S, Akbari H, Tagharrobi L, Tabatabaee AS. The effect of progressive muscle relaxation and guidedimagery on stress, anxiety, anddepression of pregnant women referred to health centers. *J Educ Health Promot*. 2018;1(7):41.
167. El Aziz KSA, Mamdouh AM. Effect of relaxation exercises on postpartum depression. *International Journal of PharmTech Research*. 2016;9(3):9-17.
168. MohdShukri NHM, Wells J, Eaton S, Mukhtar F, Petelin A, Jenko-Pražnikar Z ve ark. Randomized controlled trial investigating the effects of a breastfeeding relaxation intervention on maternal psychological state, breast milk outcomes, and infant behavior and growth. *Am J ClinNutr*. 2019;110:121–30.
169. Terzi, B. Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.

8. EKLER

EK 1: Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Randomizasyon Planına Göre Belirlenen Çalışma Grupları

Randomizasyon Planı

Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup
0001: TENS+PGE	0016: PGE	0031: TENS+PGE	0046: PGE	0061: Kontrol	0076: Kontrol
0002: TENS	0017: TENS	0032: Kontrol	0047: TENS	0062: Kontrol	0077: TENS
0003: TENS	0018: TENS	0033: TENS+PGE	0048: PGE	0063: PGE	0078: PGE
0004: TENS	0019: TENS	0034: Kontrol	0049: Kontrol	0064: TENS	0079: Kontrol
0005: TENS	0020: TENS+PGE	0035: TENS	0050: Kontrol	0065: Kontrol	0080: TENS+PGE
0006: Kontrol	0021: PGE	0036: TENS+PGE	0051: TENS	0066: TENS	0081: TENS+PGE
0007: TENS+PGE	0022: Kontrol	0037: TENS+PGE	0052: TENS+PGE	0067: Kontrol	0082: PGE
0008: TENS+PGE	0023: Kontrol	0038: TENS	0053: Kontrol	0068: TENS	0083: PGE
0009: TENS+PGE	0024: TENS+PGE	0039: PGE	0054: PGE	0069: TENS	0084: Kontrol
0010: TENS	0025: TENS+PGE	0040: TENS+PGE	0055: TENS+PGE	0070: PGE	0085: TENS+PGE
0011: TENS+PGE	0026: TENS+PGE	0041: TENS	0056: Kontrol	0071: Kontrol	0086: PGE
0012: Kontrol	0027: PGE	0042: TENS+PGE	0057: TENS+PGE	0072: PGE	0087: PGE
0013: PGE	0028: PGE	0043: Kontrol	0058: Kontrol	0073: TENS+PGE	0088: PGE
0014: TENS	0029: PGE	0044: Kontrol	0059: Kontrol	0074: TENS	0089: TENS
0015: TENS	0030: Kontrol	0045: TENS+PGE	0060: TENS	0075: PGE	0090: TENS

Randomizasyon Planı (Devam)

Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup	Sıra No, Grup
0091: TENS	0096: PGE	0101: PGE	0106: TENS+PGE	0111: TENS+PGE	0116: TENS+PGE
0092: PGE	0097: Kontrol	0102: PGE	0107: PGE	0112: PGE	0117: TENS+PGE
0093: Kontrol	0098: Kontrol	0103: Kontrol	0108: TENS	0113: Kontrol	0118: Kontrol
0094: TENS	0099: TENS+PGE	0104: PGE	0109: TENS	0114: PGE	0119: PGE
0095: TENS+PGE	0100: PGE	0105: TENS	0110: TENS+PGE	0115: TENS+PGE	0120: TENS

EK 2: Veri Toplama Formu

Görüşme Tarihi:

Tel:

Adres:

Gebelik Haftası:

C/S Tarihi:

Alınan Anestezi Türü:

1.BÖLÜM

1.Kaç yaşındasınız?

2. Medeni durumunuz nedir?

a)Evlili b) Bekar

3. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş Aile

4. Eğitim Durumunuz nedir?

a) İlkokul

b)Ortaokul

b) Lise

d)Üniversite ve üzeri

5. Doğum öncesi dönemde çalışıyor muydunuz?

a) Evet(Lütfen İşinizi Belirtiniz.....)

b) Hayır

6. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) Kötü b) Orta c) İyi

7. Sağlık güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

2.BÖLÜM

8. Geçmiş ve Şimdiki Tıbbi Özellikler;

Geçmiş ve Şimdiki Tıbbi Özellikler	Var/Evet	Yok/Hayır	Açıklama (ne olduğu ve zamanı)
Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?			
Önemli bir hastalığınız var mı?			
Sigara kullanıyor musunuz?			
Daha önce cerrahi bir ameliyat geçirdiniz mi?			
Daha Önce Akut Ağrı Geçirme Durumu			
Daha Önce Kronik Ağrı Geçirme Durumu			

9) Önceki ve Şimdiki Gebelik Öyküsü

Gebelik Sayısı	Vajinal Doğum Sayısı	Sezaryen ile doğum Sayısı	Düşük Sayısı
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri	a)1 b) 2 b) 3 d) 4 ve üzeri	a)1 b)2 c)3 d) 4 ve üzeri	a) yok b)1 c)2 d)3 ve üzeri

10) İsteyerek mi gebe kaldınız?

a)Evet b)Hayır

11)Gebeliğinizde kaç kilo aldınız?

- a)8 ve altı
b)9- 12 kilo
c) 13 ve üzeri

12) Gebeliğinizden önce ilaçsız ağrı kesici yöntemlerden (nonfarmakolojik yöntemler) herhangi birini daha önce duydunuz mu?

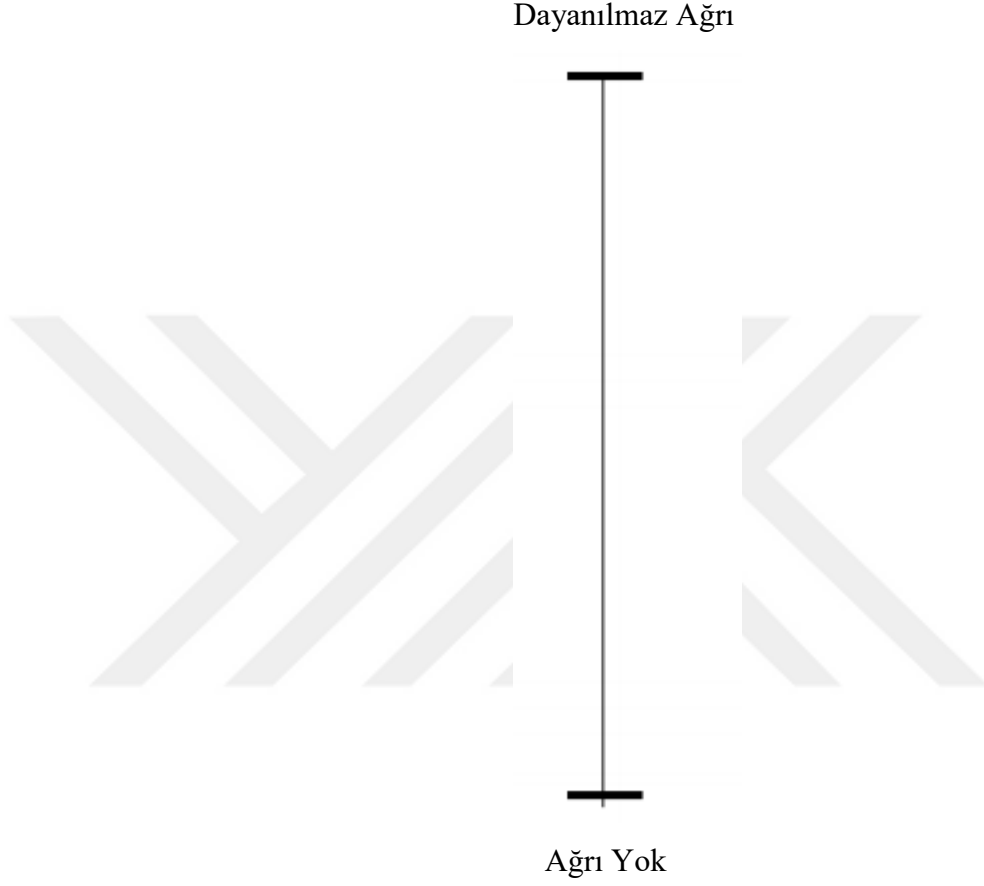
A)Evet (Hangi yöntemi, hangi şikayetleriniz için aldığınızı lütfen açıklayınız).....

B)Hayır



EK 3: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-VAS)

Aşağıdaki cetvel ağrınızın şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır.
Hissettiğiniz ağrının şiddetini cetvel üzerinde işaretleyiniz.



EK 4: LATCH Emzirme Tanılama Aracı (Latch Breastfeeding Assesment Tool)

Değerlendirme Kriterleri	Puanlar		
	0	1	2
L LATCH Memeyi Kavrama	*Çok uykulu ve isteksiz *Memeyi tutamıyor	*Memeyi tutmayı deniyor *Memebaşını tutuyor *Emme için uyanmak istiyor	*Dudakları açık *Dili aşağıda *Düzenli bir şekilde emiyor
A AUDIBLE SWALLOWING Bebğin Yutkunma Sesinin Duyulması	*Yok	* Uyarı ile birkaç yutkunma sesi duyuluyor	*24 saatten önce kendiliğinden belli aralıklarla yutkunma sesi duyuluyor *Kendiliğinden ve sık yutkunma sesi duyuluyor
T TYPE OF NIPPLE Meme Başının Tipi (Emzirmeden Sonra)	* İçe çökük	* Düz	* Dışa dönük
C COMFORT Breast/Nipple Annenin Meme/Meme Başı ile İlgili Rahatlığı	*Tıkanma *Çatlama, kanama, morluk *Ciddi rahatsızlık	*Doluluk *Kırmızılaşma/küçük kabarcıklar * Hafif/orta derecede rahatsızlık	*Yumuşak * Hassaslık yok
H HOLD (Positioning) Bebği Emme Pozisyonuna Yerleştirme	*Tam yardım gerekiyor (Anne bebğini hemşirenin tam yardımıyla tutabiliyor)	*Ayardım gerekiyor (Yastık vb.) *Hemşire başlangıçta anneye yardım ediyor ve daha sonra anne kendisi tutabiliyor	* Yardımsız tutabiliyor *Anne bebği memeye yerleştirebiliyor/tutabiliyor

EK 5: Emzirme Öz-Yeterlilik Kısa Form Ölçeği (Postnatal şekli)

Emzirme ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur. İlginiz ve yanıtlarınız için teşekkürler.

1.Hiç Emin Değilim. 2.Çok Emin Değilim. 3.Bazen Eminim. 4. Eminim. 5. Çok Eminim.

	1	2	3	4	5
1.Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabiliyorum.	1	2	3	4	5
2.Diğer işlerde de olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3.Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
4.Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5.Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6.Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim	1	2	3	4	5
9.Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütü ile besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
14. bebeğimin emmeyi bitirmek isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

EK 6: Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

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.

	ÖLÇEK MADDELERİ	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					

EK 7: Anne İzlem Formu

Ameliyat Tarihi:

Ameliyat Saati:

Müdahale Grubu

GÜN/SAAT	VAS puanı		LATCH puanı		EÖYÖ puanı		DSKÖ puanı		Analjezik ismi ve saati
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	
1. gün									
1.uygulama									
2.uygulama									
2. gün									
1.uygulama									
2.uygulama									
3.uygulama									
4.gün									
7.gün									

Kontrol Grubu

GÜN/SAAT	VAS puanı	LATCH puanı	EÖYÖ puanı	DSKÖ puanı	Analjezik ismi ve saati
1. gün					
8. saat					
12. saat					
2. gün					
1.ölçüm					
2.ölçüm					
3.ölçüm					
4.gün					
7.gün					

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

“Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma” Adlı Araştırma İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma bir doktora tezi araştırmasıdır. Günümüzde sezaryen (anne karnından açılan bir kesi ile bebeğin karın duvarından çıkarılması), kadınlarda en sık uygulanan cerrahi girişimlerden biridir. Sezaryen ameliyatlarının uygulama sıklığının giderek artması kadınlarda ameliyat sonrası oluşabilecek sorunların da sıklıkla yaşanmasına sebep olmaktadır. Sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlar arasında annede ağrı, emzirme ve konfor sorunları gibi sorunlar yer almaktadır. Sezaryen sonrası yaşanabilecek bu sorunların giderilmesinde standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Bununla birlikte yapılan çeşitli çalışmalarda, sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunların giderilmesinde Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu'nun (TENS) (Cilde yerleştirilen elektrodlar aracılığıyla, sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemi) ve progresif gevşeme egzersizlerinin (el, ayak, yüz gibi vücudun çeşitli bölgelerine bölgesel olarak uygulanan kasılıp gevşeme egzersizleri) etkili olduğu belirlenmiştir. Ancak bu çalışmaların sayısı kısıtlıdır ve yapılan çalışmalar yüksek kanıt düzeyine sahip değildir. Bunun yanında yapılan çalışmalar sezaryen sonrası ağrının giderilmesine yönelik yürütülmüştür. TENS ve gevşeme egzersizlerinin emzirme davranışı ve konfor düzeyine etkisini belirlemeye yönelik çalışmalar değildir. Bu nedenle TENS ve gevşeme egzersizlerinin ağrı, emzirme ve konfor düzeyine etkisini belirlemek açısından bu çalışmanın yürütülmesi önemlidir.

Bu araştırmanın amacı, sezaryen ile doğum yapan kadınlara doğum sonu ilk 48 saatte uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun akut ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyine etkisini belirlemektir. Bu çalışmada sezaryen sonrası ağrı düzeyini

azaltmak; emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor düzeyini arttırmayı hedefliyoruz.

Araştırma sırasında uygulanacak yöntemler arasında; TENS ve progresif gevşeme egzersizleri yer almaktadır. TENS ve progresif gevşeme egzersizleri dışında uygulanacak herhangi bir alternatif yöntem veya tedavi bulunmamaktadır. Araştırmada yer alan katılımcılar 4 gruba ayrılacaktır. Araştırmada, 3 gruba sezaryen sonrası ağrı, emzirme ve konfor sorunlarına yönelik müdahaleler yapılacak, 1 gruba ise herhangi bir müdahale yapılmayacaktır. Araştırmada, müdahale gruplarında 90 (her bir müdahale grubunda 30 gönüllü), kontrol grubunda ise 30 olacak şekilde toplam 120 gönüllü yer alacaktır. Sizin hangi gruba atanacağınız bilgisayar ortamında “Random Allocation Software Programı” kullanılarak rastgele belirlenecektir. Aynı özelliklere sahip gönüllülerin rastgele gruplara atanma olasılığı bulunmaktadır.

Müdahale gruplarında uygulamalara sezaryen ile doğum sonrası 8. saatte başlanacak ve belli aralıklarla 48 saat devam edecektir. Müdahale gruplarından 1. gruba TENS uygulanacaktır. TENS uygulanacak gruba, ameliyat sonrası 48 saat, birinci gün 4 saat ara ile 2 uygulama, ikinci gün 8 saat ara ile 3 uygulama yapılacaktır. TENS uygulaması araştırmacılar tarafından hasta odasında uygulanacaktır. Uygulama öncesi sizlere sırtüstü yatar pozisyon verilecek, TENS uygulanacak bölgenin/cildin temiz ve kuru olması sağlanacaktır. Uygulanan TENS’in iki elektrodu ameliyat bölgesinin 2 cm üstüne, diğer iki elektrodu ise ameliyat bölgesine 2 cm altına yerleştirilecektir. Uygulama boyunca sizin dinlenmeniz sağlanacaktır. Uygulama sırasında araştırmacılar tarafından izlem yapılacaktır. Uygulama bitiminde elektrodlar ameliyat bölgesinden çıkartılacaktır. Bir uygulamada araştırmacılar tarafından 30 dakika ameliyat bölgesine TENS uygulanacaktır. 2. gruba progresif gevşeme egzersizleri uygulanacaktır. Progresif gevşeme egzersizleri uygulanacak gruba, ameliyat sonrası 48 saat, birinci gün 4 saat ara ile 2 uygulama, ikinci gün 8 saat ara ile 3 uygulama yapılacaktır. Progresif kas gevşeme egzersizleri araştırmacı denetiminde ve talimatları ile sizler tarafından yapılacaktır. Egzersizlere derin solunum hareketi ile başlanarak sırası ile ayak kaslarından yüz kaslarına kadar aşağıdan yukarıya doğru, kasları germe sırasında nefes alma, nefesi tutma ve kasları serbest bırakma sırasında nefes verme hareketleri ile yürütülecektir.

Egzersizler sırasında sizden kas gruplarına odaklanmanız istenecektir. Bir uygulamada araştırmacı denetiminde 30 dakika progresif gevşeme egzersizleri uygulanacaktır. 3. gruba, hem progresif kas gevşeme egzersizleri hem de TENS uygulamaları bir arada uygulanacaktır. Uygulamada ilk olarak 30 dakika Progresif kas gevşeme egzersizleri daha sonra araştırmacı tarafından 30 dakika TENS uygulamasının yapılacaktır.

Müdahaleler sizin müsait olduğunuz zamanlara göre planlanacaktır. Müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi için araştırmanın bir kontrol grubuna ihtiyacı bulunmaktadır. Kontrol grubunda bulunan gönüllülere araştırmadaki müdahalelerin herhangi biri uygulanmayacaktır.

Yapılan müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek için müdahale ve kontrol gruplarında ölçüm araçları uygulanacaktır. Uygulanacak ölçüm araçları: Veri Toplama Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS), LATCH Emzirme Tanılama Aracı (LATCH), Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ve Anne İzlem Formu'dur.

Müdahale ve kontrol gruplarında ölçüm araçları ilk olarak kliniğe kabulde uygulanacaktır. Daha sonra sezaryen ile doğum sonrası bir hafta boyunca ilk 48 saat hastanede hasta odasında müdahale gruplarında; her müdahaleden önce ve sonra, kontrol grubunda ise; ilk gün 4 saat ara iki kez, ikinci gün 8 saat ara ile 3 kez uygulanacaktır. Ölçüm araçları bütün gruplarda hastaneden taburcu olduktan sonra 4. ve 7. gün evde uygulanacaktır. Size bu çalışmada yukarıda açıkladığımız konulara ilişkin sorular yönelteceğiz ve sezaryen sonrası ağrı, emzirme davranışı, emzirme özyeterliliği ve konfor ölçüm araçlarını uygulayacağız. Yanıtlarınız doğru yanlış olarak değerlendirilmeyecektir. Sorular, sizlerin sezaryen sonrası yaşadığımız sorunlar ve bu sürecin sizi nasıl etkilediğine ilişkin görüşlerinizi öğrenmek amacı ile yöneltilmektedir. Ölçüm araçları bizim rehberliğimizde sizler tarafından doldurulacaktır. Bu formların doldurulması yaklaşık 10 dakika sürecektir. Müdahaleler sizin müsait olduğunuz boş zamanlara göre planlanacaktır.

Bu çalışmada sizin veya bebeğinizin maruz kalacağı herhangi bir risk veya rahatsızlık yoktur. Sizin bu çalışmadaki sorumluluğunuz; bir hafta boyunca ilk 48 saat hastanede, yürüteceğimiz müdahalelere katılmak ve/veya ölçüm araçlarını doldurmak;

hastaneden taburcu olduktan sonra da yapacağımız ev ziyaretlerinde ölçüm araçlarını doldurmaktır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Araştırmadan elde edilen verilere; gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar ulaşabilir. Bunun yanında veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Veriler bu amaçların dışında kullanılmayacak, gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. İmzalı bu form kağdının bir kopyası size verilecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Adres: Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakóltesi

Sıhhiye/Ankara 06100

Tel: 0 505 296 84 31

E-mail: derya_ozurk82@mynet.com

Araştırma Ekibi

Doç.Dr. Barış Nacı

Yrd. Doç. Dr. Gülten Koç

Uzm. Dr. Yetkin Karasu

Blm. Uzm. Derya Öztürk

Katılımcı Beyanı;

Sayın araştırma ekibi görevlisi/görevlileri tarafından, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde bir çalışma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirilmeden sonra çalışmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine çalışma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir. Çalışmanın yürütülmesi sırasında istediğim zaman herhangi bir neden göstermeden ve herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkımı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceğimi ve araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bununla birlikte çalışmadan çekilebileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; araştırma hakkında, kendi haklarım hakkında daha fazla bilgi temin edebilmem için günün 24 saatinde araştırmacılardan Blm. Uzm. Derya Öztürk'ü 0 505 296 84 31 nolu cep telefonundan arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Tarih:

EK 9: Nefes Koçluk Sertifikası



EK 10: Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan İzin Yazısı

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezaryen Doğum Yapan Kadımlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stümlasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	KA-17142

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
		SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	29.01.2018 imza tarihli
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/02- 16 (KA-17142)	Toplantı Tarihi: 16.02.2018 (İlk değerlendirme tarihi: 17.11.2017)
	Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği öğretim üyelerinden Doç. Dr. Barış NACIR'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Uzman Hemşire Derya ÖZTÜRK'un doktora tezi olan, Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ ve Uzm. Dr. Yetkin KARASU ile birlikte çalışacakları KA-17142 kayıt numaralı "Sezaryen Doğum Yapan Kadımlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stümlasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi" başlıklı proje önerisine ait yukarıda bilgileri verilen belge ve dokümanlar; araştırmamın/çalışmamın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve bilgi edinilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. 20 Ekim 2016 tarih 29862 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinin 4. fıkrası uyarınca bu çalışmaların Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Kişisel Sağlık Verileri Komisyonu tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. F. Alev TÜRKER					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım*	İmza
Prof. Dr. F. Alev Türker Başkan	İç Hst. AD. Medikal Onkoloji	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zafer Çehreli, Başkan Yardımcısı	Pedodonti	Hacettepe Ü. Dişhek. F.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mutlu İlayran, Raportör	Epidemiyoloji	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Fatma Gümrük	Çocuk Sağl. ve Hst. Hematoloji BD.	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	KONGREDE
Prof. Dr. Murat Yurdakök	Çocuk Sağl. ve Hst. Neonatoloji BD.	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan Eldem	Far. Bioteknoloji	Hacettepe Ü. Ezc. F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nilgün Sayınalp	İç Hst. Hematoloji	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof. Dr. Ayşe Küçükdeveci	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Ankara Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuket Örnekin Buken	Tıp Tarihi ve Etik	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Mehmet Uğur	Biyofizik	Ankara Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İnci Erdemli	Farmakoloji	Hacettepe Ü. Eczacılık F.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Biyostatistik	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Meltem Onurlu	Hukuk	Hacettepe Ü. Hukuk Müşavirliği	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Fatma Nesrin Şeyhismailoğlu	İşletme	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. F. Alev TÜRKER
İmzası:

Not: Etik Kurul Başkanı'nın her sayfada imzası yer almalıdır.

EK 11: S.B Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

NORMAL

Sayı : 71146310-511.06-E.108598
Konu : 2018-066

08.06.2018

Sayın Doç. Dr. Barış NACIR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği
ANKARA

- İlgi a) 04.06.2018 tarihli ve E.161658 sayılı başvurunuz.
b) 07.06.2018 tarihli ve E.166077 sayılı başvurunuz.

Sorumlu araştırmacısı olduğunuz, aşağıdaki tabloda bilgileri verilen ilgi klinik araştırma başvuru dosyası ve belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 06.09.2014 tarihli ve 29111 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği gereğince incelenmiş olup **Uzmanlık Tezleri ve/veya Akademik Amaçlı Yapılacak Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Başvuru Formunda** belirtilen merkezlerde araştırmanın başlaması uygun bulunmuştur.

Araştırmanın Adı	Sezaryen Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi
Koordinatör Merkez	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği
Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Barış NACIR
Protokol tarihi / versiyon no	29.01.2018 V:1.2
BGOF tarihi / versiyon no	29.01.2018 V:1.2
ORF tarihi / versiyon no	29.01.2018 V:1.2
Araştırma Broşürü tarihi / versiyon no	-

Bu kapsamda yukarıda ayrıntıları verilen çalışma ile ilgili olarak;

- İthal edilecek araştırma cihazının ithalat izni için Kurumumuza müracaat edilmesi,
- CE işareti taşımayan klinik araştırma amaçlı cihazın araştırma haricinde kullanılmaması,

Söğütözü Mahallesi, 2176.Sokak No:5 06520 Çankaya/ANKARA
Tel: (0 312) 218 30 00- Fax : (0 312) 218 34 60 www.titek.gov.tr

Bilgi için: Elmas TÜRE
Unvan: Biyolog

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır. Doküman <http://ebs.titek.gov.tr/Basvuru/Elmza/Kontrol> adresinden kontrol edilebilir. Güvenli elektronik imza aslı ile aynıdır. Dokümanın doğrulama kodu : Q3NRZW56Z1AxS3k0ZW56Q3NRM0Fy

EK 12: Araştırmanın Yürütüldüğü S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara
Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim
Kurulu'ndan İzin Yazısı



T.C.S.B.
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
Karar Defteri

Toplantı No: **0027**

06.12.2017

BAŞKAN
Doç.Dr.M.Recep Pekcici
Başhekim

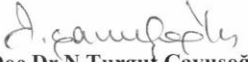
TUEK ASIL ÜYELERİ

TUEK YEDEK ÜYELERİ

Doç.Dr.Murat Kekilli Gastroenteroloji Kliniği. (Eğitim Koordinatörü)	
Doç.Dr.Nadir Turgut Çavuşoğlu Genel Cerrahi Kliniği	Prof.Dr.Meliha Korkmaz Nükleer Tıp Kliniği
Prof.Dr.K.Bahadır Alemdaroğlu Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	Doç.Dr.Elif Ergün Radyoloji Kliniği
Prof.Dr.Uğur Koçer Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği	Doç.Dr.Ayşe Esra Karakoç Mikrobiyoloji Kliniği
Doç.Dr.Hülya Başar Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	Doç.Dr.Necmi Arslan KBB Hastalıkları Kliniği
Doç.Dr.Sevim Aslan Felek KBB Hastalıkları Kliniği	Doç.Dr.Burcu Duyut Çakır Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

KARAR:

310.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği çalışanlarından **Hemşire Derya Öztürk**'ün doktora tezi olan **"Sezaryen doğum yapan kadınlara uygulanan progresif gevşeme egzersizleri ve transkütan elektriksel sinir stimülasyonunun akut ağrı, emzirme davranışı ve Konfor düzeyine etkisi"** konulu çalışmasını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmesi **UYGUNDUR.**


Doç.Dr.N.Turgut Çavuşoğlu

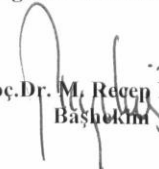

Prof.Dr.K.Bahadır Alemdaroğlu


Prof.Dr.Uğur Koçer


Doç.Dr.Hülya Başar


Doç.Dr.Sevim Aslan Felek

Doç.Dr. Murat Kekilli
Eğitim Koordinatörü


Doç.Dr. M. Recep Pekcici
Başhekim

**EK 13: Araştırmanın Yürütüldüğü S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Şefliğinden İzin Yazısı**

06.12.2017

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

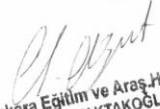
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliği'ne

Ankara

Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde çalışan ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği bölümünde doktora öğrencisi olan Hemşire Derya Öztürk'ün kliniğimiz doktorlarından Uzm. Dr. Yetkin Karasu, hastanemiz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'nden Doç. Dr. Barış Nacı ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bölümü'nden Yrd. Doç. Dr. Gülten Koç'un dahil olduğu Derya Öztürk'ün doktora tez çalışması "Sezaryen Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi" isimli çalışmanın kliniğimizde yürütülmesi uygundur.

Klinik Şefi

Uzm. Dr. Gülay Taktakoğlu


S.B. Ankara Eğitim ve Araç. Hast.
Uzm. Dr. Gülay TAKTAKOğLU
Tıp. Tes. No: 45832
Uzm. Tes. No: 46156
Kadın Doğum Uzmanı

EK 14: Dijital Makbuz

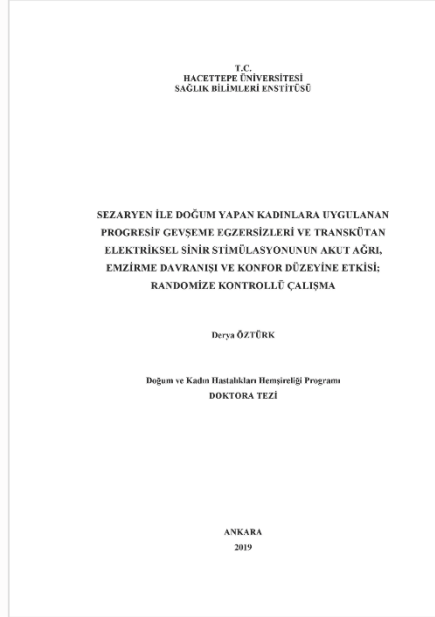


Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Derya Öztürk
Ödev başlığı: Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınla...
Gönderi Başlığı: Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınla...
Dosya adı: derya Öztürk 24.09.2019.docx
Dosya boyutu: 17.81M
Sayfa sayısı: 172
Kelime sayısı: 37,080
Karakter sayısı: 248,360
Gönderim Tarihi: 24-Eyl-2019 02:49PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1178995903



EK 15: Orjinallik Ekran Çıktısı

Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi; Randomize Kontrollü

ORJİNALLİK RAPORU

%**8**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**6**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%< 1

★ www.solucan.web.tr

İnternet Kaynağı

Alıntılarını çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Derya Öztürk

Doğum tarihi ve yeri: 28/03/1982, Şiran

Yabancı dil bilgisi: İngilizce, çok iyi

Görev yeri: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

2. Eğitim Bilgileri

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Doktora	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013-2019
Yüksek Lisans	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009-2012
Lisans	Hemşirelik Yüksekokulu	Ankara Üniversitesi	2001-2005

Yüksek Lisans Tezi: Bir Üniversitenin Sağlıkla İlgili Alanlarında Öğrenim Gören Gençlerin Human Papilloma Virüs Enfeksiyonuna İlişkin Bilgileri

3. Mesleki Deneyim

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	KURUM
2013 -.....	Hemşire	Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2002- 2013	Hemşire	Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2001-2002	Ebe	Doğum Salonu Ünitesi	S.B. Şiran Devlet Hastanesi

4. Bilimsel Faaliyetler

Uluslararası/Ulusal Yayınlar

1.Yılmaz Sezer N, **Öztürk D**, Gönenç İ.M. Dördüncü sınıf ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum sonu cinsel sağlık yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(3),165-81.

2.**Öztürk D**, Yılmaz Sezer N, Eroğlu K. Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(1-2-3),13-28.

5. Bilimsel Kuruluşlara Üyelik

Türk Hemşireler Derneği

6. Bilgisayar Bilgisi

Word, powerpoint: Çok iyi

Excel: İyi