

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONU ERKEN DÖNEMDE ANNELERE  
UYGULANAN SIRT MASAJININ KONFOR,  
AĞRI, ANKSİYETE VE FİZYOLOJİK  
PARAMETRELERE ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Gamze ŞAHBAZ ÇADIR**  
**ORCID: 0000000289990818**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Nülüfer ERBİL**

**ORDU-2024**

**ONAY**

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gamze ŞAHBAZ ÇADIR

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimde her konuda bilgisiyle bana ışık tutan, yol gösteren, paylaşımcı, sabırlı, üretken ve hümanist yaklaşımlarıyla her konuda idol aldığım, benim için bir öğretmenden çok daha fazlası olan, öğrencisi olmaktan kıvanç duyduğum değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Tez izleme komitemde fikir ve öneriyle tezimi olgunlaştıran, emeklerini esirgemeyen, her zaman hoşgörüyüyle yaklaşan Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tezimin son halini almasında değerli önerileri ve katkıları olan, tez savunmamda yer alan Doç. Dr. Eda ŞAHİN ve Dr. Öğr. Üyesi Mehtap GÜMÜŞAY'a

Doğum Sonu Konfor Ölçeği için kullanım izni veren Prof. Dr. Hatice YILDIZ'a, Durumluk/Sürekli Anksiyete Ölçeği için kullanım izni veren Prof. Dr. Necla ÖNER'e, İstatistik analizinde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Başta halam Elif KIR olmak üzere kadın doğumun ve dahiliye yoğun bakımın tüm ebe ve hemşirelerine, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara, her zaman yardımcı olan arkadaşlarıma,

Tez yazma sürecimi kolaylaştıran, varlığına her daim şükrettiğim başta biricik annem olmak üzere desteklerini hiç esirgemeyen, bana güvenen canım aileme,

Sevgisi, sabrı ve fedakarlığıyla doktora sürecinde desteğini esirgemeyen, tüm stresimde beni sakinleştiren ve motive eden canım eşim, hayat arkadaşım Mehmet'e,

Ve doğumuyla hayatımı anlamlandıran, annesi olmaktan mutluluk duyduğum canım, biricik oğlum Kıvanç'ıma teşekkür ederim.

Gamze ŞAHBAZ ÇADIR

## ÖZET

### DOĞUM SONU ERKEN DÖNEMDE ANNELERE UYGULANAN SIRT MASAJININ KONFOR, AĞRI, ANKSİYETE VE FİZYOLOJİK PARAMETRELERE ETKİSİ

**Amaç:** Bu çalışma, doğum sonu erken dönemde annelere uygulanan sırt masajının konfor, ağrı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisini incelemek için yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tek kör randomize kontrollü çalışmanın örneklemini müdahale grubunda 36 ve kontrol grubunda 36 olmak üzere 72 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri 12 Aralık 2022-12 Aralık 2023 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu, Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ), Visüel Analog Skala (VAS), Durumluk Anksiyete Ölçeği (DAÖ), Sürekli Anksiyete Ölçeği (SAÖ), Fizyolojik Parametreler Formu (FPF) ile toplanmıştır. Müdahale grubuna normal doğum sonrası 3. saatte 20 dk sırt masajı uygulanmış, kontrol grubuna ise rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Wilcoxon testi ve Ki-kare Testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Uygulama sonrası müdahale grubundaki kadınların konfor puan ortalamasında artış, ağrı ve anksiyete puan ortalamalarında azalma olmakla birlikte, müdahale ve kontrol grubu ön test-son test DSKÖ, VAS, DAÖ, SAÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Müdahale grubunda ön test ( $37.44\pm 8.05$ ) ve son test ( $34.86\pm 6.71$ ) Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları grup içi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Müdahale ve kontrol grubu son test diastolik basınç ve solunum sayısı ortalamaları gruplar arası farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Müdahale grubunun son test ortalamaları diastolik basınç  $65.36\pm 8.86$ , solunum sayısı  $22.58\pm 2.66$ ; kontrol grubunun son test ortalamaları diastolik basınç  $70.94\pm 9.76$ , solunum sayısı  $24.64\pm 3.44$  bulunmuştur. Müdahale grubunun ön test ve son test diastolik basınç ve nabız/kalp atım hızı ortalamaları grup içi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Normal doğum yapan primipar kadınlara uygulanan sırt masajının konfor ve oksijen saturasyonu parametrelerini artırdığı; ağrı, anksiyete, sistolik basınç, diastolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, solunum sayısı parametrelerini azalttığı, ancak anlamlı farkın diastolik basınç ve solunum sayısında olduğu bulunmuştur. Doğum sonu erken dönemde sırt masajının konfor, ağrı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisine yönelik farklı popülasyonda ve fazla sayıda katılımcıyla daha ileri çalışmalar planlanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, anksiyete, doğum sonu, fizyolojik parametreler, konfor, masaj

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF BACK MASSAGE APPLIED TO MOTHERS IN THE EARLY POSTPARTUM PERIOD ON COMFORT, PAIN, ANXIETY AND PHYSIOLOGICAL PARAMETERS

**Aim:** This study was conducted to examine the effect of back massage applied to mothers in the early postpartum period on comfort, pain, anxiety and physiological parameters.

**Material and Method:** The sample of the single-blind randomized controlled study consisted of 72 women, 36 in the intervention group and 36 in the control group. Research data were collected between 12 December 2022 and 12 December 2023 with the Personal Information Form, Postpartum Comfort Scale (PPCS), Visual Analog Scale (VAS), State Anxiety Scale (SAS), Trait Anxiety Scale (TAS), Physiological Parameters Form (PPF). The intervention group received a 20-minute back massage at the 3rd hour after normal birth, and the control group received routine nursing care. Descriptive statistical methods, t test in dependent and independent groups, Mann-Whitney U test, Wilcoxon test, McNemar Chi-square Test were used in the analysis of the data.

**Results:** After the application, there was an increase in the comfort score average and a decrease in the pain and anxiety score averages of the women in the intervention group, however, the difference between the pretest-posttest PPCS, VAS, SAS, TAS score averages in the intervention and control groups was not found to be statistically significant ( $p>0.05$ ). In the intervention group, the intra-group difference in the pretest ( $37.44\pm 8.05$ ) and posttest ( $34.86\pm 6.71$ ) State Anxiety Scale score averages was found to be statistically significant ( $p<0.05$ ). The difference between the posttest diastolic pressure and respiratory rate averages in the intervention and control groups was found to be statistically significant ( $p<0.05$ ). The posttest means of the intervention group were found to be  $65.36\pm 8.86$  for diastolic pressure,  $22.58\pm 2.66$ ; the posttest means of the control group were found to be  $70.94\pm 9.76$  for diastolic pressure,  $24.64\pm 3.44$ . The within-group difference in the pretest and posttest means of diastolic pressure and pulse/heart rate of the intervention group was found to be statistically significant ( $p<0.05$ ).

**Conclusions:** Back massage applied to primiparous women who gave birth normally increased the comfort and oxygen saturation parameters; It was found that it reduced the parameters of pain, anxiety, systolic pressure, diastolic pressure, pulse/heart rate, fever/body temperature, and respiratory rate, but the significant difference was in diastolic pressure and respiratory rate. It is recommended that further studies be planned with different populations and a larger number of participants regarding the effects of back massage on comfort, pain, anxiety and physiological parameters in the early postpartum period.

**Keywords:** Pain, anxiety, postpartum, physiological parameters, comfort, massage

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ BİLDİRİMİ.....</b>	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>II</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>IV</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>IX</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>XI</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Doğum.....	5
2.1.1. Vajinal Doğumun Avantajları.....	6
2.1.2. Vajinal Doğumun Dezavantajları.....	7
2.1.3. Vajinal Doğumun Kontrendikasyonları.....	7
2.1.4. Sezaryene Yönelik Bilgiler.....	7
2.1.5. Vajinal Doğumu Artırmaya Yönelik Öneriler.....	8
2.2. Doğum Sonu Dönem.....	9
2.3. Konfor.....	11
2.4. Ağrı.....	13
2.4.1. Ağrı Teorileri.....	13
2.5. Anksiyete.....	14
2.6. Fizyolojik Parametreler.....	15
2.7. Masajın Tanımı ve Tarihi.....	18
2.7.1. Masajın Sınıflaması.....	18
2.7.2. Masaj Türleri.....	19
2.7.3. Masaj Manipülasyonları.....	20
2.7.4. Masaj Teknikleri.....	21
2.7.5. Masajın Etkisi.....	22
2.7.6. Masaj Yapılırken Dikkat Edilmesi Gerekenler.....	23
2.7.7. Masajın Kontrendikasyonları.....	24
2.8. Sırt Masajı.....	24
2.9. Doğum Sonu Dönemde Masaj ve Hemşirelik.....	25

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	28
3.3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri.....	28
3.3.3. Randomizasyon ve Körleme.....	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	30
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	30
3.4.2. Doğum Sonu Konfor Ölçeği.....	31
3.4.3. Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği.....	32
3.4.4. Görsel Analog Skala.....	33
3.4.5. Fizyolojik Parametreler Formu.....	33
3.5. Verilerin Toplanması.....	33
3.5.1. Çalışma Protokolü.....	35
3.6. Verilerin Analizi.....	39
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	40
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
3.8.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	40
3.8.2. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	40
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Gruplar Arası Karşılaştırma Bulguları.....	43
4.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Gruplar Arası Karşılaştırma Bulguları.....	46
4.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Grup İçi Karşılaştırma Bulguları.....	51
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
5.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test DSKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59



5.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Anksiyete Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Fizyolojik Parametreler Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>67</b>
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	70
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>72</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>93</b>
EK 1. G*Power Çalışma Grubu Belirlenmesi.....	93
EK 2. Randomizasyon Listesi.....	94
EK 3. Klasik Masaj Teknikleri Eğitimi Sertifikası.....	95
EK 4. Kişisel Bilgi Formu.....	96
EK 5. Doğum Sonu Konfor Ölçeği.....	97
EK 6. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visüel Analog Skalası/VAS).....	99
EK 7. Durumluk Anksiyete Ölçeği.....	100
EK 8. Sürekli Anksiyete Ölçeği.....	101
EK 9. Fizyolojik Parametreler Formu.....	102
EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu).....	103
EK 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu).....	104
EK 12. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu.....	105
EK 13. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu.....	106
EK 14. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Kullanım İzni.....	108
EK 15. Durumluk/Sürekli Anksiyete Ölçeği Kullanım İzni.....	109
EK 16. Etik Kurul İzni.....	110
EK 17. İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	111
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>112</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 3.1.</b> Çalışmanın CONSORT (2010) Akış Diyagramı.....	34
<b>Şekil 3.2.</b> Çalışma Akış Şeması.....	39

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 2.1.</b> Kan Basıncı Sınıflandırmaları.....	16
<b>Tablo 3.1.</b> PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study Design).....	29
<b>Tablo 4.1.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.2.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.3.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 4.4.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test VAS Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 4.5.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.6.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Fizyolojik Parametreleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.7.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.8.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.9.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test VAS Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.10.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.11.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Fizyolojik Parametreleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49

<b>Tablo 4.12.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 4.13.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 4.14.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test VAS Ağrı Düzeylerinin Grup İçi Dağılımları.....	53
<b>Tablo 4.15.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.16.</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Fizyolojik Parametreleri Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	55

## SİMGELER VE KISALTMALAR

- ACOG** : American College of Obstetricians and Gynecologists/Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- APA** : Amerikan Psikoloji Derneği
- CONSORT** : Consolidated Standards of Reporting Trials
- DAO** : Durumluk Anksiyete Ölçeği
- DSD** : Doğum Sonu Dönem
- DSKO** : Doğum Sonu Konfor Ölçeği
- DSO** : Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization
- FPF** : Fizyolojik Parametreler Formu
- HIV** : Human Immunodeficiency Virus
- HUNEE** : Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
- IASP** : International Association for the Study of Pain/Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
- NICE** : National Institute for Health and Care Excellence/İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
- Ort** : Ortalama
- PICOS** : Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study Design
- SAO** : Sürekli Anksiyete Ölçeği
- SPIRIT** : Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials/Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyleer için Öneriler
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- SS** : Standart Sapma
- STAI-I** : Durumluk Anksiyete Ölçeği
- STAI-II** : Sürekli Anksiyete Ölçeği
- TDK** : Türk Dil Kurumu

- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması  
**TUIK** : Türkiye İstatistik Kurumu  
**UCP-2** : Uncoupling Protein-2  
**VAS** : Visual Analogue Scale/Görsel Analog Skala

## 1. GİRİŞ

Kadın, hayatı boyunca hastalık, gebelik, doğum, doğum sonu gibi geçiş süreçleriyle karşılaşabilir. Kadının hayat evrelerinin önemli gelişimsel olaylarından olan anneliğe geçişle birlikte, kadının hayatında farklı bir evre başlar. Bu geçiş süreçlerinin yönetimi ve bakımı yaşamın ilerleyen aşamaları için önem taşır (Bekmezci ve Meram, 2021; Taşkın, 2023).

Postpartum dönem; doğum ile başlayan, annenin fizyolojik ve psikolojik durumunun gebelik öncesi haline dönmeye başladığı ve tamamlandığı, doğum sonu 6-12 haftalık süreci kapsayan dönemdir (Berens, 2020; Taşkın, 2023). Postpartum dönem, dördüncü trimestir olarak da adlandırılır (Berens, 2020).

Yeni gelişimsel bir sürece hazırlık olan postpartum döneme kadının uyumunda farklılıklar görülebilir. Postpartum dönemde enfeksiyon (Oskay ve Avcı, 2019), meme sorunları, emzirme sorunları (Toprak vd., 2017), konfor alanını sağlamada güçlükler, ağrı, anksiyete, depresyon ve fizyolojik parametrelerde normalden sapmalar gibi sorunlar görülebilir (Werner vd., 2015; Poyatos-León vd., 2017).

Ağrı, vücudun herhangi bir noktasından meydana gelen, organik ya da başka bir nedenle olan, kişinin geçmiş hayatındaki tüm deneyimlerini içeren, nahoş bir duygudur (Türk Algoloji Derneği, 2024). Ağrı postpartum dönemde sık görülebilecek bir sorundur. Postpartum dönemde ağrı düzeyi kişiler arasında farklılık göstermektedir. Ağrı, subjektif bir semptomdur ancak kadınlar postpartum dönemde yaşadıkları ağrının şiddetini tanımlayabilir (Ramasamy ve Suzan, 2014). Uterusun hızlı ve aralıklı kasılması, epizyotomi uygulaması postpartum dönemde ağrıya neden olabilmektedir. Ramasamy ve Suzan (2014), postpartum 1-2 hafta boyunca, normal doğum yapan kadınların %68'inin ağrılarının devam ettiğini ve ağrı sürecinin etkili yönetilmesi amacıyla ağrı şiddetinin saptanmasının önemini vurgulamıştır. Ağrıyı azaltmak için müzik, ten tene temas ve meditasyon gibi farklı girişimler uygulanmaktadır (Gökdoğan Keleş, 2022). Gökdoğan Keleş (2022), müzik dinletilmesinin ağrı yönetiminde yardımcı olduğunu ve konfor düzeyini artırdığını bulmuştur.

Postpartum ağrı, kadının konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların postpartum dönemde konfor düzeylerinin belirlenmesi, eğitim verilmesi, sağlık

profesyonellerinin nitelikli bakım vermeleri postpartum dönemde karşılaşılabilecek sorunların çözümünde önemlidir (Çapık vd., 2014).

Konfor üzerinde ağrı dışında genellikle; doğum şekli, gebelik sayısı, doğum sonu eğitim alma, kadının eğitim düzeyi de etkili olmaktadır (Pınar vd., 2009; Erkaya vd., 2017). Pınar ve ark. (2009)'nın çalışmasında, eğitim seviyesi arttıkça sosyokültürel konfor puanının azaldığı, normal doğum yapanlarda konfor düzeyinin sezaryen yapanlara oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Şenol ve Aslan (2017)'in normal doğum yapan annelerin soğuk jel uygulamasıyla postpartum ağrıyla hafiflettiği ve buna bağlı olarak konfor düzeyini artırdığı belirlenmiştir (Şenol ve Aslan, 2017).

Konforun etkilenmesi kadının anksiyete düzeyini etkilemektedir. Ayrıca stresli yaşam, sosyal desteğin zayıf olması, yaşayan çocuk sayısı, evlilikte çatışmaların olması, düşük sosyoekonomik düzey, planlanmamış gebelik, kadının yaşının küçük olması gibi durumlar kadının postpartum dönemde anksiyete düzeyinde etkilidir ve depresyon riskini artırabilir (Werner vd., 2015; Poyatos-León vd., 2017).

Anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunların görülmesi sadece anne için değil, aile bireyleri için de olumsuz etkileri olur (Werner vd., 2015). Bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak amacıyla anneye sosyal destek vermek, etkili iletişim kurmak önemlidir. Uyar ve Akın Korhan (2011)'in yaptığı çalışmada müzik terapisinin hem ağrı hem de anksiyete üzerinde etkisinin olumlu olduğunu belirlemişlerdir. Icke ve Genç (2021)'in çalışmasında, ayak masajı uygulamasının annede ağrıyı azaltmasına bağlı olarak anksiyete düzeyini azalttığı, beden imgesinde rahatsızlığı hafiflettiği ve benlik saygısını artırdığı belirtilmiştir.

Postpartum dönemde kadınların birçoğu anksiyete yaşamaktadır. Postpartum dönemde anksiyete bozukluklarının prevalansını Tietz ve ark. (2014) %11, Fairbrother ve ark. (2016) %17.1 belirlemişlerdir.

Postpartum süreçte uyumu sağlamada, sorunların çözümünde hemşirelik bakımı önemlidir. Verilecek bakımda bireyin ihtiyaçları doğrultusunda veri toplanıp, konforu artırmaya, ağrıyı-anksiyeteyi azaltmaya ve kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu, solunum sayısı fizyolojik parametrelerini normalize etmeye çalışılmalıdır (Kolcaba, 2003; Çapık vd., 2014; Şahbaz ve Erbil, 2024). Kadının anksiyete düzeyinin yüksek olması, fizyolojik değişiklikleri yaşam



bulgularını etkilemektedir. Bu yüzden yaşam bulgularının referans değerlerden kayması hemodinamik dengenin bozulduğunun veya bir sorun olduğunun habercisidir. Postpartum dönemde kritik hastalarda her saat başı, daha sonra belli aralıklarla yapılan izlemde fizyolojik durumu yansıtarak hemodinamik dengenin değerlendirilmesi önemli rol oynar (Öztürk., 2022). Fizyolojik parametreler doğum sonu sürecin yönetiminde, tedavi protokolü belirlenmesinde önemli belirteçlerdir. Temel yaşam parametreleri olarak belirtilen kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı kişinin sağlık durumunu belirten parametrelerdir (Pamuk, 2021).

Bu amaçla postpartum dönemde görülen bu durumlara yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahaleler yapılmalıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından etkinliği kanıtlanmış nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasıyla sağlık bakımında kalitenin yükseltilmesi, hasta bakımı sonuçlarında ve klinikteki uygulamalarda fark oluşturulması, hasta memnuniyeti oranlarının yükseltilmesi ve bakımın standardize edilmesi mümkün olabilmektedir (Sarı Çetin ve Erbil, 2020). Postpartum dönemde uygulanan aromaterapi, yoga gibi birçok uygulama vardır. Masaj da bunlardan biridir. (Alkan ve Özçoban, 2017; Okyay, 2018; Karadağ ve Kırca, 2019; Öztoprak ve Calpbiniçi, 2022; Boushra ve Rahman, 2023). Masaj, vücudun yumuşak dokularına sistematik olarak yapılan, gevşeme ve zihinsel rahatlama sağlayan işlemdir. Teorik olarak masaj ciltteki çevresel reseptörleri uyarır. Uyarılar omurilik yoluyla beyne ulaşır ve genel rahatlama sağlar (Cassileth ve Vickers, 2004; Kutner, 2008).

Literatürde masaj uygulamasına yönelik masaj, konfor, ağrı, anksiyete, fizyolojik parametreye yönelik ayrı ayrı çalışmalar vardır ancak doğum sonu erken dönemde konfor, ağrı, anksiyete, kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu, solunum sayısı fizyolojik parametrelerini birlikte ölçen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma ile doğum sonu erken dönemde annelere uygulanan sırt masajının konfor, ağrı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisi birlikte incelenerek literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri:

H<sub>0</sub><sub>1</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda konfor değerleri açısından fark yoktur.

H1<sub>1</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda konfor değerleri açısından fark vardır.

H0<sub>2</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda ağrı düzeyleri açısından fark yoktur.

H1<sub>2</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda ağrı düzeyleri açısından fark vardır.

H0<sub>3</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda anksiyete düzeyleri açısından fark yoktur.

H1<sub>3</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda anksiyete düzeyleri açısından fark vardır.

H0<sub>4</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda fizyolojik parametreler açısından fark yoktur.

H1<sub>4</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda fizyolojik parametreler açısından fark vardır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum

Kadında uterus kasılmalarının servikal silinme ve dilatasyon gerçekleştirilmesiyle, fetüs, amniyotik sıvı, plösent ve membrandan oluşan konsepsiyon ürünlerinin vajenden atıldığı fizyolojik süreç doğum olarak tanımlanır (Durmaz, 2018; Taşkın, 2023).

Kadın fizyolojisi, anne ve bebek sağlığı açısından en uygun doğum şekli vajinal doğum olmakla beraber, riskli durumlarda sezaryen doğum da tercih edilebilmektedir (Özkan vd., 2021; Taşkın, 2023). Vajinal doğumun kendiliğinden vajinal doğum, yardımcı vajinal doğum ya da araşsal vajinal doğum, indüklenmiş vajinal doğum gibi farklı çeşitleri bulunmaktadır. Vajinal doğum için gebeliğin 37-42. gebelik haftasında olması, doğumun kendiliğinden başlaması, baş-pelvis uygunsuzluğu olmaması, verteks pozisyonda, tek ve canlı fetüs olması, sağlıklı bir anne ve fetüs varlığı olması gerekir (Durmaz, 2018; Taşkın, 2023).

Türkiye’de gebe kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada, kadınların tercih ettikleri doğum şekli ve bu tercihi etkileyen etkenlerin vajinal doğum ve sezaryende farklılık gösterdiği, vajinal doğumu en çok tercih etme nedeninin anne bebek sağlığı olduğu belirlenmiştir (Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019). Ayrıca bu çalışmada, ilk doğumun sezaryen gerçekleşmesi, tıbbi gereklilik, ağrı hissedeceği korkusunun sezaryenin fazla tercih edilme nedenleri arasında belirlenmiştir (Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019). Öcal ve ark. (2022)’nin çalışmasında da kadınların doğum şekli tercihini belirleyen en önemli faktörün anne ve bebeğin sağlık durumu (%84.7) olduğu ve bunu sağlık personelinin tutumunun (%65.5) takip ettiği belirlenmiştir. Ayrıca annelerin vajinal doğum tercihinde psikolojik, sosyo-kültürel, obstetrik, medya, sağlık politikaları etkili olabilmektedir (Aktaş ve Yılar, 2018).

Vajinal doğum 4 evreden oluşur (Cunningham vd., 2001; ACOG, 2015; Cunningham vd., 2016; Dereli Yılmaz, 2017; Taşkın, 2023);

**Birinci Evre (Açılma-Dilatasyon):** Doğumun başlamasından serviksin tam açıklığının yani 10 cm olduğu döneme kadar geçen evredir. Latent ve aktif faz olarak iki fazı vardır. Latent fazda kontraksiyonlar servikte yumuşama ve silinmeyle beraber

devam eder. Serviks açıklığı 3-4 cm'e ulaştığında aktif faza geçildiği kabul edilir. Aktif faz da serviks açıklığının 3-4 cm'den tam açıklığa yani 10 cm'e kadar geçen süreyi kapsar.

**İkinci Evre (İtilme-Ekspulsiyon):** Serviksin tam açıklığından bebeğin çıkışına kadar geçen evredir. Kontraksiyonlar ve annenin ıkmalarıyla bebek dışarı çıkar. Bu evrenin süresi değişkenlik göstermekle birlikte nulliparlar için 50 dk, multiparlar için 20 dk'dır. Nulliparlarda 2 saat, rejyonel anestezi ile 3 saat; multiparlarda 1 saat, rejyonel anestezi ile 2 saati aşan durumlarda 2. evrenin süresi uzamış olarak değerlendirilir.

**Üçüncü Evre (Kurtulma-Halas):** Plesenta ve eklerinin çıkmasına kadar geçen evredir. Genellikle 10 dk içerisinde atılır. 30 dk'yı geçmesi durumunda uzamış kabul edilir.

**Dördüncü Evre (Kanama Kontrol Evresi):** Plasenta doğumıyla başlayıp postpartum ilk 4 saati kapsamaktadır. Bu evrede adaptasyon, bağlanma, involüsyon süreçleri başlar.

### **2.1.1. Vajinal Doğumun Avantajları**

Vajinal doğumun normal ve fizyolojik bir süreç olması kadın ve bebek sağlığı açısından en önemli avantajıdır. Normal doğumda anne ve bebek anestezik ilaçlardan minimum etkilenmektedir. Kanama miktarı, sezaryene göre daha az olmaktadır. Annenin involüsyon süreci sezaryene göre kısa sürmektedir. Anne doğumdan birkaç saat sonra normal yaşamına ve aktivitesine devam edebilir. Annenin hareket kabiliyeti daha erken başladığı için emzirme dolayısıyla anne bebek bağlanması olumlu etkilenir (Şirin ve Kavlak, 2016). Evcili ve ark. (2014), annelerin ilk 30 dakikada bebeğini kucağına alması, ten tene temas etmesi, erken ve sık emzirmesinin anne bebek bağlanması açısından olumlu etkilediğini belirlemişlerdir.

Vajinal doğum sonrası, anne hastanede daha kısa süre kalmaktadır. Bebek anestetik maddelere maruz kalmadığı için daha aktif olur. Bebek için en büyük avantajı ise doğum kanalındaki manevralar sırasında akciğerdeki sıvının büyük kısmı boşaldığından nefes almanın rahat olması ve solunum sıkıntısının sezaryene göre daha az görülmesidir (Şirin ve Kavlak, 2016). Aslan ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada yenidoğan beyin gelişiminde olumlu etkisi bulunan Uncoupling Protein-2 (UCP-2)

düzeşinin, vajinal doğan bebeklerde sezaryenle doğan bebeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

### **2.1.2. Vajinal Doğumun Dezavantajları**

Birçok avantajının yanında normal doğumda bazı komplikasyonlar da görülebilir. Bu komplikasyonlar maternal ve fetal sağlık için tehlikeli olabilir. Doğum sürecinde doğum eyleminin uzaması bebeğin yeterince oksijen alamamasına dolayısıyla mental ve motor fonksiyon geriliğine neden olabilir. Annede doğum yolunda yırtıklara, vajinada, perinede lacerasyonlara sebep olabilir. Annede idrar inkontinansı, mesane sarkması görülebilir.

Bu dezavantajların görülmesi ve annenin psikolojik yıpranması normal doğumdan korkmasına, uzaklaşmasına, travmatik algılamasına neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin izlem sıklığını artırıp, sorunları erken fark etmesi ile vajinal doğuma yönelik olumsuz ve travmatik düşünce gelişmesi önenebilir (Aydın vd., 2022).

### **2.1.3. Vajinal Doğumun Kontrendikasyonları**

Normal doğum fizyolojik bir süreç olmakla beraber anne için eklemisi, preeklamsi, HELLP sendromu, pelvik uyumsuzluk, ileri düzey kardiyovasküler hastalık, aktif genital enfeksiyon, Human Immunodeficiency Virus (HIV) varlığı; fetus için ise malprezentasyon, malpozisyon, kord prolapsusu, makrozomiye bağlı kontrendikasyonlar ve fetal distress gibi riskli durumları oluşturmaktadır (Mylonas ve Friese, 2015; Loke vd., 2015; Al-Battawi ve Ibrahim, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2010).

### **2.1.4. Sezaryene Yönelik Bilgiler**

Kadınların vajinal doğumu, sezaryene göre daha ağırlı bulmaları, yaşlarının ileri olması, çalışma hayatında aktif rol almaları, sağlık profesyoneli tavrı, doğum hakkında eğitim almamaları, onları vajinal doğumdan uzaklaştırmakta ve sezaryene yönlendirmektedir (Aslan ve Okumuş, 2017). Bu tür sebeplerle, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre sezaryen ile doğumun canlı doğumlar içerisindeki oranı 2021 yılında %60.9 iken 2022 yılında %62.8’e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2024). 2010–2018 arasında dünyadaki canlı gerçekleşen ve 154 ülkeyi içeren son verilere göre

sezaryen doğum yapan kadınların oranı %21.1'dir ve 2030'a kadar bu oranın yükselerek %28.5 olacağı düşünülmektedir. Dünyadaki sezaryen oranının en fazla olduğu ilk beş ülke Dominik Cumhuriyeti (%58.1), Brezilya (%55.7), Kıbrıs (%55.3), Mısır (%51.8) ve Türkiye (%50.8)'dir (Betran vd., 2021).

### **2.1.5. Vajinal Doğumu Artırmaya Yönelik Öneriler**

Doğumların ebeler, deneyimli sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmesi (Uzun ve Dağ, 2019), kadınların hareket ve pozisyonlarında rahat olması, doğumun aktif fazında doğumhaneye kabul edilmesi, ideal doğum ortamının oluşturulması, doğum desteğinin kesilmemesi, kişiye özgü bakım planlanması, zor doğumun erken fark edilmesi, partograf kullanımı, sezaryen için ikinci görüş alınması, standart yönetim protokollerinin kullanımı, kanıta dayalı tıp uygulamaları, obstetrisyenlerin kayıt tutma ve bilgilendirilmiş onam almaları için eğitilmesi, endikasyon olmadan anne isteğine göre operasyonun engellenmesi, sezaryen sonrası vajinal doğum için kadınların desteklenmesi, vajinal doğum için eğitim verilmesi, bilimsel toplantılara katılımın sağlanması, hekimlerin normal doğuma karar vermesi, kadınların vajinal doğum hakkında duygu ve düşüncelerini inceleyen bilimsel araştırmalar yapma ve vajinal doğumda analjeziye teşvik edilmesi gibi uygulamalar vajinal doğum oranlarını artırmak ve sezaryen oranlarını azaltmak için yapılabilecekler arasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2010; Özkan vd., 2013; Aktaş ve Yılar, 2018; Başkaya ve Sayiner, 2018; Çalık vd., 2018; Kuppulakshmi ve Saranya, 2018; Öcal vd., 2022; HÜNEE, 2023). Doğumu vajinal yoldan gerçekleştiren kadınların doğumdan sonra, K vitamini uygulama, yenidoğanın tartılması gibi rutin işlerin ertelenip bebeğinin hemen kucağına verilmesi, emzirmeye başlanması annede pozitif duyguları artırabilir. Bu durum vajinal doğuma özendirilebilir, vajinal doğuma yönelik travma algısını azaltabilir (Aktaş ve Yılar, 2018). Doğumun travmatik eylem olarak algılanması hem anneyi hem de bebeği olumsuz etkilemektedir. Aydın ve ark. (2022)'nin çalışmasında travmatik doğum algısı ile anne-bebek bağlanması arasında negatif ilişki olduğu, Şahin ve Erbil (2024)'in çalışmasında da travmatik doğum algısının annenin doğum öncesi bağlanmasını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Annelerin vajinal doğuma yönlendirilmesi, cesaretlerinin artması için bunlara ek olarak medya aracılığıyla vajinal doğuma yönelik

olumlu mesajların daha sık verilmesi, her gebenin doğuma hazırlık eğitimlerine katılması önerilmektedir (Aktaş ve Yılar, 2018; Şahin ve Erbil, 2024).

## **2.2. Doğum Sonu Dönem**

Doğum sonu dönem (DSD); bebek, plesenta, membranların doğmasıyla başlayan ve doğum sonu ortalama 6-12 haftayı kapsayan, fizyolojik involüsyon ve psikolojik düzelmenin olduğu süreçtir. DSD, puerperal dönem, postnatal dönem, postpartum, loğusalık olarak da adlandırılmaktadır (Özden, 2007; Taşkın ve Akan, 2016; Ekşi, 2019). Bir başka ifadeyle “dördüncü üç aylık dönem” olarak da adlandırılmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği), 2018). Bu dönemdeki kadına da loğusa denmektedir (Bal ve Yılmaz, 2017).

DSD birbirini izleyen üç dönemden meydana gelir. Doğumdan sonraki ilk 6-12 saati kapsayan dönem “başlangıç dönemi”; 2-6 haftayı kapsayan dönem “ikinci dönem” (subakut postpartum dönem); 6 aya kadar devam eden dönem “üçüncü dönem” olarak tanımlanır (Özden, 2007). Farklı bir sınıflamada acil puerperium; doğum sonu ilk 24 saatlik dönemdir. Erken puerperium; doğum sonu ilk 7-10 güne kadar süren dönemdir. Geç puerperium; doğum sonu 6 haftalık dönemdir (Özden, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2010). Başka bir sınıflamaya göre de erken postpartum evre; doğum sonu ilk 24 saatte başlayıp, 7-10. güne kadar devam eden dönemdir. Geç postpartum evre; erken postpartum evreden sonraki 6-8 haftalık dönemdir (Bal ve Yılmaz, 2017).

DSD’de, kadında psikolojik değişiklikler yanında, memelerde sürece uyum için ilerleyici fizyolojik değişiklikler; uterus, serviks, vajina gibi üreme organlarında ve endokrin, solunum gibi sistemlerde de gerileyici fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (Bal ve Yılmaz, 2017; Taşkın, 2023).

DSD’de gebeliğin istenmiş olması, aile tipi, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi ebeveyn davranışlarında dolayısıyla sürece adaptasyonda, stres düzeyinde etkilidir (Özkan vd., 2013; Özkan vd., 2016). Kadının stres düzeyi üzerinde eş desteği de etkili olmaktadır. Aydın ve ark. (2022)’nin çalışmasında eş desteği almanın doğum sonu stres düzeyini azalttığı belirlenmiştir. Doğum sonu dönem anne ve bebek için savunmasız olduğu, mortalite ve morbiditenin görülebileceği bir dönemdir.

Birbirinden farklı doğum sonu bakım rehberleri bulunmaktadır. Bu rehberlere göre doğum sonu bakım uygulamaları farklılık göstermektedir.

**Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre;** DSD'de bebek ve anneler minimum dört kez izlenmelidir. DSÖ, doğum hastanede ya da sağlık kuruluşunda yapılmış ve hem annede hem de bebekte bir komplikasyon görülmemişse, doğumdan en az 24 saat sonra bakım alması gerektiğini belirtmiştir. Doğum evde yapılmışsa, doğumdan sonraki 24 saat içerisinde, en kısa sürede doğum sonu ilk izlemin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Komplikasyon görülmediyse doğum sonu 48-72 saat arasında 2. izlemin, 7-14 gün arasında 3. izlemin ve doğum sonu 6. haftada 4. izlemin yapılmasını tavsiye etmektedir (DSÖ, 2023).

**Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'ne göre;** doğum sonu ilk üç hafta içerisinde telefon ya da yüz yüze bir izlem yapılmalı, ilk 12 hafta içerisinde kapsamlı biçimde doğum sonu bakım hizmetleri sunulmalıdır (ACOG, 2018).

**İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü'ne göre (National Institute for Health and Care Excellence) (NICE);** ilk izlem ebe tarafından klinikte ya da evde doğum sonrası 36 saat içinde gerçekleştirilmelidir. Ebelik bakımının ardından ilk ev ziyareti 7-14. günler arasında, 17-28. günler arasında hekim tarafından izlem, doğum sonu 6-8 haftada da planlı bir izlem daha yapılmalıdır (NICE, 2021).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı doğum sonu 6 izlem yapmayı, vajinal doğumdan sonra 24 saat, sezaryen doğumdan sonra 48 saat hastanede takip etmeyi, doğumların hastanede yapılmasını ve gerekirse üst basamak hastaneye sevkini önermektedir. **Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine göre;** doğumdan sonraki 1. saatte, 1-6 ve 6-24. saatler arasında hastanede; 2-5., 13-17. ve 30-42. günler arasında hastanede veya evde lohusa izlemi yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bu rehberlere rağmen dünyada kadınların %40'ı doğum sonu bakım hizmeti almamaktadır (ACOG, 2018), Türkiye'de ise kadınların doğum sonu ilk 24 saat içerisinde %71, ilk 2 gün içerisinde %79'u, ilk 41 gün içerisinde de %96'sı doğum sonu bakım hizmeti almaktadır. Yenidoğan bebeklerin ise doğum sonu ilk 4 saat içerisinde %56'sı, ilk 24 saat içerisinde %58'i, ilk 2 gün içerisinde de %68'i doğum



sonu bakım hizmeti almaktadır. Bebeklerin %2'si ise doğum sonu bakım hizmeti almamaktadır (HÜNEE, 2019).

Annelere gebelik ve sonrası süreçten itibaren eğitim programları düzenlenmesi doğum sonu süreç yönetiminde yararlı olacaktır. Burucu ve Akın (2017), gebeliğin son 3 ayında annelere eğitim verilmesinin DSD'de taburculuğa hazır oluşlarını artırdığını belirlemiştir. Süt ve ark. (2021)'nin çalışmasında, doğum sonu dönemde taburculuktan önce verilen eğitimin annelerin doğum sonu kendini taburculuğa hazır hissetme oranı ve düzeyini artırdığını belirlenmişlerdir. DSD'de annelerin bilgi eksikliği, bakım hizmeti eksikliği nedeniyle sosyal hayatları ve cinsel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Bu da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu süreçte hemşire ve ebeler tarafından doğum sonu bakım ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, eğitim planlanması kadınların süreci daha iyi geçirmesine ve yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olacaktır (Güler ve Erbil, 2022; Yıkar ve Nazik, 2022). Bu dönemde verilen hemşirelik bakımı, maternal-fetal sağlığı korumak ve geliştirmek, konforu artırmak için yapılan uygulamalar güncel verilerle kanıt temelli olmalıdır. Hemşirelik alanında DSD'e yönelik kanıt düzeyi yüksek, kaliteli araştırmalar yapılmalı, hemşirelik uygulamaları bu doğrultuda planlanmalıdır (Toprak vd., 2017; Süt vd., 2021).

### **2.3. Konfor**

Konfor kavramı Kolcaba tarafından "bireyin gereksinimleri ile ilgili ferahlama, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuç" şeklinde ifade edilmektedir. Kolcaba, konfor kuramının taksonomik yapısını oluşturmuş ve geliştirmiştir. Kuramının çatısı holizmden meydana gelmektedir. Ayrıca konforun bireysel, komplike ve bütüncül olduğunu belirtmektedir. Böylece konfor kavramının toksonomik yapısını iki aşamalı biçimde tanımlamıştır. İlk aşamada bireyde karşılanan konfor ihtiyaçlarının yoğunluklarına göre "ferahlama", "rahatlama" ve "üstünlük" ikinci aşamada ise bütüncül bakış açısından yola çıkarak "fiziksel", "psikospiritüel", "sosyokültürel" ve "çevresel" olarak dört boyutta tanımlamıştır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

**Ferahlama:** İhtiyaçları giderilen bireylerin sıkıntılarının geçmesi ve sonucunda ferahlama hissetmesidir.

**Rahatlama:** Bireyin huzurlu, sakin, rahat bir deneyim yaşamasını ve bu durumu ifade etmesini kapsar.

**Üstünlük:** Bireylerin sıradan güçlerini artırarak sorunlarıyla baş edebilmesidir. Konfora yönelik ihtiyaçları tamamen giderilen bireyler, sorunlarıyla baş etme seviyesine ulaşabilmektedir. Bu konforun üstünlük derecesidir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

**Çevresel Konfor:** Kişilerin hem fiziksel hem de bilişsel fonksiyonlarını destekler. Dış çevre koşullarını, etkenlerini ve bunların bireye etkilerini kapsar. Hastanede yatan bireyin kaldığı odanın sıcaklığı, odanın rengi, penceresinin manzarası vb. çevresel konfor kapsamında değerlendirilir. Bu etkenlerin bireyler için olumsuz olması bireyin konforunu düşürür (Kolcaba, 2003; Arslan ve Konuk Şener, 2009; Derya ve Pasinlioğlu, 2017).

**Fiziksel Konfor:** Bedensel algıları içerir. Bu yüzden hastalıklara yanıtları, istirahat etme, gevşeme, beslenme, homeostazis, barsak fonksiyonlarının devamlılığı gibi kişinin fizyolojik durumunda etkili olan etkenleri içermektedir. Kolcaba (1994), uyaran oluşturup oluşturmaması önemli olmadan fiziksel konforun bireylerin hastalıklara karşı verdiği cevaplardan kaynaklandığını ifade etmektedir. Bu sebeple fiziksel konforda sıvı elektrolit dengesi, solunum sayısı, kan biyokimyası, kandaki oksijen değeri gibi fizyolojik göstergeler önemlidir ve bu değerlerden herhangi birinin normal değerler arasında olmaması durumunda konforun olumsuz etkileneceği belirtilmektedir (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003; Arslan ve Konuk Şener, 2009; Derya ve Pasinlioğlu, 2017).

**Psikosprituel Konfor:** Mental, duygusal ve kişinin yaşantısını anlamlandıran öz saygı, benlik saygısı, cinsel hayat ve farkındalık gibi manevi bileşenleri içermektedir (Kolcaba, 2003; Arslan ve Konuk Şener, 2009).

**Sosyokültürel Konfor:** Sosyokültürel konfor kapsamında bilgi ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi, bakım verirken aile yapısına uygun, gelenek-görenek, dini inançlarına göre hareket etme, bireylerle iletişim kurma, maddi destek sistemlerinden faydalanma, taburculuk planlama ve buna yönelik eğitim verme, evde bakımın sağlanması, sürdürülmesi yer almaktadır. Bu durumlara hem sağlık profesyonelleri hem de aile bireyleri tarafından dikkat edilmesi sosyokültürel konforun sağlanmasını

kolaylaştırırken, dikkat edilmemesi konforu olumsuz etkiler (Kolcaba, 2003; Derya ve Pasinlioğlu, 2017). Konforun olumsuz etkilenmesi kadınların ağrıyı algılama süreçlerini etkileyebilir.

## 2.4. Ağrı

Ağrı, Türkçe kökenli bir kelime olmakla birlikte Latince ceza, işkence anlamına gelen “poena” kelimesinden türetilmiştir (Kılıç ve Öztunç, 2012). Türk Dil Kurumu (TDK) ağrıyı “vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı”, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain [IASP]) ise ağrıyı “gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilgili hoş olmayan, duyuşsal ve duygusal deneyim” şeklinde tanımlamaktadır. Ağrı kişilerin yaşamı boyunca belli zamanlarda yaşam kalitesini düşüren, aktivitelerini olumsuz etkileyen bir durum şeklinde de tanımlanabilir (TDK, 2023; IASP, 2024). Ağrı; uyarım, farkında olma ve inhibisyonla sonlanan acılı süreçtir. Ağrının temel görevi, organizmayı zararlı durumları bildirerek vücudu korumak ve iyileşmeyi sekteye uğratabilecek herhangi bir durum ya da uyarana karşı duyarlılık meydana getirerek iyileşmeyi desteklemektir (Yağcı ve Saygın, 2019). Ağrı cinsiyet, ekonomik, sosyokültürel yapı gibi pek çok bireysel ve çevresel etkenlerden etkilenmektedir. Kişilerin duygusal özellikleri ve geçmiş deneyimleri ağrının algılanmasında ve yönetilmesinde önemli rol oynar (Öngel, 2017; IASP, 2024).

### 2.4.1. Ağrı Teorileri

Ağrının altında yatan nedenlerinin, bireyin ağrıyı algılamasının, ağrının mekanizmasının açıklanması amacıyla yoğunluk, pattern, kapı kontrol ve endorfin gibi yapısal ve işlevsel pek çok teori geliştirilmiştir. Bunlardan en yaygın ve günümüzde sıkça kullanılanlar ise kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisidir (Özbek, 2004; Burmistr, 2018; Yağcı ve Saygın, 2019).

**Kapı Kontrol Teorisi:** Günümüzde halen kabul gören bu teori, Melzack ve Wall tarafından 1965’te savunulmuştur (Shimoji ve Yokota, 2021). Ağrı ciltte bulunan sinir aktivasyonu ile başlamaktadır. Alınan sinyallerin beyne gidebilmesi için spinal kordda kapı kontrolünden geçmesi gerekmektedir. Bu kapı, medulla spinalisin dorsal boynuzunda bulunur ve ağrı şiddetini ayarlar. Kapı, ince çaplı liflerin aktivasyonu ile

açılır. Kapının açılmasıyla ağrı uyarıları bilinç seviyesine ulaşır, ağrı algılanır. Kalın çaplı liflerin aktivasyonu ile kapanır. Kapının kapanmasıyla uyarılar bilinç seviyesine ulaşamaz, ağrı hissedilmez ve kişi farkında olmaz. Hem omurilikte hem de beyinde ağrı kapıları yer almaktadır (Mamuk ve Davas, 2010; Demir Dikmen, 2016; Akgün ve İşler, 2019; Yağcı ve Saygın, 2019; Yıldırım, 2019).

Bu teoride 3 varsayım bulunmaktadır (Eti Aslan, 2014; Demir Dikmen, 2016);

1. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.
2. Sinir sisteminde bulunan kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder.
3. Kapı açıldığında ağrı duyusu ile uyarılar bilinç seviyesine ulaşır ve ağrı hissedilir. Kapı kapandığında uyarılar bilinç seviyesine ulaşamaz ve ağrı hissedilemez.

Derideki kalın çaplı lif sayısı fazladır. Bu nedenle ağrının giderilmesi amacıyla bölgeyi ovuşturmak, duyuşsal uyarı alması amacıyla kişiye duygusal destek sağlamak, bilgi vermek, pozitif bağ kurmak, beynin olumlu, ağrıyla ilgili olmayan sinyaller göndermesiyle beyindeki ağrı uyarı geçişlerini inhibe ederek nöral kapılar kapanmasıyla ağrı duyulması azalır ya da tamamen yok olur (Mamuk ve Davas, 2010; Eti Aslan, 2014; Demir Dikmen, 2016).

**Endorfin Teorisi:** Bu teoride doğal ağrı kesici olan endorfinler, beyin ve spinal korddaki opioid (narkotik) reseptörlere tutunup ağrı iletimini engelleyerek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını engellemektedir. Endorfin düzeyi kişilerde değiştiği için kişilerin ağrıyı algılama durumu ve analjezik ihtiyacı, anksiyete düzeyi farklılık göstermektedir (Demir Dikmen, 2016; Akgün ve İşler, 2019; Yıldırım, 2019).

## 2.5. Anksiyete

Amerikan Psikoloji Derneği (APA) tanımına göre anksiyete, kaygılı düşünceler, gerginlik hissi, kan basıncı artışı gibi fiziksel değişikliklerle kendini gösteren duygudur. Anksiyete bireylerde terleme, titreme, nabız artışı, baş dönmesi, baş ağrısı gibi belirtiler gösterebilir (APA, 2024). Anksiyete durumunda iletişimde ve davranışlarda bozulma, konsantrasyon azalması, panik atak, sosyal anksiyete, depresyon gibi durumlar görülebilmektedir. Durumluk anksiyete ise kişinin anlık

olarak içinde yer aldığı durumdan kaynaklı hissettiği korku durumudur (Karayağız vd., 2011; Gök ve Hergül, 2020).

Kadın hayatında önemli bir yeri olan doğum, ağrılı bir olaydır. Doğumda ağrının fizyolojik nedeni uterus kasılmaları ve serviksteği genişlemedir. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve korkuyla ilgilidir. Kadınlar çoğunlukla doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında sürece yönelik belirsizlik sebebiyle anksiyete yaşar (Siyoum ve Mekonnen, 2019). Anksiyete yaşamak stres hormonlarının artışına, oksitosin azalmasına sebep olur. Bu doğum sırasında kontraksiyon sıklığının azalmasına, doğum sürecinin uzun sürmesine, uterusu giden kan akımının azalması sonucu fetal distrese neden olur. Bu sebeple doğuma müdahale gerekebilir. Tüm bu süreçleri yaşayan gebeler doğum sonu süreçte de stres yaşayarak DSD'e uyumu zorlaşır. DSD'de görülebilen psikolojik rahatsızlıklara yatkınlığa sebep olur (Mete vd., 2016; Yılar Erkek ve Aktaş, 2018). Kadınlarda bu durumun görülmesi hemodinamiğini etkileyerek fizyolojik parametrelerde normalden sapmalara neden olabilir.

## 2.6. Fizyolojik Parametreler

Yaşamsal fonksiyonların devamı, vücutta görülebilen normalden sapmaların erken fark edilmesi açısından kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu, solunum sayısı gibi fizyolojik parametreler önemlidir.

**Kan Basıncı:** Atardamarlar içerisinde bulunan kanın duvarlara yaptığı basınç, kan basıncı olarak tanımlanmaktadır. Bu basınç, kanın kalpten pompalanmasına, atardamar çeperlerinin esnekliğine, ara damarcıkların direncine bağlı olarak değişiklik gösterir. Kalbin kasılma ve gevşeme basıncı bulunmaktadır. Sistolik basınç kasılma basıncı; diastolik basınç ise gevşeme basıncı şeklinde adlandırılır. Sistolik basınç kalbin kasılması esnasında meydana gelen en büyük basınçtır. Diastolik basınç ise kalbin dinlenme veya gevşemesi esnasında meydana gelen en küçük basınçtır. Sistolik basınç, büyük tansiyon; diastolik basınç küçük tansiyon şeklinde de adlandırılır. Uygulamalarda ilk olarak sistolik basınç değeri daha sonra diastolik basınç değeri yazılır. Yetişkin bir insanda dinlenme durumunda ortalama sistolik ve diastolik basınç değeri 120/80 mm Hg'dir. Bu değer egzersiz, stres, ilaç kullanımı, ağrı gibi çeşitli etkenlere göre geçici artış ya da azalış gösterebilir. 18 yaş üzeri bireylerde sistolik ve diastolik değerlerinin sürekli olarak normal aralıklardan yüksek olması hipertansiyon

olarak adlandırılır. İlaç kullanımı kan basıncı seviyesini normal aralıklara indirmese, dirençli hipertansiyon teşhisi konur. Değerlendirmede kan basıncı sınıflandırmaları değişkenlik göstermektedir (Taylor vd., 2011; Craven vd., 2015; Cooper, 2016; Aydoğdu vd., 2019).

**Tablo 2.1.** Kan Basıncı Sınıflandırmaları (Divisón-Garrote vd., 2016; Whelton vd., 2022; Mancia vd., 2023)

Kategoriler	Sistolik Kan Basıncı, mmHg		Ve/veya	Diastolik Kan Basıncı, mmHg	
	Metod	Ofis		24 saat ayaktan	Ofis
Düşük tansiyon	<110	<100	Veya	<70	<60
<b>Amerikan Kardiyoloji Koleji/ Amerikan Kalp Derneği (2017)</b>					
Normal	<120	<115	Ve	<80	<75
Yükseltilmiş	120-129	115-124	Ve	<80	<75
Hipertansiyon, 1. Aşama	130-139	125-129	Veya	80-89	75-79
Hipertansiyon, 2. Aşama	≥140	≥130	Veya	≥90	≥80
<b>Avrupa Hipertansiyon Derneği (2023)</b>					
Optimal	<120	Yok	Ve	<80	Yok
Normal	120-129	Yok	Ve/veya	80-84	Yok
Yüksek normal	130-139	Yok	Ve/veya	85-89	Yok
Hipertansiyon, 1. Derece	140-159	≥130	Ve/veya	90-99	≥80
Hipertansiyon, 2. Derece	160-179	Yok	Ve/veya	100-109	Yok
Hipertansiyon, 3. derece	≥180	Yok	Ve/veya	≥110	Yok

Hipotansiyon (düşük tansiyon) ise sistolik kan basıncı değerinin 90 mmHg'dan az olmasıdır. Parasempatik sinir faaliyetinin artışı, sodyum, iyon dengesizliği hipotansiyona neden olmaktadır. Hipotansiyonda baş dönmesi, bayılma, halsizlik görülebilir (Stanchina ve Levy., 2004; Cooper, 2016). Vücudun parasempatik sinir faaliyetinin artışı nabız/kalp atım hızını da etkilemektedir.

**Nabız/Kalp Atım Hızı:** Kalbin otonomik modülasyonu değerlendirmek amacıyla nabız/kalp atım hızı kullanılmaktadır. Özellikle otonom sinir sistemi, intrakardiyak süreçleri kapsayan nörokardiyak sistemi değerlendiren ölçümdür. Genellikle kalp hızının azalması sempatik sistem aktivasyonunun azalması, parasempatik sistem aktivasyonunun artmasıyla ortaya çıkar. Sağlıklı bir yetişkinde dakikada kalp atım hızı 60-100 arasında olmaktadır. Ancak stres, anestezi, ilaç kullanımı, korku, anksiyete, anemi, psikolojik durumlar, çevresel etkenler sebebiyle artış ya da azalış gösterebilir. Kalp atım hızının bir dakika içerisinde 100'den fazla

olması *taşikardi*, 60'dan az olmasına ise *bradikardi* olarak isimlendirilmektedir. Kalp atımında meydana gelen anormal durumlar aritmi gelişimi, kalp yetmezliği ve hastalıkları gelişimine, ölüm riskine sebep olabilir. Bu yüzden ölçümün doğru yapılması, riskli hasta profillerinin belirlenmesine yardımcı olur (Stein vd., 2001; Diaz vd., 2005; Armstrong vd., 2022).

**Ateş/Vücut Sıcaklığı:** Vücut sıcaklığının organlar tarafından algılanması, düzenlenmesi önemli bir yaşamsal fonksiyondur. Vücut sıcaklığının ölçüm yerlerine göre değeri değişiklik göstermektedir. Aksiller ölçüm değeri 37.2 °C, oral ölçüm değeri 37.8 °C, rektal ölçüm değeri 38 °C normal kabul edilmektedir. Bu normal değerden  $\pm 3.5$  °C'lik bir sapma fizyolojik bozulmalara ya da ölümlere neden olabilmektedir (Kara, 2003; Lim vd., 2008). Ortalama 37 °C olan genel vücut sıcaklığında, 35 °C'nin altı *hipotermi*, 38 °C'nin üzeri ise *hipertermi*, 40 °C'nin üzerinde olması da *şiddetli hipertermi* olarak tanımlanır (Roland, 2020). Vücut sıcaklığının normal değerlerinden farklı olması halinde, vücut davranışsal ve fizyolojik tepkilerle normale dönmeye çalışır. Davranışsal tepkiler; çevresel şartlara göre bireyin istemli davranışlarıdır. Fizyolojik tepkiler ise ısı merkezinin bulunduğu hipotalamustaki "anterior preoptik alan" tarafından yapılan istemsiz olaylardan oluşur. Bu alanda sıcak ve soğuğa duyarlı, günlük ateşi düzenleyen nöronlar yer alır. Nöronlar ciltteki ısı reseptörlerinin ilettiği uyarılar ile genelde dengede tutsa da tüketilen gıda, havanın sıcaklığı, günün saati, egzersiz, toksin, mikroorganizma, inflamasyon, kalın kıyafet giyme gibi etkenlerle artabilirken; uyku halinde, dinlenirken, çevresel etkenlere bağlı olarak vücut sıcaklığı düşebilir (Morrison, 2017; Orhan ve Arslan, 2019; Hall ve Hall, 2020).

**Oksijen Satürasyonu:** Vücuda oksijen dağıtmak ve oksijen ihtiyacını sağlamak kardiyovasküler sistemin temel görevidir. İhtiyaç olan bu oksijen metabolik ihtiyaçlar için kullanılır. İhtiyacın sağlanamaması durumunda dokularda görülen hipoksi, dolaşım şoku ve süreç uzadıkça organ fonksiyon bozukluğuna neden olur. Oksijen satürasyon değerinin sağlıklı bir yetişkinde %95-100 arasında olması gerekir. Bu değer %85'ten az olması dokularda yetersiz oksijen varlığına işaretler. Analjezik kullanımı, sedatif ilaç alımı, entübasyon, kateterizasyon gibi invaziv işlemler hastanın hipoksi riskini artırmaktadır. Bu tür durumlarda özellikle satürasyon takip edilmelidir.

Yetersiz oksijenlenme durumunda hastanın daha iyi değerlendirilmesi, morbidite ve mortalite riskini azaltmaktadır (Akansel ve Yıldız, 2010; Santos-Martínez vd., 2022).

**Solunum Sayısı:** İnsan vücudunun yaşamsal fonksiyonlarından biri olan solunum, stresli durumlarda bile gaz değişimi, homeostazis, asit-baz dengesinin sağlanması gibi durumları sağlamaktadır (Loughlin vd., 2018; Nicol vd., 2020). Bir dakika boyunca kaç kez nefes aldığımızı belirten solunum sayısı, sağlıklı bir yetişkinde 12-20 arasında değişmektedir (Posthuma vd., 2022). Solunum sayısı bireylerin stres, hastalık, ilaç kullanımı, fiziksel efor, egzersiz, sıcak-soğuk gibi çevresel etkenlere göre artıp azalabilmektedir. Solunum sayısı bireylerin sağlık durumlarında ayırıcı tanı olarak kullanılabilir (Nicol vd., 2020; Posthuma vd., 2022).

## **2.7. Masajın Tanımı ve Tarihi**

Masaj, kelime kökenini Arapçada dokunma anlamına gelen “mass”, Yunancada yoğurma anlamına gelen “masein” Hintçede “masser” İbranicede “mashesh” kelimelerinden almaktadır. Masaj, yumuşak doku alanlarının sistematik olarak uyarılarak vücuttaki sistemleri etkilemeyi hedefleyen elle ya da mekanik uygulanabilen tedavi şeklidir. Masaj geçmişinin 5 bin yıllık olduğu varsayılmaktadır. Hindistan, Çin, Yunan, Roma, Japonya, İran’da kullanılmıştır. Stockholm’da Pehr Henrik Ling (1778-1838)’in ve Amsterdam’da Metzger (1839-1901)’in çalışmaları neticesinde masaj uygulamalarına daha fazla yer verilmeye başlanmış ve İsveç masajı adını almıştır. Günümüzde en yaygın uygulanan İsveç masajının (klasik masaj) temelini oluşturan manipülasyonları ise Albert Hoffa (1859-1907) tarafından 1893’te atılmıştır. Hoffa, Stuttgart’da yayınladığı eserinde İsveç masajına yönelik çok fazla bilgiye yer vermiştir. Masaj kan dolaşımını sağlamak, ağrıyı azaltmak, kasları gevşetmek, uykusuzluğu ve şişlikleri gidermek gibi teröpatik amaçlarla kullanılmıştır (Tuna, 2000; Özcan, 2007; Madenci, 2007).

### **2.7.1. Masajın Sınıflaması**

Masaj uygulamaları amaca ve uygulama biçimine göre farklılıklar göstermektedir. Klasik (dinlenme, tedavi, spor vb.), özel teknikli (konnektif doku, sinir noktaları), aletli (vibratör, vakum, negatif basınç uygulamaları) ve iç organ (kalp ve kolon) masajları gibi farklı masaj sınıflandırmaları bulunmaktadır (Kanbir, 2019).



## 2.7.2. Masaj Türleri

**Thai Masajı:** Uzak Doğu felsefesi ışığında insanı zihinsel ve fiziksel iyileştirmeyi amaçlayarak vücuttaki enerji akışını ve dengesini korumak için enerji kanalları üzerinde yer alan noktalara bası uygulanması ve eklem esnekliğini sağlamak için pasif hareketler uygulanmasıdır. (Çetin ve Bülbül, 2015).

**Shiatsu Masajı:** Uzak Doğu felsefesine göre hastalıkların görülmesi yaşam enerji akışının bozulmasına bağlıdır. Bu yüzden amaç enerji akışını engelleyen durumları yok etmek, dolayısıyla hastalıkları gidermektir. Kelime anlamı Japonca'da "shi" parmak, "atsu" bastırmak olan masaj türü, akupunktur teorisine dayanır. El ayaları veya parmak tabanı ile belirli meridyende "xue" noktalarına dik şekilde, ağır basınç uygulanmasıdır. Basınç 30 saniye uygulanır. Masaj 1 saat sürmektedir (Çetin ve Bülbül, 2015).

**Trigger Point Masajı:** Yumuşak dokulara parmaklarla masaj yapılmasıdır. Ovma işlemiyle uygulanan basınç, kaslarda ağrının giderilmesinde etkilidir (Çetin ve Bülbül, 2015).

**Refleksoloji:** Bu masaj türünde el ve ayaklarda refleks noktaları olduğu ve bu noktaların vücudun bütün organlarına, sistemlerine denk geldiği temeline dayanır. Eller ve ayaklarda sinirlerin sonlandığı noktalara bası uygulamayı içeren basınç terapisi ve denge masajıdır (Çetin ve Bülbül, 2015).

**Konnektif Doku Masajı:** Elisabeth Dicke tarafından 1929 yılında geliştirilmiştir. Bu masaj türünde derideki konnektif doku ara yüzlerine, yumuşak çekme hareketleri yapılarak özelleşmiş bir dokunma şekli kullanılır. Çekme hareketleri spesifik şekilde fasya ile kemik bağlantı noktalarına veya fasyanın yüzeyelleştiği kısımlara uygulanır. Hareket yapıldığında fasya katmanında kesme hissi oluşur. Ağrı, rahatsızlık görülmez (Palalı, 2018).

**İsveç Masajı (Klasik Masaj):** Klasik masaj olarak da adlandırılan bu masaj türü en temel masaj türüdür. Çeşitli manipülasyonları kapsayan, nazik masaj türüdür.

Emil Vodder tarafından geliştirilen "lenf drenajı masajı", Glaser ve Kibler tarafından geliştirilen "segmental masaj", Ruhmann tarafından geliştirilen "sinir noktaları masajı" gibi masaj türlerine ek olarak spor masajı, aromaterapi masajı, sıcak

taş masajı, hamile masajı, bebek masajı gibi farklı masaj türleri de bulunmaktadır (Tuna, 2011; Çetin ve Bülbül, 2015).

### 2.7.3. Masaj Manipülasyonları

Masaj manevraları ellerin aldığı şekil, hareketin oluşmasına göre öfloraj (sıvazlama, stroking), petrisaj (yoğurma, kneading), friksiyon (ovma), tapotman (perküsyon), vibrasyon (titreşim) olarak beş ana grupta toplanmıştır (Tuna, 2011; Çetin ve Bülbül, 2015).

**Öfloraj (Sıvazlama, Stroking):** Masajın temel manipülasyonu öflorajdır. Deri üzerine uygulanan sıvazlama hareketidir. Öfloraj, tek ya da çift el ayalarıyla, parmak uçlarıyla veya yumruk halindeki elin sırt kısmıyla da uygulanabilir. Öfloraja, kalbe en uzak yerden, en yakın yerine doğru başlanır. Eller vücuttan ayrılmadan yüzeysel şekilde başlangıç noktasına geri döner. Derin veya yüzeysel yapılabilir. Derin öflorajda kan-lenf dolaşımı mekanik olarak desteklenir. Öflorajla uygulanan basınç her bölgeye eşit şekilde ve derin olmalıdır. Kas geriliminin ve ağrının azaltılmasında kullanılır. Yüzeysel öfloraj ise yumuşak, yavaş ve ritmik düzenli hareketlerle uygulanır. Kasların relaksasyonunu sağlamak, kişiyi sakinleştirmek ve dinlendirmek için kullanılır. Öfloraj, masajın başlangıç ve bitiş manipülasyonudur. Öfloraj masajda kullanılacak yağ, krem ya da pomadların deri altına girmesini sağlar. Ancak bu manipülasyonun asıl görevi masaj alanını ısıtıp diğer manipülasyonlar için hazırlamaktır (Sarioğlu ve Dinçer, 2003; Koca, 2010; Kanbir, 2019).

**Petrisaj (Yoğurma, Kneading):** Petrisaj, yoğurma hareketleri dizisidir. Subkutan doku ve kaslara uygulanır. Kas tonüsünü düzenlemede en etkili masaj manipülasyonudur. Kasın biçimine ve büyüklüğüne göre baş parmak, parmaklar, tek el ya da çift elle uygulanabilir. Ağrı durumuna göre basınç artırılır ya da azaltılır. Petrisajda amaç kan ve lenf dolaşımının artması, dokuların gerilmesi, kan dolaşımındaki atık ürünlerin uzaklaştırılmasıdır. Uygulama sonrasında deri kan akımında, esnekliğinde artma, doku şişkinliklerinde azalma, deride yumuşama, hiperemi görülebilir (Sarioğlu ve Dinçer, 2003; Koca, 2010; Tuna, 2011; Çetin ve Bülbül, 2015). Petrisaj hareketleri Pinching (çimdikleme), wringing (sıkıştırma) ve rolling (yuvarlama) olarak üç şekilde yapılabilir (Yüksel, 2018).

**Friksiyon (Ovma):** Vücut üzerine parmaklar aracılığıyla bastırma, kaydırma ve sürme biçiminde, basıncı değişiklik gösteren küçük alanlı dairesel ve eliptik hareketlerin yapılmasıdır. Cilt ve cilt altı dokuların rahatlatılması, lenf sistemi aracılığıyla metabolik atıkların atılması, nodüllerin dağılması, tendon ve tendon kılıflarında bulunan sıvıların dağılması amacıyla uygulanabilir. Derin ve yüzeysel olarak uygulanabilir. Basıncın fazla olduğu durumda kas içi kanamalar görülebilir (Sarioğlu ve Dinçer, 2003; Koca, 2010; Tuna, 2011).

**Tapotman (Perküsyon-Vurma):** Darbe biçiminde ritmik vurma hareketleridir. Hacking, clapping, slapping, tapping, beating ve pounding, klakman gibi hareketleri bulunmaktadır. Parmaklar açılır ve serçe parmağın dışıyla uygulanan vurma hareketi “hacking”; parmaklar kapalı su içer gibi elin kubbe şeklini aldığı ritmik vurma hareketine “clapping”; elin kubbe yapılmadan el ayalarıyla uygulanan vurma hareketine “slapping”; parmakların uç kısımlarıyla yapılan vurma hareketine “tapping”; elin yarı açık halde yumruklarla ve elin dış yanıyla uygulanan vurma hareketine “beating”; tamamen sıkılmış yumruklarla yapılan vurma hareketine “pounding”; parmak uçları deri üzerinde bir el diğerini destekler biçimde yapılan vurma hareketine “klakman” denir. Tapotmanda, damarlarda daralma ve sonrasında genişleme görülür. Kan dolaşımı artışına, dokularda gerilme ve kasılmalara sebep olur (Sarioğlu ve Dinçer, 2003; Koca, 2010; Braddom, 2011; Tuna, 2011; Yüksel, 2018).

**Vibrasyon (Titreştirme):** Ritmik titreştirme hareketidir. Uygulama kaslara avuç içi veya yumrulaştırılmış elin dış kenarının konmasıyla yapılır. Çoğunlukla bütün avuçla daha az da parmak uçlarıyla uygulanır. Saniyede 10-15 titreşim uygulanır. Hareket sadece elin bulunduğu bölgede kalır veya belli bir yönde yavaşça ilerletilir. Kas gerginliğini gideren, kasları gevşeten, ağrıyı azaltan önemli bir manipülasyondur (Sarioğlu ve Dinçer, 2003; Koca, 2010; Tuna, 2011).

#### **2.7.4. Masaj Teknikleri**

Günümüzde kas-bağ dokusu iyileşmesi, fonksiyonel iyileşme amacıyla masaj manipülasyonlarını ele alan Alman tekniği olan Hoffa Tekniği, İngiliz tekniği olan Mennel Tekniği, Amerikan tekniği olan Mc Millan Tekniği ve İsveç tekniği olan Ling Tekniği olarak 4 farklı temel masaj tekniği bulunmaktadır (Kanbir, 2019).

**Hoffa Tekniğinde,** kas grupları ayrı ayrı ele alınır. Öfloraj yönü her zaman kalbe doğrudur ve masaj yapılırken eller vücuttan ayrılmaz. Eller her zaman temas halindedir. Rahatlatıcı ve gevşetici etki sağlayan öfloraj manipülasyonu yumuşak, hafif fakat kesin ve tesirlidir.

**Mennel Tekniğinde,** kas grupları ayrı ayrı ele alınmaz, iskelet kas gruplarını bir bütün olarak ele alır. Öfloraj merkeze doğru olmayabilir ve her öfloraj sonunda ara verilerek eller vücuttan ayrılır. Eller her zaman temasta değildir. Öfloraj yavaş, yüzeysel, hafif, sıkıdır.

**Mc Millan Tekniğinde,** sırt bölgesi dışındaki kas grupları izlenerek masaj uygulanır. Lenf ve ven yolları takip edilerek yapılır. Ekstremitelerin tamamına petrisajdan önce öfloraj uygulanır.

**Ling Tekniği,** genellikle sağlıklı kişilere uygulanır. Manipülasyonlar ağır tempoludur ve güçlü şekilde yapılır. Uygulanan manevralar perküsyon manipülasyonlarıdır (Kanbir, 2019).

### **2.7.5. Masajın Etkisi**

Klasik masaj, deri yüzeyinde bulunan duyu, lif ve dokuları uyarır. Uyarılar medulla spinalise iletilir. Bu iletiler merkezi ve otonom sinir sistemi aracılığıyla spinal kolonun aynı segmentinden innerve alanlara iletilir. Bu etkiyi, Tappan 1998’de “refleks etkiler” olarak tanımlamıştır. Böylece masaj lokal etkiden çıkıp tüm vücudu etkilemektedir (Yüksel, 2018). Masajın ayrıca vücutta birçok sistem üzerinde etkisi ve vücuda yararı bulunmaktadır (Holland ve Pokorny, 2001; Madenci, 2007; Fisher vd., 2010);

- Masaj, arteriyel ve venöz kan akımını ve lenf akışını uyarır. Kalbin pompalama gücünü artırır. Böylece kanın oksijen miktarı artar ve doku iyileşmesi hızlanır.

- Eritrosit ve hemoglobin düzeyinde geçici artış sağlar.

- Akciğerdeki fazla sekresyonların uzaklaştırılmasını kolaylaştırır. Solunumu düzenler.

- Deriyi besleyerek deri sağlığını sağlar. Ter ve yağ bezlerinin fonksiyonlarını artırır.

- Ani ve yoğun uyarılar uyanıklık sağlarken, yavaş ve ritmik uyarılar sakinlik sağlar. Gerilim düzeyini azaltır. İyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesini sağlar.
- Kasların fonksiyon yeteneğini geliştirir, hareket etmeyi kolaylaştırır. Kas gerginliğini azaltır. Kas spazmlarını giderir.
- Sakinleştirici veya uyarıcı etkisi yardımıyla sinir sistemini etkiler. Yara iyileşmelerini sağlar, süreci hızlandırır.
- Hormon salınımı negatif feedbackle kontrol edilir. Serotonin, noradrenalin, dopamin gibi nörotransmitterlerin uyarılarına cevap verir.
- Doğum sonu dönemde annenin anksiyete düzeyini düşürerek anne-bebek bağlanmasını, süt salınımını artırır ve depresyon riskini azaltır.
- Bu tür sistemik etkisi olan masajın; yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı, kas krampları, kabızlık, anksiyete, uzun süreli yatak istirahati, omurga sorunları, romatizmal hastalık gibi durumlarda lokal etkisi de bulunmaktadır (Kanbir, 2019).

#### **2.7.6. Masaj Yapılırken Dikkat Edilmesi Gerekenler**

Masaj uygulaması sırasında uygulayıcının ve uygulanan kişinin dikkat etmesi gereken durumlar bulunmaktadır (Tuna, 1995; Koca, 2010; Duran, 2011);

- Masaj uygulanacak yer sessiz, temiz, loş, sıcaklığı 23-26 °C arasında olmalıdır.
- Derinin kayganlığı, irrite edilmemesi için vazelin, gliserin, hardal yağı, kakao yağı, hindistan cevizi yağı, tatlı badem yağı, susam yağı gibi kayganlaştırıcı ya da pudra kullanılmalıdır. Bu maddeleri kullanmadan önce deri temizlenmelidir. Maddeler fazla miktarda sürülmemeli, derinin emeceği kadar sürülmeli, masajdan sonra deride kalıntı bırakmamalıdır. Maddeleri direkt hasta vücuduna değil, uygulayıcı ilk kendi eline sürmelidir. Kullanılan maddenin oda sıcaklığında (20-22°C) olmasına özen gösterilmelidir
- Hareketler ritmik, gerekli hızda yapılmalıdır. Kişide ağrı ve rahatsızlığa neden olacak ekstra basınç uygulanmamalıdır. Ağrı, rahatsızlık, şişlik olması durumunda ara verilmelidir.
- Uygulayıcının pozisyonu masaj alanına uygun olmalı, masaj yapılacak kısım da iyi desteklenmelidir.
- Masaj uygulanacak alanda takı, aksesuar takılmamış olmalıdır.

- Eller yumuşak ve esnek olmalıdır. Vücutla teması kesilmemelidir. Masaj yapacak kişinin yalnızca elleri temas etmelidir. Vücudunun temas etmediğine emin olmalıdır.

- Genel vücut masajı yapılacaksa önce sırttan sonra üst ve alt ekstremitelere geçilmelidir. Masaj uygulanmayacak bölgeler mahremiyete dikkat edilmesi açısından kapatılmalıdır.

- Masaj kas liflerinin yönünde, kalbe doğru uygulanmalıdır.
- Masaj uygulandıktan sonra kişi biraz dinlendirilmelidir.

### **2.7.7. Masajın Kontrendikasyonları**

Deri hastalıkları ve enfeksiyonlarında (dermatit, lenfanjit, apse, artrit, herpes zoster vb.), yaralanma (hematom, iç yaralanma, kırık, çıkık, yırtık vb.), son evre osteoporoz olanlarda, pıhtılaşma bozukluğu olanlarda ya da yatkın olanlarda, antikoagölan kullananlarda, dejeneratif damar, eklem hastalıklarında (trombüs, tromboflebit, emboli vb.), malign tümörler ya da ciddi varikoz venler olması halinde, teşhis edilmemiş hastalıklarda, şiddetli ağrı varlığında, enfeksiyon hastalıklarında, karın-organ, pankreas-safra hastalıklarında, bası ülseri gelişme riski yüksek kişilerde masaj uygulaması kontrendikedir. Ayrıca gebelikte karın masajından kaçınılmalıdır. Diyabet, kardiyotorasik ve böbrek hastalıklarında hekime danışılmalıdır (Koca, 2010; Duran, 2011; Tuna, 2011; Çetin ve Bülbül, 2015; Arslan ve Yücel, 2017).

### **2.8. Sırt Masajı**

Masaj; vücudun farklı bölgelerine uygulanabilmektedir. Sırt ise manipölasyonların uygulanabileceği en geniş bölgedir. Sırt masajı uygulanan bölge, kalça ile boyun arasında kalan bölümdür. Öfloraj yapılırken her iki el birbirine paralel ve omurgaya yakın şekilde başlanır. Avuçlarla parmak uçları baş yönüne bakacak biçimde kalça kaslarından, sırt kaslarının alt sınırından başlanarak yukarı yönde sıvazlanır. Omuzlara ulaşıldığında eller sağa ve sola açılarak başlangıç noktasına yine öfloraj yapılarak dönülür. Eller vücuttan ayrılmaz. Masaj nazikçe yapılır (Tuna, 2011; Dubey ve Lata, 2017).

## 2.9. Doğum Sonu Dönemde Masaj ve Hemşirelik

DSD, aile bireylerinin yeni rol ve sorumluluklara uyum sağlamaya çalıştığı, bağlanmanın başladığı, bebek için güvenli çevrenin oluştuğu süreçtir. Bu süreçte anne ve vücudu sürece uyum sağlamaya çalışır. Annede ağrı, meme sorunları, konstipasyon gibi pek çok sorun görülebilir. Bu sorunları gidermek için verilecek bakım önemlidir. DSD’de verilecek bakımda farmakolojik yöntemlerin yanında birbirinden farklı nonfarmakolojik yöntemler de bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalı ve süreci yönetmek için bağımsız karar verebilmelidir (Öztürk ve Özerdoğan, 2020). Lafçı ve Kaşıkçı (2014)’nın çalışmasında sağlık profesyonellerinin dörtte birinin en az bir bütünleşik yöntemi tercih ettiği belirlenmiş, bitkisel tedavi (%85.4) ve masajın (%21.9) en çok tercih edilen yöntemler olduğu bulunmuştur. Hemşire masajın mekanizmasını, endikasyon, kontrendikasyonlarını bilmeli, masaj manipülasyonlarını doğru uygulamalıdır. Hemşire masaj uygulamadan önce ortamı uygun hale getirmelidir. Uygulama öncesi anneye bilgi vermeli, onamını almalıdır (Aslan vd., 2016; Akgün ve İşler, 2019). Hemşire masaj uygularken dikkat edilmesi gereken konulara hâkim olmalı, bu konulara dikkat ederek masajını tamamlamalıdır. Böylece hemşire masajla annenin doğum sonu yaşadığı komplikasyonları önlemeye, ağrı, anksiyete gibi durumları hafifletmeye, uyku problemlerini gidermeye, emzirmeyi erken dönemde başlatarak anne-bebek bağlanmasını artırmaya çalışır. Literatürde masajın etkisini ölçmeye yönelik farklı alanlarda yapılan araştırmalar bulunmaktadır (Yeğen ve Egemen, 2000; Kılıç vd., 2015; Akarsu vd., 2017; Arslan ve Yücel, 2017). Martorella ve ark. (2014)’nın çalışmasında masajın postoperatif kalp cerrahi hastalarında ağrıyı azaltıcı, rahatlatıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Yücel ve Eşer (2015)’in çalışmasında masajın mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda anksiyete ve algılanan dispne etkili olduğu belirlenmiştir. Ju ve ark. (2013)’nin çalışmasında da hipertansiyonlu kadınlarda haftada 2 kez uygulanan sırt masajının sistolik ve diastolik kan basıncını azalttığı belirlenmiştir. Bozal (2022), perineal masajın ağrıyı azalttığını, konfor ve memnuniyet düzeyini artırdığını belirlemiştir. Gönenç ve Terzioğlu (2012)’nin 120 gebeyle yürüttüğü çalışmasında müdahale gruplarına masaj, akupresür, masaj ve akupresür uygulaması yapılmış, kontrol grubuna hiçbir müdahale yapılmamıştır. Çalışma sonucunda masaj ve akupresür uygulamalarının ikisinin de doğumun 1.

evresindeki gebelerde anksiyeteyi azalttığı ama masajın etkililiğinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Gönenç ve Terzioğlu (2020)'nin başka bir çalışmasında da ağrı üzerinde masaj ve akupunkturun ikili uygulamasının, tek başına uygulanan terapilerden nispeten daha etkili olduğu ve masajın akupunkturdan daha etkili olduğu belirlenmiştir. Mortazavi ve ark. (2012)'nin primipar kadınlara doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarında 30 dk masaj uyguladığı çalışmasında masajın ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, memnuniyet düzeyini artırdığı belirlenmiştir. Abasi (2008)'nin gebelere doğumun 1. evresinde sırt masajı uyguladığı çalışmasında müdahale grubunda bulunan gebelerin doğum ağrısı ve doğum süresinde kontrol grubuna göre anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir. Masaj uygulamasının zararlı etkisinin bulunmaması, hastalardaki etkisinin doğrudan olması, uygulanabilirliğinin kolay olması ve araç-gereç gerektirmemesi hemşirelikte öncelikli tercih edilmesine sebep olmuştur (Değirmen ve Özerdoğan, 2009).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırmanın türü tek kör randomize kontrollü deneysel tasarımıdır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kahramanmaraş ili Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasında yapılmıştır. Bu birim, toplam 275 yataklı olup, 69 yatağı yoğun bakım servislerine, 80 yatağı kadın hastalıkları ve doğum servislerine ve 126 yatağı çocuk servis ve yandallarına ayrılmıştır. Hastane 6 yoğun bakım ve 2 kadın hastalıkları ve doğum servisi olarak hizmet vermektedir. Kadın hastalıkları ve doğum servis odaları 1, 2, 4, 7 kişiliktir. Hastanede 25 pratisyen ve 87 uzman olmak üzere 112 hekim; 179 ebe ve 229 hemşire; toplamda ise 780 personel çalışmaktadır. Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasında doğum sayısı 2023 yılında 5436 iken 2024 yılında ilk 5 ayda 2634'tür. 2023 yılındaki 5436 doğumun 2735'si normal doğum, 2701'i sezaryen doğum; 2024 yılı ilk 5 ayındaki 2634 doğumun 1299'u normal doğum, 1335'i sezaryen doğum olarak gerçekleşmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş İli Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasında vajinal doğum yapan anneler oluşturmuştur. Bu tek kör randomize kontrollü çalışmanın örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla güç analizi yapılmıştır. Güç analizi G-Power 3.1.9.7 programında yapılmıştır. Örneklem hesaplanmasında doğum sonu anksiyete için Jahdi ve ark. (2016) tarafından yapılan, vajinal doğum sonrası ilk günde masajın anksiyete üzerine etkisinin incelendiği çalışmada bulunan verilere göre etki büyüklüğü kullanılarak hesaplama yapılmıştır. Referans çalışmada (Jahdi vd., 2016) postpartum ilk günde masaj uygulaması sonrasında girişim grubunun Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $30.82 \pm 6.22$ , kontrol grubunun Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $37.32 \pm 9.01$  puan bulunmuştur. Çift yönlü bağımsız örnekler t-testine göre yapılan hesaplamada, Jahdi ve ark. (2016)'nın çalışmasındaki verilere göre etki büyüklüğü 0.84 (0.839) alınmış, hata payı ( $\alpha=0.05$ ) ve %95 güç alınarak örneklem sayısı toplam 66 bulunmuştur (Cohen, 1988; Faul vd., 2007). Araştırma sürecindeki veri kaybı

düşünümlerek, hesaplanan örneklem büyüklüğünün %10'u oranında fazla örneklem alınarak toplam 72 vajinal doğum yapan kadın olmak üzere, 36 müdahale ve 36 kontrol grubu örnekleminde çalışılmıştır (EK 1).

### **3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

Araştırmaya alınma ve araştırmadan dışlama kriterleri PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study) kriterlerine uygun yapılmıştır (Tablo 3.1).

- 18 ve üzeri yaşta olan,
- Vajinal doğum yapan,
- İlk doğumu olan,
- Doğumdan sonra ilk 24 saatin içinde olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Yazılı ve sözlü iletişim kurulabilen,
- Oturmada güçlük yaşamayan,
- Sirtında yara, enfeksiyon, kitle v.b. olmayan,
- Damar ve kardiyolo-torasik hastalıkları, deri hastalıkları olmayan (Göke Aslan, 2016),
- Gebeliği boyunca herhangi bir sorun yaşamamış olan,
- Araştırmada yer almayı kabul eden kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.

### **3.3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri**

- 18 yaşından küçük olan,
- Sezaryen ile doğum yapan,
- Vajinal doğum sonrası kontrollü analjezi alan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almış olan kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

**Tablo 3.1.** PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study Design)

P: Population (Popülasyon)	18 yaş ve üzerindeki doğum yapan anneler	Normal doğum yapan anneler
I: Intervention (Müdahale)	Masaj uygulaması	Girişimsel müdahale
C: Comparison (Karşılaştırma)	Kontrol grubu (rutin uygulama)	Müdahale yapılmayan grup
O: Outcomes (Sonuçlar)	DSKÖ VAS DAÖ-SAÖ FPF ile ilgili ölçümler	DSKÖ puanının artması VAS ağrı puanının azalması DAÖ-SAÖ puanının azalması FPF referans değerlerde olması
S: Study design (Çalışma türü)	Randomize kontrollü çalışma	

(Gerris ve Lacey, 2010)

### 3.3.3. Randomizasyon ve Körleme

Rakamların gruplara dağılımı rastgele olarak random.org'da yapılmıştır (**EK 2**). Çalışmanın başında kura yöntemiyle hangi grubun müdahale ya da kontrol grubu olduğu saptanmıştır.

Müdahale Grubu: 1,3,4,6,7,8,12,15,16,17,18,19,20,21,23,25,29,30,31,32, 39,40,42,43,44,49,50,52,56,58,61,62,63,67,70,71.

Kontrol Grubu: 2,5,9,10,11,13,14,22,24,26,27,28,33,34,35,36,37,38,45,46,47, 48,51,53,54,55,57,59,60,64,65,66,68,69,72.

Çalışma grubundaki anneler araştırmayla ilgili bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Annelerin müdahale ve kontrol grubuna atanması ise, kendilerinin zarflarda yer alan numaralardan hangisini çektiğine göre belirlenmiştir. Randomizasyon sonrasında annelerden bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam alındıktan sonra annelere Kişisel Bilgi Formu, Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ), Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale [VAS]), Durumluk/Sürekli Anksiyete Ölçeği uygulanmış, Fizyolojik Parametreler Formuna (FPF) ölçümler yapılarak

kaydedilmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınlara, masaj sertifikasına sahip olan araştırmacı, ön test verilerini topladıktan sonra hasta odasında masaj uygulamasını yapmıştır (**EK 3**). Müdahale ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini önlemek için, masaj uygulaması yapılırken ve sonrasında oda ayırımına dikkat edilmiştir.

Araştırmacı ve anneler hangi grupta olduğunu bildiği için çalışmanın veri toplama aşaması körlenememiştir. Çalışmanın istatistiksel analizi bağımsız istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların hangi grupta olduğu A-B şeklinde harfle tanımlanarak, hangi kadınların deneyde hangi kadınların kontrolde olduğu körlenerek istatistik uzmanına veri analizi için gönderilmiştir. Sonuç olarak sadece istatistik aşamasında körleme yapıldığı için, çalışma tek kördür.

**Bağımlı Değişkenler:** DSKÖ puan ortalaması, VAS puan ortalaması, DAÖ-SAÖ puan ortalaması, Fizyolojik Parametreler puan ortalamasıdır.

**Bağımsız Değişkenler:** Masaj uygulamasıdır.

**Kontrol Değişkenleri:** Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ait değişkenlerdir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (**EK 4**), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (**EK 5**), Görsel Analog Skala (**EK 6**), Durumluk/Sürekli Anksiyete Ölçeği (**EK 7**) (**EK 8**) ve Fizyolojik Parametreler Formu (**EK 9**) ile toplanmıştır.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formunda, kadının yaşı, eğitimi, mesleği, gelir seviyesi, eşinin eğitimi, eşinin mesleği, bebeğin cinsiyeti, gebeliğin istenme durumu, alışkanlıkları, kronik hastalığı, epizyotomi varlığı, laserasyon olup olmadığı, hemoglobün değeri, hematokrit değeri ve kullandığı analjezik sayısını belirlemeye yönelik 15 soru bulunmaktadır.

### 3.4.2. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

Ölçek, Kolcaba (1992) tarafından geliştirilen, Kuğuoğlu ve Karabacak (2008)'in Türk kültürüne uyarlayarak geçerlilik güvenirlilik çalışmasını yaptığı Genel Konfor Ölçeği temel alınarak Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından geliştirilmiştir. DSKÖ 5'li likert tiptedir ve 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinde “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelenendirme ve puanlama kullanılmıştır. Bu doğrultuda ölçekten minimum 34, maksimum 170 puan alınabilmektedir. Ölçekte olumlu ve olumsuz ifadeler yer almaktadır. Olumlu ifadeler (1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 31, 32) normalde belirtilen ifadelenendirme şekline göre “Kesinlikle katılmıyorum 1” – “Tamamen katılıyorum 5” olacak şekilde kodlanmıştır. Olumsuz ifadeler (4, 6, 8, 9, 10, 12,13, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34) ise “Kesinlikle katılmıyorum 5- Tamamen katılıyorum 1” olacak şekilde ters kodlanmıştır. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer belirlenir ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. 1, düşük konforu; 5, yüksek konforu ifade etmektedir. Puanın artması konforun arttığının işaretidir. Bu hesaplama ölçeğin alt boyutları için de geçerlidir.

DSKÖ'nün 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar fiziksel konfor, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfordur. “Fiziksel Konfor” alt boyutu için alınabilecek puan, 14-70'dir, “Psikospiritüel Konfor” alt boyutu ve “Sosyokültürel Konfor” alt boyutu için ise 10-50'dir. Ölçek üç faktör altında toplandığından doğum sonu konforu 3 boyutta (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel) değerlendirebilmektedir. DSKÖ çevresel konforu ölçememektedir. “Fiziksel Konfor” alt boyutu, fiziksel ve bedensel algılar ile ilgili maddeleri içerir (1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24, 26. maddeler). “Psikospiritüel Konfor” alt boyutu, manevi ve psikolojik bileşenleri oluşturan maddelerdir (5, 7, 10, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 31. maddeler). “Sosyokültürel Konfor” alt boyutunda yer alan maddeler, kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler, finans ve destek sistemleri ile ilgili olanlardır (3, 9, 22, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34 maddeler). Özgün çalışmada, DSKÖ Cronbach Alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur (Karakaplan ve Yıldız, 2010). Bu çalışmada ise ön testte 0.861, son testte 0.882 bulunmuştur.

### 3.4.3. Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği, kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramından kaynaklanarak, Spielberger ve arkadaşları (1970) geliştirmiştir. Ölçek, 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Ölçek, Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I) (DAÖ) ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-II) (SAÖ) olarak iki bölümden meydana gelmektedir ve 4'lü likert tiptedir. DAÖ o anda hissedilenleri, SAÖ ise son bir hafta içinde hissedilenleri değerlendirmektedir. Her bölüm için 20 soru bulunmaktadır. DAÖ için "hiç" 1, "biraz" 2, "çok" 3, "tamamıyla" 4; SAÖ için "hemen hemen hiçbir zaman" 1, "bazen" 2, "çok zaman" 3, "hemen her zaman" 4 şeklinde işaretlenir. Ölçeklerin toplam puanı 20-80 arasındadır (Spielberger, 1970; Öner ve Le Compte, 1983; Spielberger vd., 2010). Ölçekte tersine dönmüş ve doğrudan ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade ederler. DAÖ'de 10 madde (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. maddeler), SAÖ'de 7 madde (21., 26., 27., 30., 33., 36., 39. maddeler) tersine dönmüş ifadedir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e; 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Anksiyete puanının hesaplanmasında bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci bir anahtarla da tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Ardından doğrudan ifadeler için hesaplanan toplam ağırlıklı puandan, tersine dönmüş ifadeler için hesaplanan toplam ağırlıklı puan çıkarılır. Elde edilen puana önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer, Durumluk Anksiyete değişkeni için 50, Sürekli Anksiyete değişkeni için 35'tir. Elde edilen son değer, katılımcının anksiyete puanını ifade etmektedir. Yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini, düşük puan ise düşük anksiyete düzeyini işaret eder (Spielberger, 1970; Öner ve Le Compte, 1983; Spielberger vd., 2010). Sürekli Anksiyete Ölçeği Cronbach Alfa değeri 0.83-0.87 arasında; Durumluk Anksiyete Ölçeği Cronbach Alfa değeri 0.94-0.96 arasındadır. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa değeri Sürekli Anksiyete Ölçeği için ön testte 0.770, son testte 0.760; Durumluk Anksiyete Ölçeği için ön testte 0.820, son testte 0.847 bulunmuştur.

#### **3.4.4. Görsel Analog Skala**

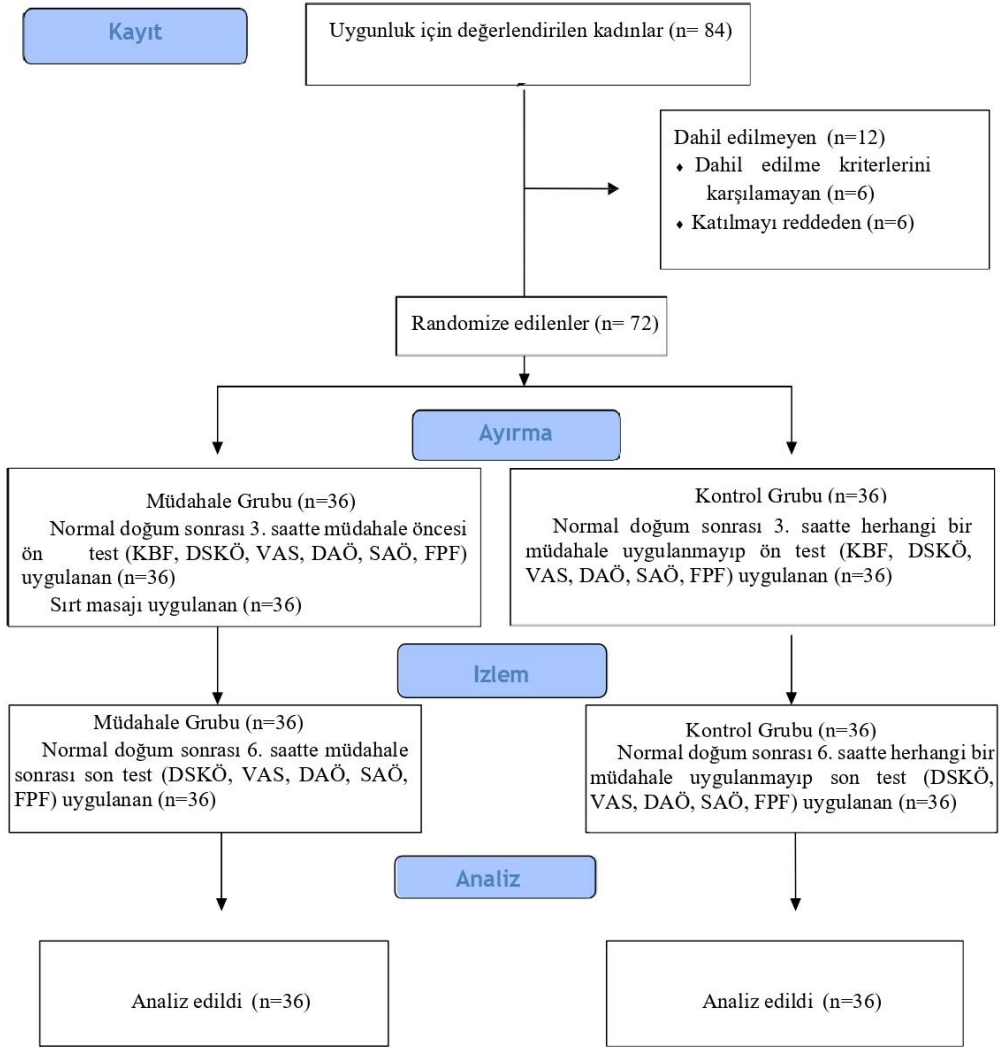
Görsel Analog Skala (Visuel Analogue Scale [VAS]), kişilerin ağrı düzeylerini belirlemek için sıklıkla kullanılan tek boyutlu bir ölçektir. Skala, Bond ve Pilowsky tarafından ilk kez 1966'da geliştirilmiş ve kullanılmıştır. VAS son derece basit, etkin, minimal, tekrarlanabilir bir ağrı şiddet ölçüm tekniğidir. Hasta 10 cm ya da 100 mm şeklinde yatay ya da dikey cetvel üzerinde, ağrı şiddetine göre kendini nereye uygun gördüğüne göre bir işaret koyar. Sıfır (0) sayısı hiç ağrı yok, On (10) sayısı ise dayanılmaz ağrı olarak tanımlanır (Eti Aslan, 2002; Kumar ve Trimathi, 2014). Clina ve ark. (1992) VAS sonuç değerlendirmesinde 0 cm "ağrı yok", 0.5 cm-3 cm "hafif ağrı", 3.5 cm-6.5 cm "orta şiddette ağrı", 7-10 cm "şiddetli ağrı" şeklinde belirtmişlerdir.

#### **3.4.5. Fizyolojik Parametreler Formu**

Fizyolojik parametreler doğum sonu süreci yönetiminde, tedavi protokolü belirlenmesinde önemli belirteçlerdir. Temel yaşam parametreleri olarak belirtilen kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı kişinin sağlık durumunu belirten parametrelerdir (Pamuk, 2021). Bu amaçla Fizyolojik Parametreler Formunda kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı yer almaktadır.

#### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmada katılımcıların grup atamaları randomizasyon yöntemi ile [www.random.org](http://www.random.org)'da yapılmıştır. CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) kriterlerine göre araştırmanın örnek seçim süreci verilmiştir (Şekil 3.1).



**Şekil 3.1.** Çalışmanın CONSORT (2010) Akış Diyagramı

Araştırmanın verileri etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra 12 Aralık 2022- 12 Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler toplanırken ilk olarak, Kahramanmaraş ili Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasına başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmada yer almayı kabul eden kadınlar normal doğumdan 3 saat sonra ziyaret edilmiş, kadınlar araştırmayla ilgili bilgilendirilmiş, araştırmada yer almayı isteyen kadınlardan sözlü ve yazılı onamları alınmış ve ön test verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır (**EK 10, EK 11**).

Araştırmanın ön test verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Doğum Sonu Konfor Ölçeği”, “Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği”, “Görsel Analog Skala” ve “Fizyolojik Parametreler Formu” ile ortalama 20 dakikada yüz yüze görüşme tekniği



ile toplanmıştır. Kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu, solunum sayısı fizyolojik parametreleri araştırmacı tarafından takip edilerek alınmıştır.

Araştırmada ikinci olarak, müdahale grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından masaj yapıldıktan 3 saat sonra test verileri toplanmıştır. Masaj uygulamasını takiben son test verileri; “Doğum Sonu Konfor Ölçeği”, “Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği”, “Görsel Analog Skala” ve “Fizyolojik Parametreler Formu” yeniden doldurulmuştur.

Kontrol grubundaki kadınlara masaj uygulanmamış, kadınlara rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların konfor, ağrı, anksiyete ve kan basıncı, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu, solunum sayısı fizyolojik parametreleri aynı saat aralıklarında ölçülmüştür.

### **3.5.1. Çalışma Protokolü**

Araştırmanın çalışma protokolü SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials/Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyleler için Öneriler) rehberliğinde oluşturulmuştur (Akın ve Koçoğlu-Tanyer, 2021) ve araştırmanın raporlanması CONSORT kontrol listesine göre yapılandırılmıştır (Boutron vd., 2017).

**Ön Uygulama:** Kişisel bilgi formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için araştırma öncesinde araştırmanın yapılacağı bölgede normal doğum yapan kadınlardan oluşan, dahil edilme kriterlerine uyan 7 kadına ön uygulama yapılmıştır.

**Tanışma, Bilgilendirici Onam ve Ön Testin Uygulanması:** Çalışma grubundan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının ön test verileri, literatür araştırmaları sonucu normal doğumdaki yorgunluğun, uykusuzluğun, analjezi etkisinin geçmesi ve kanama durumunun (Kenyon, 2015; Icke ve Genç, 2021) araştırma sonucunu etkilememesi açısından normal doğumdan 3 saat sonra, KBF, DSKÖ, VAS, DAÖ, SAÖ ve FPF ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

**Müdahale Grubu:** Randomizasyon sonrası gerekli açıklamalar yapılarak müdahale grubunda bulunan kadınlara masaj uygulaması yapılmıştır. Müdahale grubunda bulunan kadınlara hastanede verilen rutin hemşirelik bakımının dışında yapılacak olan masaj uygulaması, masaj uzmanından klasik masaj teknikleri eğitimi sertifikası sahibi araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Masaj uygulaması oturur pozisyonda sırta 20 dk uygulanmıştır.

**Masaj prosedürü:** Masaj prosedürü, öfloraj, petrisaj, friksiyon ve perküsyon tekniklerini kapsamıştır. Masaja, öflorajla başlanmış ve masaj öflorajla sonlanmıştır. Masaj uygulama sırası öfloraj, petrisaj, friksiyon, perküsyon ve öfloraj şeklinde olmuştur. Masaj sırasında kayganlığı sağlamak, anne ve bebeklerin kokudan etkilenmemesi amacıyla kokusuz bebe yağı kullanılmıştır. Kullanılan yağ, önce ellere dökülüp sonra öfloraj ile sırta yayılmıştır. Masaj 20 dk uygulanmıştır.

**Masaj uygulaması;** masaj sırta yapılmıştır (Cowen vd., 2006; Osborn vd., 2009). Masaj uygulamasına öfloraj ile başlanmıştır. Öfloraj başlarken iki el sakruma, yan yana koyulmuştur. Omurların çıkıntıları iki baş parmak arasında kalacak şekilde sakrumdan servikal vertebraya kadar çıkılmıştır. Eller enseye ulaştığında iki yana doğru açılarak, skapula üzerinde akıcı biçimde başlangıç noktasına geri gelinmiştir. Başlangıçta öfloraj 3 dk uygulanmıştır. Öfloraj aşaması bitirildikten sonra bel çevresinden başlayarak cilt altı doku ve kas tabakası, baş parmak ve diğer parmaklar yardımıyla kavranarak masaja petrisaj ile devam edilmiştir. Çift el uygulanacak olan petrisajda, bel çevresinden omuza doğru yapılan petrisaj hareketlerine tekrar bel çevresine geri dönülecek şekilde devam edilerek petrisaj bitirilmiştir. Petrisaj, 5 dk uygulanmıştır. Petrisajdan sonra diğer aşama olan friksiyon hareketleri ile masaj sürdürülmüştür. Friksiyona bel çevresinin aşağısından başlanarak ve dairesel ovma hareketiyle servikal vertebraya kadar devam edilmiştir. Friksiyon da 5 dk uygulanmıştır (Güney ve Uçar, 2021). Friksiyondan sonra sağ ve sol sırta sırasıyla tapotman yapılmıştır. Tapotman el kenarıyla, parmaklar tam sıkı olmadan yapılmıştır. Tapotman 5 dk uygulanmıştır. Tapotmandan sonra tüm sırt bölgesi aynı başlangıçta olduğu gibi 2 dk öfloraj yapılarak, masaj bitirilmiştir (Tuna, 2011).

**Masaj Öncesi Araştırmacı Hazırlığı:** Araştırmacı her iki elini de aynı oranda kullanabilmektedir. Tırnakları kısa ve elinde herhangi bir yara bulunmamaktadır.

- Uygulama sırasında her hastada farklı önlük giyilmiştir. Yüzük, bileklik gibi aksesuar takılmamış, saçlar toplanmıştır.

- Araştırmacı masaj öncesi ellerini yıkamıştır. Araştırmacının elleri masaj öncesi ısıtılmıştır. Soğuk ve nemli ellerle masaja başlanmamıştır.

- Araştırmacı masaj öncesi masaja hazırlık için el kaslarıyla egzersiz yapmıştır. Buna yönelik parmaklarını 15 kez yumruk yapıp gererek açmıştır. Eller parmak uçları birbirine kenetli olacak şekilde ters yönde çekilip 20 sn beklenmiş, bu uygulama 5 kez yapılmıştır.

- Araştırmacı hastayı rahatsız edecek ağır parfüm kullanmamıştır.

**Masaj Öncesi Annenin Hazırlığı:** Hasta arkası olmayan sandalyede masaya dönük, oturur şekilde pozisyon almıştır. Hastanın elleri ve ön kolu masadaki yastığa yerleştirilmiş, alnı yastığa dayanmıştır.

- Annenin masaj yapılacak alanı açılmış, masaj alanını destekleyecek yastıklar kullanılmıştır.

- Masaj sırasında annenin rahat etmesi için masaj öncesi tuvalet, sıvı alımı gibi ihtiyaçları giderilmiş ve sonrasında masaja başlanmıştır.

- Nakakita ve Takenoue (2009), erken doğum sonrası kadınlara yatar pozisyondayken verilen sırt masajının etkilerini inceledikleri çalışmada, bazı kişilerin bu pozisyonda uyuyakaldığını ve masajın etkilerini uykunun etkilerinden ayırt etmeyi zorlaştırdığını belirlediler. Bu nedenle, bu çalışma için anneler kollarındaki bir yastığa yaslanarak oturur pozisyonda yerleştirilmiştir. Müdahale, pozisyonun stabil olduğu ve herhangi bir perine ağrısını etkilemediği doğrulandıktan sonra yapılmıştır.

**Masaj Öncesi Masaj Alanının Hazırlığı:** Masaj annenin kendi odasında, mahremiyetine dikkat edilerek yapılmıştır. Oda sakın ve masaj alanında başka kimse bulunmamaktadır.

- Oda iyi havalandırılmış, ferah, sıcaklığı 22-24 °C arasındadır.

- Aydınlatma dinlendirici tarzda, ışık direkt annenin gözüne gelmeyecek şekilde ayarlanmıştır.

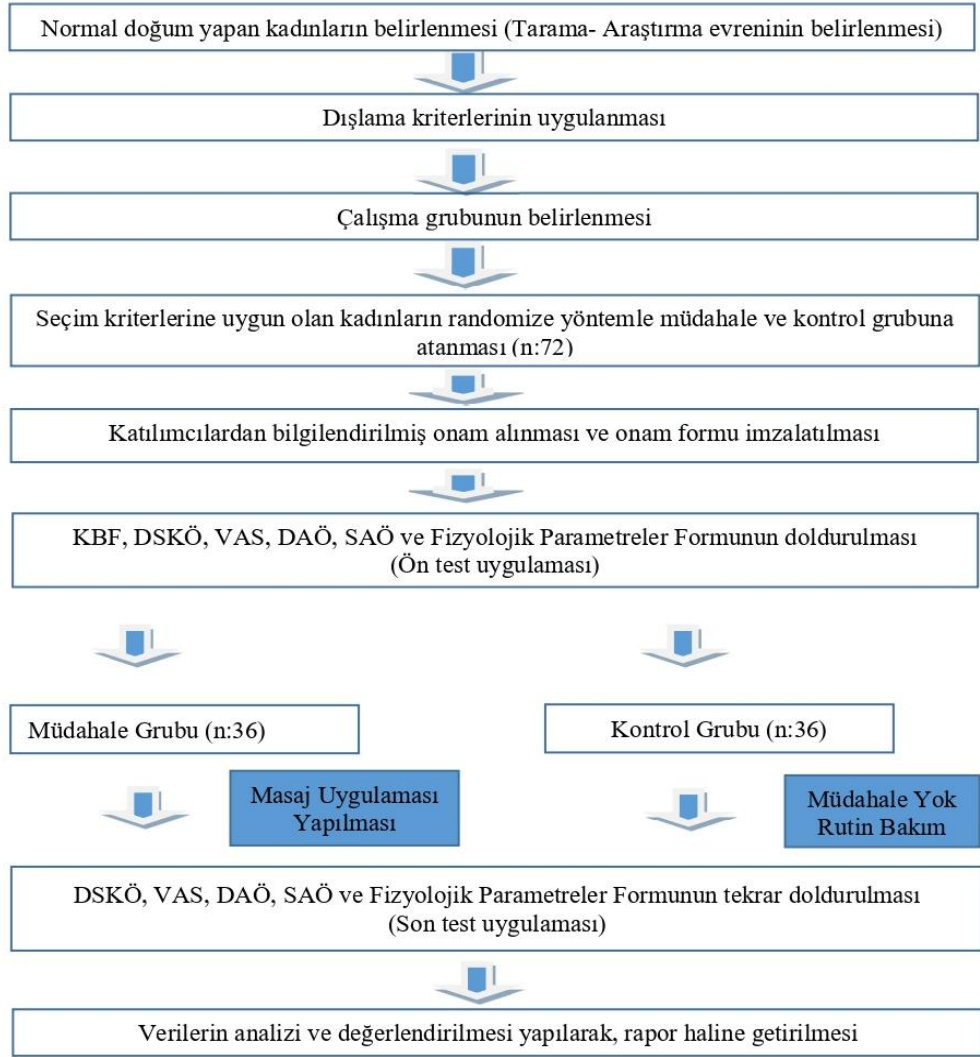
- Yatak çarşaflarının temiz olması sağlanmıştır.

**Masaj Uygulaması Sırasında Dikkat Edilenler:** Masaj uygulaması yapmadan önce masaj bölgesi açılmıştır.

- Masaj uygulama öfloraj ile başlayıp öfloraj ile sonlandırılmıştır.
- Uygulama, masaj etkinliği düşünülerek ne çok sert ne çok yumuşak yapılmıştır. Masaj aşırı hızlı ya da çok yavaş yapılmamıştır.
- Masaj manipülasyonları ritmik şekilde, masaj esnasında eller vücuttan ayrılmadan yapılmıştır.

**Son Test Uygulanması:** Araştırmacı tarafından, müdahale grubuna masaj uygulaması ve kontrol grubuna rutin hemşirelik bakımı verildikten 3 saat sonra (normal doğumdan 6 saat sonra) son test verileri toplanmıştır.

**Kontrol Grubu:** Kontrol grubunda bulunan kadınlara herhangi bir müdahale uygulanmamış, kliniğin rutin hemşirelik uygulamalarına devam edilmiştir. Ön test ve son test uygulanmıştır. Kontrol grubuna rutin hemşirelik bakımı olarak ilk 6 saatte saat başı vital takibi yapılmış, 6. saatte hemogram alınarak takip edilmiştir.



**Şekil 3.2.** Çalışma Akış Şeması

### 3.6. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmayı içeren tanımlayıcı testler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları ( $\pm 2$ ) ile hesaplanmıştır (**EK 12**, **EK 13**). Normal dağılan ölçümlerde, ikili grupların gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, ikili grupların grup içi karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan ölçümlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikili grupların grup içi karşılaştırılmasında Willcoxon analiz testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan ölçümlerde ikili grupların grup içi oran karşılaştırılmalarında McNemar

Ki-kare Testi kullanılmıştır. Araştırmadaki ölçeklerin iç geçerliği, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir (Büyüköztürk, 2014). Sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmada kullanılacak olan Doğum Sonu Konfor Ölçeği için Prof. Dr. Hatice Yıldız'dan (**EK 14**), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği için Prof. Dr. Necla Öner'den (**EK 15**) izin alınmıştır. Ordu Üniversitesi İnvaziv Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alınmıştır (27.10.2022-2022/238) (**EK 16**). Araştırmanın yürütülebilmesi için, Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (12.12.2022/E13511907-604) (**EK 17**). Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlardan "bilgilendirilmiş yazılı onam" alınmıştır (**EK 10, EK 11**). Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izni alınmasından sonra, ClinicalTrials.gov'a kayıt yapılmıştır (NCT06200649).

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın tek merkezli olması bunlardan biridir. Diğerleri ise, doğum sonu erken dönemde, vajinal doğum yapan, oturarak masaj yapılacağı için oturmada güçlük yaşamayan primipar kadınlarla sınırlı olmasıdır.

#### **3.8.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri**

Araştırmanın tek kör randomize kontrollü çalışma olması, klasik masaj teknikleri eğitimi sertifikası olan araştırmacı tarafından masajın uygulanması ve verilerin yüz yüze toplanması ve veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşması güçlü yönlerindedir.

#### **3.8.2. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler**

Araştırmada ön test sonrası müdahale grubunda bulunan annelere uygulanacak sırt masajında annelerin doğum sonrası yorgun oldukları için katılmakta isteksiz olmaları, uzanarak yapılmasını istemeleri, bebeğin emzirme saatine denk gelmesi ve son test verilerini toplarken istirahat saatine denk gelmesi yaşanan zorluklardandır.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
		n	%	n	%	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	4	11.1	13	36.1	$\chi^2=6.440$ $p=0.092$
	Lise	21	58.3	16	44.4	
	Üniversite	10	27.8	6	16.7	
	Lisansüstü	1	2.8	1	2.8	
Mesleği	Ev Hanımı	30	83.3	32	89.0	$\chi^2=4.065$ $p=0.131$
	Kamu Sektörü	6	16.7	2	5.5	
	Özel Sektör	-	-	2	5.5	
Eş Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	-	-	1	2.8	$\chi^2=4.654$ $p=0.199$
	İlköğretim	8	22.2	15	41.7	
	Lise	15	41.7	12	33.3	
	Üniversite	13	36.1	8	22.2	
Eş Mesleği	Kamu Sektörü	7	19.4	3	8.3	$\chi^2=2.713$ $p=0.258$
	İşçi	20	55.6	19	52.8	
	Özel Sektör	9	25.0	14	38.9	
Gelir Seviyesi	İyi	7	19.5	7	19.4	$\chi^2=0.162$ $p=0.922$
	Orta	25	69.4	26	72.3	
	Kötü	4	11.1	3	8.3	
Bebeğin Cinsiyeti Kız	Hayır	17	47.2	24	66.7	$\chi^2=2.776$ $p=0.096$
	Evet	19	52.8	12	33.3	
Bebeğin Cinsiyeti Erkek	Hayır	19	52.8	12	33.3	$\chi^2=2.057$ $p=0.151$
	Evet	17	47.2	24	66.7	
Gebeliğin İstenme Durumu	Evet	36	100	36	100	-
Alışkanlık Durumu	Sigara	1	2.8	2	5.5	$\chi^2=2.348$ $p=0.503$
	Alkol	1	2.8	-	-	
	Diğer	-	-	1	2.8	
	Hiçbiri	34	94.4	33	91.7	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	1	2.8	2	5.6	$p=1.000^*$
	Hayır	35	97.2	34	94.4	
Epizyotomi	Evet	34	94.4	33	91.7	$p=1.000^*$
	Hayır	2	5.6	3	8.3	
Epizyotomi Nedeniyle Yırtık Sıyrık	Evet	3	8.3	1	2.8	$p=0.614^*$
	Hayır	33	91.7	35	97.2	
Kullanılan Analjezik Sayısı	.00	35	97.2	34	94.4	$p=1.000^*$
	1.00	1	2.8	2	5.6	
Sürekli Değişkenler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p	
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
Yaş	22.67	3.78	22.31	4.00	$t=0.394, p=0.695$	
Hemoglobin değeri	11.89	1.64	11.81	1.40	$t=0.221, p=0.826$	
Hematokrit değeri	35.42	3.76	35.57	3.50	$t=-0.182, p=0.856$	

\*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır. t=Bağımsız gruplarda t testi

Kadınların bazı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, müdahale grubundaki kadınların %58.3’ü lise mezunu, %83.3’ü ev hanımı ve eşlerinin %41.7’si lise mezunu ve eşlerinin %55.6’sı işçidir. Kadınların %69.4’ü orta gelir seviyesine sahiptir, bebek cinsiyeti %52.8’inde kız, %47.2’sinde erkektir. Kadınların tamamında gebelik isteyerek olmuştur, %94.4’ünün hiçbir alışkanlığı yoktur ve %97.2’sinin kronik bir hastalığı yoktur. Kadınların %94.4’üne epizyotomi yapılmıştır, %91.7’sinde epizyotomi nedeniyle yırtık, sıyrık yoktur ve %97.2’sinde kullanılan analjezik yoktur. Kadınların ortalama yaşı  $22.67 \pm 3.78$ , ortalama hemoglobin değeri  $11.89 \pm 1.64$  ve ortalama hemotokrit değeri  $35.42 \pm 3.76$ ’dır.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki kadınların %44.4’ü lise mezunu, %89’u ev hanımıdır. Kadınların eşlerinin %41.7’si ilköğretim mezunu, eşlerinin %52.8’i işçidir. Kadınların %72.3’ü orta gelir seviyesine sahiptir, bebek cinsiyeti %33.3’ünde kız, %66.7’sinde erkektir. Kadınların tamamında gebelik isteyerek olmuştur, %91.7’sinin hiçbir alışkanlığı yoktur ve %94.4’ünün kronik bir hastalığı yoktur. Kadınların %91.7’sine epizyotomi yapılmıştır, %97.2’sinde epizyotomi nedeniyle yırtık, sıyrık yoktur ve %94.4’ünde kullanılan analjezik yoktur. Kadınların ortalama yaşı  $22.31 \pm 4$ , ortalama hemoglobin değeri  $11.81 \pm 1.40$  ve ortalama hemotokrit değeri  $35.57 \pm 3.50$ ’dir.

Ayrıca Tablo 4.1’de görüldüğü gibi müdahale ve kontrol grupları, tüm kontrol değişkenleri bakımından benzerdirler ( $p > 0.05$ ).



#### 4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Grupları Arası Karşılaştırma Bulguları

**Tablo 4.2.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Sonu Konfor Ölçeği ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu n=36		Kontrol Grubu n=36		Test ve p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
	<b>Fiziksel Konfor Alt Boyutu</b>	2.41	0.60	2.51	
<b>Psikospiritüel Konfor Alt Boyutu</b>	1.44	0.51	1.55	0.35	t=-1.135, p=0.261
<b>Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu</b>	2.38	0.67	2.42	0.69	t=-0.260, p=0.796
<b>Doğum Sonu Konfor Ölçeği</b>	2.12	0.48	2.20	0.48	t=-0.772, p=0.443

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2’de sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların ön test Fiziksel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $2.41 \pm 0.60$ , Psikospiritüel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $1.44 \pm 0.51$ , Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $2.38 \pm 0.67$ , DSKÖ puan ortalaması  $2.12 \pm 0.48$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ön test Fiziksel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $2.51 \pm 0.63$ , Psikospiritüel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $1.55 \pm 0.35$ , Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $2.42 \pm 0.69$ , DSKÖ puan ortalaması  $2.20 \pm 0.48$  saptanmıştır (Tablo 4.2). Müdahale ve kontrol grubu ön test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutları ve DSKÖ toplam puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n=36		n=36		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
VAS Ağrı	4.53	2.38	3.89	2.00	t=1.233, p=0.222

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test VAS ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların ön test VAS ağrı puan ortalaması  $4.53 \pm 2.38$ , kontrol grubundaki kadınların ön test VAS ağrı puan ortalaması  $3.89 \pm 2.00$  saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu ön test VAS ağrı puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test VAS Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması

VAS Ağrı Düzeyleri	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n	%	n	%	
Ağrı yok	-	-	2	5.6	$\chi^2=2.403$ $p=0.493$
Hafif ağrı	16	44.4	15	41.7	
Orta şiddette ağrı	13	36.1	14	38.9	
Şiddetli ağrı	7	19.4	5	13.9	

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test VAS ağrı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur. Tablo 4.4'te görüldüğü gibi kesme noktalarına göre ön testte müdahale grubundaki kadınların %44.4'ünün "hafif" ağrı, %36.1'inin "orta şiddette" ağrı, %19.4'ünün "şiddetli" ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ön testte kontrol grubundaki kadınların %5.6'sının ağrı yaşamadığı, %41.7'sinin "hafif" ağrı, %38.9'unun "orta şiddette" ağrı, %13.9'unun "şiddetli" ağrı yaşadığı saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu ön test VAS ağrı düzeyi oranları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n=36		n=36		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Durumluk Anksiyete Ölçeği</b>	37.44	8.05	36.42	7.56	t=0.558, p=0.578
<b>Sürekli Anksiyete Ölçeği</b>	39.47	7.11	40.64	7.92	t=-0.658, p=0.513

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’te sunulmuştur. Tablo 4.5’te görüldüğü gibi müdahale grubundaki kadınların ön test DAÖ puan ortalaması  $37.44 \pm 8.05$  ve SAÖ puan ortalaması  $39.47 \pm 7.11$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ön test DAÖ puan ortalaması  $36.42 \pm 7.56$  ve SAÖ puan ortalaması  $40.64 \pm 7.92$  saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu ön test DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test Fizyolojik Parametreleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Fizyolojik Parametreler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n=36		n=36		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Sistolik Basınç (mmHg)</b>	113.33	14.76	113.33	12.75	U=562.000, p=0.332
<b>Diastolik Basınç (mmHg)</b>	69.08	9.25	70.06	9.29	t=-0.445, p=0.658
<b>Nabız/Kalp Atım Hızı (dk)</b>	101.44	18.69	107.08	18.68	t=-1.280, p=0.205
<b>Ateş/Vücut Sıcaklığı (°C)</b>	36.67	0.26	36.76	0.46	t=-1.008, p=0.318
<b>Oksijen Satürasyonu (%)</b>	95.64	11.21	98.00	1.15	U=530.000, p=0.149
<b>Solunum Sayısı (dk)</b>	22.67	5.28	24.92	3.28	U=495.000, p=0.084

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test fizyolojik parametreleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da sunulmuştur. Tablo 4.6’da görüldüğü gibi müdahale grubundaki kadınların ön test sistolik basınç ortalaması

113.33±14.76, diastolik basınç ortalaması 69.08±9.25, nabız/kalp atım hızı ortalaması 101.44±18.69, ateş/vücut sıcaklığı ortalaması 36.67±0.26, oksijen satürasyonu ortalaması 95.64±11.21, solunum sayısı ortalaması 22.67±5.28 saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ön test sistolik basınç ortalaması 113.33±12.75, diastolik basınç ortalaması 70.06±9.29, nabız/kalp atım hızı ortalaması 107.08±18.68, ateş/vücut sıcaklığı ortalaması 36.76±0.46, oksijen satürasyonu ortalaması 98.00±1.15, solunum sayısı ortalaması 24.92±3.28 saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu ön test sistolik basınç, diastolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05), (Tablo 4.6).

#### 4.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Gruplar Arası Karşılaştırma Bulguları

**Tablo 4.7.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Sonu Konfor Ölçeği ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu n=36		Kontrol Grubu n=36		Test ve p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
	<b>Fiziksel Konfor Alt Boyutu</b>	2.51	0.50	2.38	
<b>Psikospiritüel Konfor Alt Boyutu</b>	1.47	0.47	1.47	0.34	t=0.000, p=1.000
<b>Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu</b>	2.44	0.57	2.36	0.82	t=0.501, p=0.618
<b>Doğum Sonu Konfor Ölçeği</b>	2.18	0.41	2.11	0.53	t=0.701, p=0.486

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların son test DSKÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların son test Fiziksel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması 2.51±0.50, Psikospiritüel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması 1.47±0.47, Sosyokültürel Konfor

Alt Boyutu puan ortalaması  $2.44 \pm 0.57$ , DSKÖ puan ortalaması  $2.18 \pm 0.41$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların son test Fiziksel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $2.38 \pm 0.64$ , Psikospiritüel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $1.47 \pm 0.34$ , Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu puan ortalaması  $2.36 \pm 0.82$ , DSKÖ puan ortalaması  $2.11 \pm 0.53$  saptanmıştır (Tablo 4.7). Sırt masajı müdahalesi sonucunda müdahale grubu lehine konfor düzeylerinin arttığı belirlenmiş olmakla birlikte, müdahale ve kontrol grubu son test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutları ve DSKÖ toplam puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.7). Çalışmada “H1<sub>1</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda konfor değerleri açısından fark vardır” hipotezi reddedilmiş ve “H0<sub>1</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda konfor değerleri açısından fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 4.8.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n=36		n=36		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
VAS Ağrı	3.36	1.84	3.94	2.12	t=-1.24, p=0.217

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların son test VAS ağrı puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Tablo 4.8’de görüldüğü gibi müdahale grubundaki kadınların son test VAS ağrı puan ortalaması  $3.36 \pm 1.84$ , kontrol grubundaki kadınların son test VAS ağrı puan ortalaması  $3.94 \pm 2.12$  saptanmıştır. Sırt masajı sonrası müdahale grubundaki kadınların VAS ağrı puan ortalaması azalmış, kontrol grubundaki kadınların VAS ağrı puan ortalaması artmış olmakla birlikte müdahale ve kontrol grubu son test VAS ağrı puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.8). Çalışmada “H1<sub>2</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda ağrı düzeyleri açısından fark vardır” hipotezi reddedilmiş,

**“H02: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda ağrı düzeyleri açısından fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.**

**Tablo 4.9.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test VAS Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması

VAS Ağrı Düzeyleri	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n=36		n=36		
	n	%	n	%	
Ağrı yok	2	5.6	3	8.3	
Hafif ağrı	21	58.3	12	33.4	$\chi^2=5.893$
Orta şiddette ağrı	12	33.3	16	44.4	p=0.117
Şiddetli ağrı	1	2.8	5	13.9	

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların son test VAS ağrı düzeylerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.9’da sunulmuştur. Tablo 4.9’da görüldüğü gibi kesme noktalarına göre son testte müdahale grubundaki kadınların %5.6’sının ağrı yaşamadığı, %58.3’ünün “hafif” ağrı, %33.3’ünün “orta şiddette” ağrı, %2.8’inin “şiddetli” ağrı yaşadığı saptanmıştır. Son testte kontrol grubundaki kadınların %8.3’ünün ağrı yaşamadığı, %33.3’ünün “hafif” ağrı, %44.4’ünün “orta şiddette” ağrı, %13.9’unun “şiddetli” ağrı yaşadığı saptanmıştır. Sırt masajı müdahalesi sonucunda müdahale grubu lehine ağrı düzeylerinin azaldığı saptanmış olmakla birlikte, müdahale ve kontrol grubu son test VAS ağrı düzeyi oranları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo 4.10.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p
	n=36		n=36		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Durumluk Anksiyete Ölçeği</b>	34.86	6.71	35.33	8.30	t=-0.265, p=0.791
<b>Sürekli Anksiyete Ölçeği</b>	38.00	7.08	39.61	6.66	t=-0.995, p=0.323

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların son test DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.10’da sunulmuştur. Tablo 4.10’da görüldüğü gibi müdahale grubundaki kadınların son test DAÖ puan ortalaması  $34.86 \pm 6.71$  ve SAÖ puan ortalaması  $38.00 \pm 7.08$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların son test DAÖ puan ortalaması  $35.33 \pm 8.30$  ve SAÖ puan ortalaması  $39.61 \pm 6.66$  saptanmıştır. Sırt masajı ve rutin bakım uygulamaları sonrası iki grupta da anksiyete puan ortalamalarında azalma saptanmakla birlikte müdahale ve kontrol grubu son test DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.10). Çalışmada “H1<sub>3</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda anksiyete düzeyleri açısından fark vardır” hipotezi reddedilmiş “H0<sub>3</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda anksiyete düzeyleri açısından fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 4.11.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Son Test Fizyolojik Parametreleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu n=36		Kontrol Grubu n=36		Test ve p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Sistolik Basınç (mmHg)</b>	110.08	11.01	113.69	9.58	t=-1.485, p=0.142
<b>Diastolik Basınç (mmHg)</b>	65.36	8.86	70.94	9.76	t=-2.542, p= <b>0.013</b>
<b>Nabız/Kalp Atım Hızı (dk)</b>	94.44	18.40	105.94	19.04	U=475.000, p=0.051
<b>Ateş/Vücut Sıcaklığı (°C)</b>	36.64	0.17	36.77	0.46	U=518.500, p=0.141
<b>Oksijen Satürasyonu (%)</b>	97.89	1.12	98.00	0.76	t=-.0495, p=0.623
<b>Solunum Sayısı (dk)</b>	22.58	2.66	24.64	3.44	t=-2.838, p= <b>0.006</b>

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların son test fizyolojik parametreleri puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi müdahale grubundaki kadınların son test sistolik basınç ortalaması  $110.08 \pm 11.01$ , diastolik basınç ortalaması  $65.36 \pm 8.86$ , nabız/kalp atım hızı ortalaması  $94.44 \pm 18.40$ , ateş/vücut sıcaklığı ortalaması  $36.64 \pm 0.17$ , oksijen satürasyonu ortalaması  $97.89 \pm 1.12$ , solunum sayısı ortalaması  $22.58 \pm 2.66$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların son test sistolik basınç ortalaması  $113.69 \pm 9.58$ , diastolik basınç ortalaması  $70.94 \pm 9.76$ , nabız/kalp atım hızı ortalaması  $105.94 \pm 19.04$ , ateş/vücut sıcaklığı ortalaması  $36.77 \pm 0.46$ , oksijen satürasyonu ortalaması  $98.00 \pm 0.76$ , solunum sayısı ortalaması  $24.64 \pm 3.44$  saptanmıştır. Sırt masajı sonrası müdahale ve kontrol grubu son test ölçümleri karşılaştırıldığında, müdahale grubunda kontrol grubuna göre son test diastolik basınç ve solunum sayısı ölçüm ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ( $p=0.013$ ,  $p=0.006$ ), ancak son test sistolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ölçüm ortalamalarının gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.11). Çalışmada “**H1<sub>4</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda fizyolojik parametreler açısından fark vardır**” hipotezi, fizyolojik parametrelerden diastolik basınç ve nabız/kalp atım hızı için kabul edilmiştir. “H0<sub>4</sub>: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda fizyolojik parametreler açısından fark yoktur” hipotezi fizyolojik parametrelerden sistolik basınç, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı için reddedilmiştir.



### 4.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Grup İçi Karşılaştırma Bulguları

**Tablo 4.12.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Fiziksel Konfor	Müdahale Grubu (n=36)			Kontrol Grubu (n=36)		
	Ort	SS	Test ve p	Ort	SS	Test ve p
Ön test	2.41	0.60	t=-1.813	2.51	0.63	t=1.610
Son test	2.51	0.50	p=0.078	2.38	0.64	p=0.112
<b>Psikospritüel Konfor</b>						
Ön test	1.44	0.51	t=-0.529	1.55	0.35	t=1.452
Son test	1.47	0.47	p=0.600	1.47	0.34	p=0.155
<b>Sosyokültürel Konfor</b>						
Ön test	2.38	0.67	t=0.794	2.42	0.69	t=0.833
Son test	2.44	0.57	p=0.433	2.36	0.82	p=0.411
<b>Doğum Sonu Konfor Ölçeği</b>						
Ön test	2.12	0.48	t=-1.595	2.20	0.48	t=1.891
Son test	2.18	0.41	p=0.120	2.11	0.53	p=0.067

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test ve son test DSKÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların ön test Fiziksel Konfor puan ortalaması  $2.41 \pm 0.60$ , Psikospiritüel Konfor puan ortalaması  $1.44 \pm 0.51$ , Sosyokültürel Konfor puan ortalaması  $2.38 \pm 0.67$  ve DSKÖ puan ortalaması  $2.12 \pm 0.48$  iken ve son test ölçümlerinde Fiziksel Konfor puan ortalaması  $2.51 \pm 0.50$ , Psikospiritüel Konfor puan ortalaması  $1.47 \pm 0.47$ , Sosyokültürel Konfor puan ortalaması  $2.44 \pm 0.57$  ve DSKÖ puan ortalaması  $2.18 \pm 0.41$  olarak saptanmıştır. Müdahale grubunun sırt masajı sonrası son test verilerinde ön test verilerine göre konfor puan ortalamalarının arttığı, bununla birlikte ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.12).

Kontrol grubundaki kadınların ön test Fiziksel Konfor puan ortalaması  $2.51\pm 0.63$ , Psikospiritüel Konfor puan ortalaması  $1.55\pm 0.35$ , Sosyokültürel Konfor puan ortalaması  $2.42\pm 0.69$  ve DSKÖ puan ortalaması  $2.20\pm 0.48$  iken son test ölçümlerinde Fiziksel Konfor puan ortalaması  $2.38\pm 0.64$ , Psikospiritüel Konfor puan ortalaması  $1.47\pm 0.34$ , Sosyokültürel Konfor puan ortalaması  $2.36\pm 0.82$  ve DSKÖ puan ortalaması  $2.11\pm 0.53$  olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun rutin bakım sonrası son test verilerinde ön test verilerine göre konfor puan ortalamalarının düştüğü, ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.12).

**Tablo 4.13.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

VAS Ağrı	Müdahale Grubu (n=36)			Kontrol Grubu (n=36)		
	Ort.	SS.	Test ve p	Ort.	SS.	Test ve p
Ön test	4.53	2.38	t=3.564	3.89	2.00	t=-0.247
Son test	3.36	1.84	p=0.001	3.94	2.12	p=0.807

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test ve son test VAS ağrı puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.13'te sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların sırt masajı öncesi VAS ağrı puan ortalaması  $4.53\pm 2.38$  iken sırt masajı sonrası  $3.36\pm 1.84$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ön test VAS ağrı puan ortalaması  $3.89\pm 2.00$  iken son testte  $3.94\pm 2.12$  saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların VAS ağrı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.001$ ). Kontrol grubundaki kadınların VAS ağrı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.13).

**Tablo 4.14.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test VAS Ağrı Düzeylerinin Grup İçi Dağılımları

VAS Ağrı Düzeyleri	Müdahale Grubu (n=36)		Kontrol Grubu (n=36)		
	n	%	n	%	
Ön test	Ağrı yok	-	-	2	5.6
	Hafif ağrı	16	44.4	15	41.7
	Orta şiddette ağrı	13	36.1	14	38.9
	Şiddetli ağrı	7	19.4	5	13.9
Son test	Ağrı yok	2	5.6	3	8.3
	Hafif ağrı	21	58.3	12	33.3
	Orta şiddette ağrı	12	33.3	16	44.4
	Şiddetli ağrı	1	2.8	5	13.9

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test ve son test VAS ağrı düzeylerinin grup içi dağılımları Tablo 4.14’te sunulmuştur. Ön testte müdahale grubundaki kadınların %44.4’ünün “hafif” ağrı, %36.1’inin “orta şiddette” ağrı, %19.4’ünün “şiddetli” ağrı yaşadığı; son testte ise müdahale grubundaki kadınların %5.6’sının ağrı yaşamadığı, %58.3’ünün “hafif” ağrı, %33.3’ünün “orta şiddette” ağrı, %2.8’inin “şiddetli” ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ön testte kontrol grubundaki kadınların %5.6’sının ağrı yaşamadığı, %41.7’sinin “hafif” ağrı, %38.9’unun “orta şiddette” ağrı, %13.9’unun “şiddetli” ağrı yaşadığı; son testte ise kontrol grubundaki kadınların %8.3’ünün ağrı yaşamadığı, %33.3’ünün “hafif” ağrı, %44.4’ünün “orta şiddette” ağrı, %13.9’unun “şiddetli” ağrı yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.15.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Durumluk	Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
	(n=36)			(n=36)		
Anksiyete Ölçeği	Ort.	SS	Test ve p	Ort.	SS	Test ve p
Ön test	37.44	8.05	t=2.645	36.42	7.56	t=0.906
Son test	34.86	6.71	p=0.012	35.33	8.30	p=0.371
<b>Sürekli</b>						
<b>Anksiyete Ölçeği</b>						
Ön test	39.47	7.11	t=1.865	40.64	7.92	t=1.137
Son test	38.00	7.08	p=0.071	39.61	6.66	p=0.263

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test ve son test DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.15'te sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların ön test DAÖ puan ortalaması  $37.44 \pm 8.05$  iken, son test  $34.86 \pm 6.71$  saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların ön test SAÖ puan ortalaması  $39.47 \pm 7.11$  iken, son test  $38.00 \pm 7.08$  saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların DAÖ ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.012$ ). Müdahale grubundaki kadınların SAÖ ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.15).

Kontrol grubundaki kadınların ön test DAÖ puan ortalaması  $36.42 \pm 7.56$  iken, son test  $35.33 \pm 8.30$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ön test SAÖ puan ortalaması  $40.64 \pm 7.92$  iken, son test  $39.61 \pm 6.66$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların DAÖ ve SAÖ ön test-son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.15).

**Tablo 4.16.** Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Fizyolojik Parametreleri Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Fizyolojik Parametreler	Müdahale Grubu (n=36)			Kontrol Grubu (n=36)		
	Ort.	SS	Test ve p	Ort.	SS	Test ve p
<b>Sistolik Basınç (mmHg)</b>						
Ön test	113.33	14.76	t=1.606	113.33	12.75	U=-
Son test	110.08	11.01	p=0.117	113.69	9.58	0.377 p=0.706
<b>Diastolik Basınç (mmHg)</b>						
Ön test	69.08	9.25	t=2.286	70.06	9.29	t=-0.468
Son test	65.36	8.86	p= <b>0.029</b>	70.94	9.76	p=0.642
<b>Nabız/kalp atım hızı (dk)</b>						
Ön test	101.44	18.69	U=-2.106	107.08	18.68	t=0.384
Son test	94.44	18.40	p= <b>0.035</b>	105.94	19.04	p=0.703
<b>Ateş/Vücut Sıcaklığı (°C)</b>						
Ön test	36.67	0.26	U=-0.458	36.76	0.46	t=-0.75
Son test	36.64	0.17	p=0.647	36.77	0.46	p=0.941
<b>Oksijen Satürasyonu (%)</b>						
Ön test	95.64	11.21	U=-1.626	98.00	1.15	U=-
Son test	97.89	1.12	p=0.104	98.00	0.76	0.275 p=0.783
<b>Solunum Sayısı (dk)</b>						
Ön test	22.67	5.28	U=-1.260	24.92	3.28	t=0.485
Son test	22.58	2.66	p=0.208	24.64	3.44	p=0.631

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların ön test ve son test fizyolojik parametreleri puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.16'da sunulmuştur. Müdahale grubundaki kadınların ön test sistolik basınç ortalaması 113.33±14.76, diastolik basınç ortalaması 69.08±9.25, nabız/kalp atım hızı ortalaması 101.44±18.69, ateş/vücut sıcaklığı ortalaması 36.67±0.26, oksijen satürasyonu ortalaması 95.64±11.21, solunum sayısı ortalaması 22.67±5.28 iken son testte sistolik

basınç ortalaması  $110.08 \pm 11.01$ , diastolik basınç ortalaması  $65.36 \pm 8.86$ , nabız/kalp atım hızı ortalaması  $94.44 \pm 18.40$ , ateş/vücut sıcaklığı ortalaması  $36.64 \pm 0.17$ , oksijen satürasyonu ortalaması  $97.89 \pm 1.12$ , solunum sayısı ortalaması  $22.58 \pm 2.66$  saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların diastolik basınç ve nabız/kalp atım hızı ön test-son test puan ortalamalarının grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diastolik basınç ve nabız/kalp atım hızı son testte daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p=0.029$ ,  $p=0.035$ ). Müdahale grubundaki kadınların sistolik basınç, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.16).

Kontrol grubundaki kadınların ön test sistolik basınç ortalaması  $113.33 \pm 12.75$ , diastolik basınç ortalaması  $70.06 \pm 9.29$ , nabız/kalp atım hızı ortalaması  $107.08 \pm 18.68$ , ateş/vücut sıcaklığı ortalaması  $36.76 \pm 0.46$ , oksijen satürasyonu ortalaması  $98.00 \pm 1.15$ , solunum sayısı ortalaması  $24.92 \pm 3.28$ , son test sistolik basınç ortalaması  $113.69 \pm 9.58$ , diastolik basınç ortalaması  $70.94 \pm 9.76$ , nabız/kalp atım hızı ortalaması  $105.94 \pm 19.04$ , ateş/vücut sıcaklığı ortalaması  $36.77 \pm 0.46$ , oksijen satürasyonu ortalaması  $98.00 \pm 0.76$  ve solunum sayısı ortalaması  $24.64 \pm 3.44$  saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların sistolik basınç, diastolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı ön test-son test puan ortalamalarının grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.16).

## 5. TARTIŞMA

Doğum sonu erken dönemde annelere uygulanan sırt masajının konfor, ağrı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisi incelenmiş ve elde edilen bulgular 4 alt boyutta tartışılmıştır.

### 5.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test DSKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, sırt masajı müdahalesi sonucunda müdahale grubu lehine konfor düzeylerinin arttığı belirlenmiş olmakla birlikte, müdahale ve kontrol grubu son test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutları ve DSKÖ toplam puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.7). Çalışmada “ $H_{11}$ : Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda konfor değerleri açısından fark vardır” hipotezi reddedilmiş ve “ $H_{01}$ : Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda konfor değerleri açısından fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test DSKÖ toplam ve Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu puan ortalamaları ön test ve son test puanları grup içi karşılaştırılmasında DSKÖ puan ortalamalarının ön teste göre son testte arttığı, bununla birlikte grup içi karşılaştırmada farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunun ve alt boyut puan ortalamalarının DSKÖ puan ortalamaları ön test ve son test puanları grup içi karşılaştırıldığında, ön teste göre ve son testte daha azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.12).

Literatürde vajinal doğum sonrası erken dönemde sırt masajının konfor düzeyine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte farklı durumlarda masaj uygulamasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Güney ve Uçar (2021)’in sezaryen sonrası 10. ve 22. saatlerde, yan yatış pozisyonunda sırtta uyguladığı derin doku masajı sonrası müdahale grubunun konfor puanları daha yüksek bulunmuş ve derin doku masajının konfor düzeyini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Demir ve Sarıtaş (2020)’in karaciğer nakli olan hastalara sırt masajı uyguladığı çalışmasında, Göke Aslan (2016)’ın huzurevinde yaşayan yaşlılara sırt masajı uygulaması yaptığı çalışmasında

uygulama sonucunda müdahale gruplarının konfor düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Zhu ve Shen (2024)'in çalışmasında da vajinal doğum yapan hastalarda akupunktur noktası masajıyla birlikte düşük frekanslı darbeli elektroterapinin doğum sonrası hastaların konforunu artırabileceği belirlenmiştir. Turan ve Cengiz (2024)'in enteral beslenme alan yoğun bakım hastalarında karın masajının ve yatak içi ROM egzersizinin konfora etkisini incelediği çalışmada, iki müdahalenin de zamanla ağrıyı azaltıp konforu artırdığı belirlenmiştir. Sezaryenle doğum yapan kadınlara ayak masajının konfora etkisinin incelendiği çalışmalarda müdahale gruplarının konfor puanları daha yüksek bulunmuş, ayak masajının doğum sonu konfor puanlarını artırdığı belirlenmiştir (Çankaya ve Rathwisch, 2020; Turgut, 2024). Değirmenci (2023)'nin sezaryen doğum sonrası el masajının kadınların ağrı, konfor düzeyleri ve gaz çıkış süreleri üzerine etkisini incelediği çalışmasında müdahale grubuna sezaryen sonrası 6. ve 12. saatlerde her el için 30 dk, toplamda 1 saat el masajı uygulanmıştır. Müdahale grubunun konfor puanı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş, el masajının doğum sonu konforu artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada DSKÖ alt boyutları puan ortalaması da incelenmiştir. Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu puan ortalamaları artmakla birlikte, grup içi farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.12). Derya ve Pasinlioğlu (2017)'nin sezaryen doğum yapmış kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada konfor teorisine dayalı verilen hemşirelik bakımının doğum sonu konfora etkisi incelenmiş fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel alt boyutlarına ayrılmıştır. Psikospiritüel konfor alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çevresel konfor alt boyutunda ise sadece “Kendimi güvende hissediyorum” maddesinde anlamlı fark belirlenmiştir. Çalışma sonucunda sezaryen ile doğum yapan annelere konfor kuramı doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının konfor gereksinimlerini gidererek doğum sonu konfor düzeyini artırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada sırt masajı sonrası kadınların gereksinimlerinin karşılanmasıyla konfor puan ortalamalarının arttığı, bununla birlikte müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olmamasının nedeninin kadınların bebek ve emzirme sürecine



odaklanmaları, taburcu olmak istemeleri, fiziksel ve çevresel ortamdaki kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Epizyotomi perine tonusunu korumak, planlanmamış yırtıkların önüne geçmek için bebeğin başı doğarken perinedeki bulbo kavernos kasına uygulanabilen kesidir (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015). Bu çalışmada epizyotomi uygulama oranı müdahale grubunda %94.4, kontrol grubunda %91.7 belirlenmiştir. Sırt masajının yatarak yerine oturarak sandalyede yapılması, epizyotominin zarar görebileceği korkusu, hastanenin kalabalık olması kadınların odaklanmasını, rahatlamasını, konfor düzeyini etkilemiş olabilir. Epizyotomi onarımına bağlı ağrı olması, perineal bölgede travma olması, annenin yorgun olması, bebeği emzirmesi gerekmesi anneyi strese sokabilmektedir. Bu durum, annelerin emzirmeye geç başlamasına, emzirme sorunları yaşamasına dolaylı olarak konforun olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Akın ve Erbil, 2020).

## **5.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test VAS Ağrı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

DSD’de kadınlar ağrı yaşayabilmektedir. DSD’de yaşanacak ağrı kadının günlük aktivitelerinde, bireysel ve bebek bakımında, anne-bebek bağlanmasında aksamalara neden olabilmektedir. Bu nedenle ağrıyı gidermek amacıyla farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler tercih edilebilir (Şimşek ve Ecevit, 2020).

Doğum sonu erken dönemdeki kadınlara uygulanan sırt masajının ağrı üzerine etkisi incelenen bu çalışmada, son test VAS ağrı puan ortalamalarının müdahale grubundaki kadınlarda ( $3.36 \pm 1.84$ ), kontrol grubundaki kadınlara ( $3.94 \pm 2.12$ ) göre daha düşük olduğu, kontrol grubundaki kadınların VAS ağrı puan ortalamasının ön teste göre artmış olduğu, bununla birlikte müdahale ve kontrol grubu son test VAS ağrı puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.8). Çalışmada “ $H_{12}$ : Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda ağrı düzeyleri açısından fark vardır” hipotezi reddedilmiş, “ $H_{02}$ : Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda ağrı düzeyleri açısından fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu çalışmada, müdahale ve kontrol grubunun grup içi VAS ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, müdahale grubundaki kadınların ön test VAS ağrı

puan ortalamasına göre ( $4.53 \pm 2.38$ ) son test VAS ağrı puan ortalamasının ( $3.36 \pm 1.84$ ) grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunurken ( $p=0.001$ ); kontrol grubundaki kadınların ön test VAS ağrı puan ortalamasına göre ( $3.89 \pm 2.00$ ) ve son test VAS ağrı puan ortalamasının ( $3.94 \pm 2.12$ ) grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.13).

Literatürde vajinal doğum sonrası erken dönemde sırt masajının ağrı üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak masaja yönelik farklı gruplarda birçok çalışma bulunmaktadır. Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde masajın etkinliğini değerlendiren çalışmalarda müdahale grubunun ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre azaldığı belirlenmiştir (Değirmen vd., 2010; Abbaspoor vd., 2014; Saatsaz vd., 2016). Primipar kadınlarda lavanta esanslı inhalasyon ve lavanta esanslı masajın algılanan doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri, gebelerin alındığı randomize kontrollü bir çalışmada, lavanta esanslı inhalasyon grubu, lavanta esanslı masaj grubu ve kontrol olarak 3 gruba ayrılmış, lavanta inhalasyonu ve masajı uygulanan kadınların kontrol grubuna göre algıladıkları doğum ağrısının daha az olduğu belirlenmiştir (Karatopuk ve Yarıcı, 2023). Primipar gebelere doğum esnasında ayak masajı uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, ağrı VAS ile değerlendirilmiş, müdahale grubuna latent, aktif ve geçiş fazında 20'şer dk, toplam 60 dk ayak masajı uygulanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre ağrı düzeyinin daha az olduğu saptanmıştır (Şanlı ve Satılmış, 2023).

Başka bir çalışmada, primipar kadınlara mekanik masajın ve sıcak mekanik masajın algılanan doğum ağrısı üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, ağrı VAS ile girişimden önce, hemen, yarım saat sonra ve 1 saat sonra olmak üzere değerlendirilmiştir. Müdahale grupları arasında girişimden önce ve hemen sonraki VAS skorları arasında anlamlı farklılık bulunmazken, ilk müdahaleden yarım saat sonra ve 1 saat sonra ölçülen VAS skorları arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Kontrol grubuna göre ise her müdahale grubunun ağrı düzeyinin daha azaldığı belirlenmiştir (Kaçar ve Keser, 2021). Doğum sırasında uygulanan sakral masajın doğum ağrısı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, müdahale grubundaki kadınların latent faz, aktif faz, geçiş fazı VAS ortalamaları kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (Karaduman ve Akköz Çevik, 2020). Simonelli ve ark. (2018)'nin planlanmamış

sezaryen sonrası postoperatif 1. günde primipar kadınlardaki postoperatif ağrıda konnektif doku masajının etkisini değerlendirdikleri çalışmada, birinci gruba 20 dk masaj yapılmış, ikinci gruba standart bakım (kontrol grubu) verilmiş, üçüncü gruba ise 20 dk bireysel ilgi gösterilmiştir. Çalışma sonucunda masaj yapılan grupta kadınların ağrı düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir. Ghani ve Abd Elmonem (2018)'in primipar kadınlarla yürüttükleri çalışmasında sezaryenden 8 saat sonra müdahale grubundaki kadınların kafa derisi, boyun, üst omuz, eller ve ayaklara 5 ml zeytinyağı ile 35 dk masaj yapılmış, kontrol grubundaki kadınlara rutin bakım verilmiş ve ağrı düzeyleri ölçülmüştür. Müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel önemli farklılık belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde vajinal doğum yapan kadınların bel ağrısı için sırt masajı etkililiğinin değerlendirildiği çalışmada, ağrı VAS ile değerlendirilmiştir. Müdahale grubundaki kadınlara doğum sonu 1 aylık dönemde 5 ardışık gün boyunca sırt masajı uygulanmış, kontrol grubundaki kadınlara ise yalnızca rutin bakım verilmiştir. Araştırma sonucunda müdahale grubundaki kadınların ağrı düzeyinin, kontrol grubundaki kadınlara göre önemli derecede az olduğu belirlenmiştir (Lee ve Ko, 2015). Erdoğan ve ark. (2017)'nin bel masajının algılanan doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmasında müdahale grubuna sırasıyla latent, aktif ve geçiş fazlarının sonunda (servikal dilatasyonda 3-4 cm, 5-7 cm, 8-10 cm iken) 3 kez masaj uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise girişim uygulanmamıştır. VAS skorları 3 kez, tüm aşamalarda değerlendirilmiştir. Çalışmada bel masajının doğum ağrısının azaltılmasında etkisinin önemli olduğunu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan farklı gruplarda uygulanan bu çalışmalar genel anlamda masaj uygulamasının özel anlamda ise sırt masajının ağrı üzerindeki etkililiğini ve önemini ortaya koymaktadır. Literatürdeki bulgular, bu çalışmanın bulgularıyla benzerdir.

### **5.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Anksiyete Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerinde kadında anksiyete görülebilir. Nonfarmakolojik uygulamalar bu dönemde anksiyete için kullanılabilir. Domínguez-Solís ve ark. (2021)'nin anksiyeteyi azaltmak için doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliği değerlendirildiği çalışmada

hamilelik sırasında eş masajı, müzik terapisi ve yoga; doğum sırasında aromaterapi; doğum sonrası dönemde masajın önemli etkileri olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonu erken dönem 3. saatte sırt masajının anksiyete üzerine etkisini inceleyen bu çalışmada, müdahale grubundaki kadınların son test DAÖ puan ortalaması  $34.86 \pm 6.71$  ve SAÖ puan ortalaması  $38.00 \pm 7.08$  olduğu; kontrol grubundaki kadınların son test DAÖ puan ortalaması  $35.33 \pm 8.30$  ve SAÖ puan ortalaması  $39.61 \pm 6.66$  olduğu saptanmıştır. Sırt masajı ve rutin bakım uygulamaları sonrası iki grupta da anksiyete puan ortalamalarında azalma saptanmakla birlikte müdahale ve kontrol grubu son test DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.10). Çalışmada “ $H_{13}$ : Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda anksiyete düzeyleri açısından fark vardır” hipotezi reddedilmiş “ **$H_0$ : Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda anksiyete açısından fark yoktur**” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu çalışmada, müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test DAÖ ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( **$p < 0.05$** ), bununla birlikte SAÖ puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.15).

Doğum sonrası anksiyetenin oranı %13-40 arası değişmektedir. Doğum sonrası kadında anksiyete olması anne-bebek bağlanmasını, mizacı, uykuyu, bilişsel gelişimi olumsuz etkilemektedir. Bunun önüne geçmek için masaj, terapi, oksitosin uygulaması gibi yöntemler kullanılabilir (Field, 2018). Goodman ve ark. (2016)’nın meta analiz çalışmasında doğum sonrası dönemdeki kadınların %8.5’inin bir ya da daha fazla anksiyete bozukluğu yaşadığı belirtilmiştir.

Masajın anksiyete üzerine etkisi doğum sırasında, sonrasında, farklı örneklerde sıkça çalışılmaktadır. Saatsaz ve ark. (2016)’nın elektif sezaryen sonrası masajın ağrı ve anksiyeteye etkisini inceledikleri çalışmada, masaj öncesi, hemen sonrası ve 90. dakikada ölçümler yapılmış ve anksiyete düzeyinde anlamlı düşüş belirlenmiştir. Irani ve ark. (2015)’nin elektif sezaryen sonrası kadınların anksiyete düzeylerini ölçtükleri çalışmada, müdahaleden önce, hemen sonra, 60. ve 90. dakikada olmak üzere 4 kez anksiyete düzeyleri ölçülmüştür. Müdahale ve kontrol

grupları arasında müdahaleden hemen sonra, 60. ve 90. dakikada anlamlı farklılık olduğu, anksiyetenin azaldığı belirlenmiştir. Yılar Erkek ve Aktaş (2018)'in ayak refleksolojisinin kadınların doğum sırasındaki anksiyete düzeylerine etkisini incelemek için nullipar kadınlarla yürüttükleri çalışmada, anksiyeteyi refleksoloji öncesinde, doğumun latent ve aktif evrelerinde ve postpartum erken dönem olmak üzere 4 kez ölçmüşlerdir. Çalışmada 15'er dk, her iki ayağa toplamda 30 dk ayak refleksolojisi uygulamasının gebelerin toplam anksiyete puanlarını düşürmede olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

Karaduman ve Akköz Çevik (2020)'in çalışmasında, doğum sırasında uygulanan sakral masajın anksiyete ve endişeyi azalttığı belirlenmiştir. Lamadah ve Nomani (2016)'nin çalışmasında primipar kadınlara doğum sırasında müdahale grubuna lavanta yağlı sırt masajı yapılırken kontrol grubuna yalnızca sırt masajı yapılmış, çalışma sonucunda aromaterapiyle doğum sırasında yapılan sırt masajının anksiyeteyi azaltabileceği belirlenmiştir. Pınar ve Demirel (2021)'in teröpatik dokunuşun doğum anksiyetesine etkisini incelediği, doğumun birinci evresinin aktif fazında ve ikinci evresinde 15'er dk teröpatik dokunuşun uyguladığı çalışmada, ön test son test ölçümlerinde müdahale grubunda bulunan kadınlarda, terapötik dokunuştan sonra anksiyete düzeyinde azalma, kontrol grubundaki kadınlarda değişiklik görülmemiştir. Pratiwi ve ark. (2021)'nin postpartum dönemdeki kadınlara aromaterapi masajının anksiyeteye etkisini incelediği çalışmada, masajın anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olduğunu belirtilmiştir. Jahdi ve ark. (2016)'nin çalışmasında, sırt masajının normal doğum yapan kadınlarda, müdahale ve kontrol grubu anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Literatür bu çalışmanın verilerini desteklemektedir. Kadınların SAÖ puan ortalamaları karşılaştırmasının hem gruplar arası hem de grup içinde anlamsız çıkmasının, genel durumu ifade etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **5.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test ve Son Test Fizyolojik Parametreler Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Fizyolojik parametrelerin değerlendirilmesi, sağlık durumunun değerlendirilmesi açısından önemlidir. Fizyolojik parametrelerde normalden sapmalar, vücudun fiziksel ve psikolojik strese verdiği tepkinin ya da vücut işleyişindeki farklılıkların habercisidir. Bu anlamda masaj kişide amaca yönelik olarak

terapötik bir etki oluşturup fiziksel ve psikolojik rahatlama, uyarılma sağlayabilir, sinir sistemini iyileşmesine yardımcı olabilir (Kordi vd., 2016; Unal ve Balci Akpınar, 2016). Bu etkisine bağlı olarak fizyolojik parametrelerden kan basıncı, nabız, solunum sayısında artma ya da azalma, saturasyon değerinde artma ve ateş/vücut sıcaklığında normal sınırlarda olma durumları görülebilir.

Çelik ve Aksoy (2006)'un sağ lateral pozisyonda sırt masajı uyguladığı çalışmasında sırt masajı sonrası pO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> ve kalp hızının arttığı belirlenmiştir. Utli (2018)'nin çalışmasında sırt masajı öncesi ve sonrası yapılan ölçümlerde sırt masajının kalp atım hızı, solunum hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncı parametrelerinde artışa sebep olduğu belirlenmiştir.

Masaj endotelial koruma ve gevşemeyle kan basıncının azalmasını sağlayabilir. Kusumarini and Djuniarto (2015)'nin haftada üç defa, 10 seans boyunca 10 dakika sırt masajı uyguladığı çalışmasında, sırt masajının sistolik ve diastolik kan basıncını düşürdüğü belirlenmiştir. Çınar ve ark. (2009)'nın müdahale grubuna sırt masajı uyguladığı, sırt masajından önce, sonra, 15 dk ve 30 dk sonra olmak üzere dört kez ölçtüğü çalışmasında vücut ısısı dışında sistolik basınç, diastolik basınç, kalp hızı, solunum sayısı yaşamsal belirtilerini azalttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada sırt masajı uygulaması sonrasında müdahale grubundaki kadınların sistolik basınç, diastolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, solunum sayısı parametrelerinde azalma; oksijen saturasyonu parametresinde artış olduğu saptanmıştır. Rutin bakım sonrasında kontrol grubundaki kadınların sistolik basınç, diastolik basınç, ateş/vücut sıcaklığı parametrelerinde artış; nabız/kalp atım hızı, solunum sayısı parametrelerinde azalma ve oksijen saturasyonu parametresinde değişme olmadığı saptanmıştır.

Sırt masajı sonrası müdahale ve kontrol grubu son test ölçümleri karşılaştırıldığında, müdahale grubunda kontrol grubuna göre son test diastolik basınç ve solunum sayısı ölçüm ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ( $p=0.013$ ,  $p=0.006$ ), ancak son test sistolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu ölçüm ortalamalarının gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.11). Çalışmada "**H14: Postpartum dönemdeki annelerde masaj**

**uygulan ve uygulanmayan gruplarda fizyolojik parametreler açısından fark vardır” hipotezi, fizyolojik parametrelerden diastolik basınç ve nabız/kalp atım hızı için kabul edilmiştir. “H04: Postpartum dönemdeki annelerde masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda fizyolojik parametreler açısından fark yoktur” hipotezi fizyolojik parametrelerden sistolik basınç, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı için reddedilmiştir. Bu sonuçlarda çalışma kapsamına alınan kadınların normal doğum yapmış olması ve normal doğumun fizyolojik bir süreç olması ve masaj uygulamasından önce herhangi bir normalden sapma olduğunda hemşirelerin hemen müdahale etmesinden dolayı olduğu düşünülmektedir.**

Vahedian Azimi ve ark. (2014)’nın yoğun bakım hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastalara aile üyeleri tarafından 1 saat tüm vücut masajı yapılmış ve masajdan önce, masajdan sonra 1., 2., 3., ve 4. saatte fizyolojik parametreleri ölçülmüştür. Müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede fark belirlenmiştir. Kordi ve ark. (2016)’nın araştırmasında sezaryen doğum sonrası 5’er dk. kadınların el ve ayaklarına toplamda 20 dk masaj uygulanmıştır. Masajdan önce, masajdan sonra 60. dk ve 90. dk’da tansiyon, nabız/kalp atım hızı ve solunum sayısı fizyolojik parametreleri ölçülmüştür. Masajdan sonra fizyolojik parametrelerde anlamlı azalma ve öncesi ve sonrası ölçümlerde anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Nakakita ve Takenoue (2009)’nin normal doğum sonrası erken dönemde sırt masajının etkilerini incelediği çalışmasında müdahale grubundaki kadınlara kokusuz yağ ile 20 dk sırt masajı uygulanmış, kontrol grubundaki kadınlar ise 20 dk yatak istirahati yapmıştır. Çalışma sonucunda sırt masajının sempatik sinirlerden çok parasempatik sinirleri harekete geçirdiği belirlenmekle birlikte iki grupta da kalp atım hızında azalma olduğu belirlenmiştir.

Kenyon (2015)’in doğum sonu ilk günde sırt masajının rahatlatıcı etkileri üzerine multipar ve primipar kadınlarla yürüttüğü çalışmasında, müdahale grubuna kokusuz üzüm çekirdeği yağı ile 20 dk oturur pozisyonda sırt masajı yapılmış, kontrol grubuna 20 dk oturma pozisyonu verilmiştir. Hem primipar hem de multipar kadınlarda müdahale ve kontrol grupları arasında kalp hızı değişkenliği ve rahatlama hissi açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Değirmen ve ark. (2010)’nın çalışmasında sezaryenden sonra ağrı kontrolünde ayak ve el masajının etkisi incelenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında masaj öncesi yapılan ölçümlerin daha

yüksek düzeyde olduğu, masajın hemen öncesi ve sonrası yapılan ölçümlerin ise nispeten daha düşük olduğu, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Khoshtarash ve ark. (2012)'nin sezaryen doğum sonrası ayak refleksolojisinin ağrı ve fizyolojik parametrelere etkisini araştırdığı çalışmada, müdahale grubunda kontrol grubuna göre ağrı şiddeti anlamlı derecede azaldığı ancak fizyolojik parametrelerde (nabız/kalp atım hızı, solunum sayısı, sistolik ve diastolik kan basıncı) anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Güney ve Uçar (2021)'in sırt masajının sezaryen sonrası kan basıncı, ateş/vücut sıcaklığı, solunum sayısı ve nabız/kalp atım hızı parametrelerine etkisini incelediği çalışma sonucunda sırt masajının genel olarak müdahale grubu yönünde olumlu sonuç oluşturmadığı, kontrol grubuyla benzer olduğu bulunmuştur. Saatsaz ve ark. (2016)'nın elektif sezaryen sonrası masajın ağrı ve anksiyeteye etkisini inceledikleri çalışmada, masajın kan basıncı ve solunum üzerindeki değişikliği anlamlı iken, nabızdaki değişikliği anlamlı bulunmamıştır. İpek ve Eryılmaz (2018)'in çalışmasında masajın gebelerde ağrıyı azalttığı, aktif faz süresini kısalttığı ancak vital bulguları üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Literatürde masajın fizyolojik parametrelere etkisine yönelik farklı çalışma bulguları bulunmaktadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Çalışmada 36 müdahale ve 36 kontrol grubu olmak üzere 72 kadın alınmış ve 72 kadınla çalışma tamamlanmıştır.

- Müdahale grubundaki kadınların %58.3'ü lise mezunu, %83.3'ü ev hanımı ve eşlerinin %41.7'si lise mezunu ve eşlerinin %55.6'sı işçi, %69.4'ü orta gelir seviyesine sahiptir. Kadınların bebeklerinin cinsiyeti %52.8'inde kız, %47.2'sinde erkektir. Kadınların tamamında gebeliğin isteyerek olduğu, %94.4'ünün alışkanlığı olmadığı ve %97.2'sinin kronik bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

- Müdahale grubundaki kadınların %94.4'üne epizyotomi yapıldığı, %91.7'sinde epizyotomi nedeniyle yırtık, sıyrık olmadığı ve %97.2'sinde analjezik kullanılmadığı belirlenmiştir. Kadınların ortalama yaşı  $22.67 \pm 3.78$ , ortalama hemoglobin değeri  $11.89 \pm 1.64$  ve ortalama hemotokrit değeri  $35.42 \pm 3.76$ 'dır.

- Kontrol grubundaki kadınların %44.4'ü lise mezunu, %89'u ev hanımı, eşlerinin %41.7'si ilköğretim mezunu, eşlerinin %52.8'i işçi, %72.3'ü orta gelir seviyesine sahiptir. Kadınların bebeklerinin cinsiyeti %33.3'ünde kız, %66.7'sinde erkektir. Kadınların tamamında gebeliğin isteyerek olduğu, %91.7'sinin hiçbir alışkanlığı olmadığı ve %94.4'ünün kronik bir hastalığı olmadığı bulunmuştur.

- Kontrol grubundaki kadınların %91.7'sine epizyotomi yapıldığı, %97.2'sinde epizyotomi nedeniyle yırtık, sıyrık olmadığı, %94.4'ünde analjezik kullanılmadığı bulunmuştur. Kadınların ortalama yaşı  $22.31 \pm 4$ , ortalama hemoglobin değeri  $11.81 \pm 1.40$  ve ortalama hemotokrit değeri  $35.57 \pm 3.50$ 'dir.

- Müdahale ve kontrol gruplarının, tüm kontrol değişkenleri bakımından benzer olduğu saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

- Müdahale grubundaki kadınların ön test ön test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutları ve DSKÖ toplam puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.2).

- Müdahale ve kontrol grubu ön test VAS ağrı puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.3).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınlarının kesme noktalarına göre ön testte VAS ağrı düzeyleri; müdahale grubundaki kadınların %44.4'ünün "hafif", %36.1'inin "orta şiddette" ve %19.4'ünün "şiddetli" ağrı yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların %5.6'sının ağrı yaşamadığı, %41.7'sinin "hafif", %38.9'unun "orta şiddette" ve %13.9'unun "şiddetli" ağrı yaşadığı saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu ön test VAS ağrı düzeyi oranları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4).

- Müdahale ve kontrol grubu ön test DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.5).

- Müdahale ve kontrol grubu ön test sistolik basınç, diastolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu ve solunum sayısı ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.6).

- Sırt masajı müdahalesi sonucunda müdahale grubu lehine konfor düzeylerinin arttığı belirlenmiş olmakla birlikte, müdahale ve kontrol grubu son test Fiziksel Konfor, Psikospiritüel Konfor, Sosyokültürel Konfor Alt Boyutları ve DSKÖ toplam puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.7).

- Sırt masajı sonrası müdahale grubundaki kadınların VAS ağrı puan ortalaması azalmış, kontrol grubundaki kadınların VAS ağrı puan ortalaması artmış olmakla birlikte müdahale ve kontrol grubu son test VAS ağrı puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.8).

- VAS kesme noktalarına göre son testte müdahale grubundaki kadınların %5.6'sının ağrı yaşamadığı, %58.3'ünün "hafif", %33.3'ünün "orta şiddette" ve %2.8'inin "şiddetli" yaşadığı saptanmıştır. Son testte kontrol grubundaki kadınların %8.3'ünün ağrı yaşamadığı, %33.3'ünün "hafif", %44.4'ünün "orta şiddette" ve %13.9'unun "şiddetli" ağrı yaşadığı saptanmıştır. Sırt masajı müdahalesi sonucunda müdahale grubu lehine ağrı düzeylerinin azaldığı saptanmış olmakla birlikte, müdahale ve kontrol grubu son test VAS ağrı düzeyi oranları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.9).

- Müdahale ve kontrol grubu son test DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.10).

- Müdahale ve kontrol grubu son test fizyolojik parametrelerin ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında, müdahale grubunda kontrol grubuna göre son test diastolik basınç ve solunum sayısı ölçüm ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ( $p=0.013$ ,  $p=0.006$ ), ancak son test sistolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ölçüm ortalamalarının gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.11).

- Müdahale grubunun sırt masajı sonrası son test verilerinde ön test verilerine göre DSKÖ puan ortalamalarının arttığı, bununla birlikte ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunun rutin bakım sonrası son test verilerinde ön test verilerine göre DSKÖ puan ortalamalarının düştüğü, ön test son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.12).

- Müdahale grubundaki kadınların VAS ağrı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0.001$ ). Kontrol grubundaki kadınların VAS ağrı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.13).

- Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test DAÖ ortalamaları grup içi farkının anlamlı olduğu ( $p=0.012$ ) ve SAÖ ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubundaki kadınların DAÖ ve SAÖ ön test-son test puan ortalamaları grup içi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.15).

- Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test fizyolojik parametreler puan ortalamalarının grup içi farklarının diastolik basınç ve nabız/kalp atım hızı son testte daha düşük olduğu (sırasıyla,  $p=0.029$ ,  $p=0.035$ ), bununla birlikte sistolik basınç, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve solunum sayısı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.16).

- Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test fizyolojik parametreler puan ortalamalarının grup içi farklarının sistolik basınç, diastolik basınç, nabız/kalp atım hızı, ateş/vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu ve solunum sayısı ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.16).

## 6.2. Öneriler

**Klinik Uygulamalar İçin Öneriler:** Sağlık profesyonellerinin konforu artırmak, ağrı ve anksiyeteyi azaltmak, fizyolojik parametrelerde normalden sapmaları önlemek, masaj hakkında bilgi sahibi olması amacıyla bu konuda düzenlenen eğitimlere katılma ve aktif rol almalarının sağlanması,

- Düzenlenen eğitimlerde aktif rol alan hemşirelerin kadınların konforunu artırmak, ağrı ve anksiyetesini azaltmak, fizyolojik parametrelerde normalden sapmalarını önlemek amacıyla masajı sahada da uygulayabilmesi,

- Kadınlara masaj gibi nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi vererek farkındalık oluşturması,

- Doğum sonrası dönemde masaj sürecine katılması konusunda kadınların ve ailelerinin teşvik edilerek sırt masajı yöntemlerini öğrenebileceği merkezlere yönlendirilmesi,

- Kadınların nonfarmakolojik yöntemleri taburculuk sonrası da kullanması için yönlendirilmesi, yöntemlerin kadının yakınlarına öğretilmesi önerilir.

**Araştırmacılara Öneriler:** Araştırmanın multiparların da dahil edildiği farklı popülasyonda ve daha çok sayıda katılımcıyla yapılması,

- Doğum sonu erken dönemde sırt masajının epizyotomisi olmayan kadınlarda, farklı pozisyonlarda da uygulanması,

- Masajın etkililiğini artırmak için lavanta yağı gibi aromatik ürünlerin masaj uygulamasında kullanılması,

- Sırt masajının etkisinin artırılması için bir kezden daha fazla yapılması ve değerlendirme süresine doğum sonu dönemin ilerleyen zamanlarının eklenmesi,

- Doğum sonu erken dönemde sırt masajının konfor, ağrı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisine yönelik daha ileri çalışmalar planlanması önerilir.

**Politika Yapıcılara Öneriler:** Doğum sonu dönemde aktif rol alan sağlık profesyonellerinin sırt masajı gibi nonfarmakolojik yöntemler konusunda donanımlı olması için eğitim programlarının planlanması ve düzenlenmesi,

- Sırt masajının hemşirelik lisans eğitimine dahil edilmesi,
- Hemşirelerin sırt masajı sertifika programlarına katılması için teşvik edilmesi,
- Masaj sertifikası olan hemşirelerin sahada uygulama yapabilmesi için uygun koşulların oluşturulması,

- Gebe okullarında, eğitim birimlerinde çalışan hemşirelerin sertifika ve hizmet içi eğitimlerle bilgi düzeyi artırılarak, daha fazla sağlık çalışanına ulaşması amacıyla planlamalar yapılması,

- Sırt masajının uygulanabilirliği için hemşirelerin iş yükünün azaltılması, hastane koşullarının iyileştirilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

- Abasi, Z., Abedian, Z., Fadaie, A., & Esmaeili, H. A. (2008). The effects of back massage on pain intensity during the first stage of labor in primiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 11(4), 39-47. <https://doi.org/10.22038/IJOGI.2008.5910>
- Abbaspoor, Z., Akbari, M., & Najar, S. (2014). Effect of foot and hand massage in post-cesarean section pain control: A randomized control trial. *Pain Management Nursing*, 15(1), 132-136. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.07.008>
- Akansel, N., & Yıldız, H. (2010). Pulse oksimetre değerlerinin güvenilir olması için neleri bilmeliyiz. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 8(1), 44-48.
- Akarsu, R. H., Tuncay, B., & Alsaç, S. Y. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 275-279.
- Akgün, M. Y., & İşler, C. (2019). Ağrı cerrahisinde güncel gelişmeler ve gelecek. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 29(2), 127-133.
- Akın, B., & Koçoğlu-Tanyer, D. (2021). SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 117-127. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.908072>
- Akın, Ö., & Erbil, N. (2020). Doğum şekli ve emzirme: Sistemik derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 302-318. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.799949>
- Aktaş, S., & Yılar, Z. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 111-124.
- Al-Battawi, J. A., & Ibrahim, W. A. (2017). Applying health belief model to predict factors influencing women decision regarding mode of delivery. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(6), 44-56. <https://doi.org/10.9790/1959-0606054456>

- Alkan, E., & Özçoban, F. A. (2017). Yoganın gebelik, doğum ve doğum sonuçları üzerine etkisi/Effect of yoga on pregnancy, delivery and birth outcomes. *Smyrna Tıp Dergisi*, (3), 64-71.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). ACOG Practice Bulletin No. 154: Operative vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 126(5), 56–65. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001147>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). ACOG Committee Opinion No 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), e140–150. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002633>
- American Psychological Association (APA). (2024). *Anxiety*. Erişim 10 Mayıs 2024, <https://www.apa.org/topics/anxiety#>.
- Armstrong, R., Wheen, P., Brandon, L., Maree, A., & Kenny, R. A. (2022). Heart rate: Control mechanisms, pathophysiology and assessment of the neurocardiac system in health and disease, *QJM: An International Journal of Medicine*, 115 (12), 806-812. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab016>
- Arslan, G. G. & Yücel, Ş. Ç. (2017). Hemşirelik bakımında el masajı uygulaması ve yapılan çalışmaların sistematik analizi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 15-20.
- Arslan, H., & Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 51–5.
- Aslan, Ş., & Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 32-40. <https://doi.org/10.17681/hsp.287497>
- Aslan, Y., Kader, Ş., Mutlu, M., Sarıaydın, M., Aran, T., Alver, A., & Kahraman, C. (2016). “The effect of delivery type on uncoupling protein-2 levels”. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(18), 2940-2943.
- Aydın, R., Aktaş, S., & Binici, D. K. (2022). Vajinal doğum yapan annelerin doğuma ilişkin travma algısı ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir kesitsel çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 158-169. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1051454>

- Aydın, R., Ay, Ö. P., & Aktaş, S. (2022). Annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2), 126-133. <https://doi.org/10.17942/sted.1027517>
- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., ... & Tokgözoğlu, L. (2019). Türk hipertansiyon uzlaşma raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 47(6), 535-546. <http://doi.org/10.5543/tkda.2019.62565>
- Bal, M. D., & Yılmaz, S. D. (2017). Ebelere yönelik kapsamlı doğum (1. baskı). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Başgöl, Ş., & Kızılkaya Beji, N. (2015). Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 66-71.
- Başkaya, Y., & Sayiner, F. D. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119. <https://doi.org/10.17681/hsp.335472>
- Bekmezci, E., & Meram H. E. (2021). Doğum sonu dönemde sık görülen sorunlara yönelik güncel yaklaşımlar. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 81-92.
- Berens, P. (2020). Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. *UptoDate*, 15, 1-34.
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A-B., Souza, J. P., Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Boushra, M., & Rahman, O. (2023). *Postpartum infection*. National Library of Medicine, The National Center for Biotechnology Information, In statpearls <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560804/>
- Boutron, I., Altman, D. G., Moher, D., Schulz, K. F., Ravaud, P., & CONSORT NPT Group (2017). CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: A 2017 update and a CONSORT Extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 167(1), 40-47. <https://doi.org/10.7326/M17-0046>



- Bozal, Ş. K. (2022). Postpartum perineal ağrı yönetiminde perineal masaj ve sıcak-soğuk uygulamanın etkisi. *World Women Studies Journal*, 7(1), 45-50. <http://doi.org/10.5281/zenodo.7459901>
- Braddom, R. L. (2011). Handbook of physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders (4. baskı, s. 825).
- Burmistr, I. (2018). Theories of pain, up to Descartes and after neuromatrix: What role do they have to develop future paradigms?. *Pain Medicine Journal*, 3(1), 6-12. <https://doi.org/10.31636/pmjua.v3i1.81>
- Burucu, R., & Akın, B. (2017). Gebeliğin üçüncü trimestrında gebelere verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazıroluşluk düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 25-35.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (20. baskı). Pegem Akademi Yayınları.
- Cassileth, B. R., & Vickers, A. (2004). Massage therapy for symptom control: Outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 244-249. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.12.016>
- Clina, M. E., Herman, J., Shaw, E. R., & Morton, R. D. (1992). Standardization of the visüel analogue scale. *Nursing Research*, 41(6), 378-380. <https://doi.org/10.1097/00006199-199211000-00013>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. baskı). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cooper, C. (2016). Blood: A very short introduction (1. baskı). Oxford University Press.
- Cowen, V. S., Burkett, L., & Bredimus, J. (2006). A comparative study of thaimassage and swedish massage relative to physiological and psychological measures. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 10(4), 266-275. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2005.08.006>
- Craven, R., Hirnle, C., & Jensen, S. (2015). Hemşirelik esasları insan sağlığı ve fonksiyonları. N. Uysal, E. Çakırcalı (Çev. Eds.), Palme Yayıncılık (7. baskı, s. 329-354).

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2016). Williams obstetrik (s. 448-449). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P. G., Gant, N. M., Leveno, K. J., Gilstrap, III L. C. (Eds). (2001) Williams obstetrics (21. Baskı, s. 253-254). Connecticut: Appleton& Lange.
- Çalık, K. Y., Erkaya, R., & Karabulutlu, Ö. (2018). Üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 201-209. <https://doi.org/10.17681/hsp.411299>
- Çankaya, S., & Ratwisch, G. (2020). The effect of reflexology on lactation and postpartum comfort in caesarean-delivery primiparous mothers: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), e12824. <https://doi.org/10.1111/ijn.12824>
- Çapık, A., Özkan, H., & Apay, S. E. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 186-192.
- Çelik, S., & Aksoy, G. (2006). Yoğun bakım hastalarında pozisyon değişimi ve sırt masajının arteriyel kan gazları, kalp hızı, kan basıncı üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 7-13.
- Çetin, Ö., & Bülbül, T. (2015). Masaj. Başer, M. & Taşcı, S. (Eds), *Kanıtı dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamaları* (s. 89-95). Akademisyen Kitabevi.
- Çınar, A. P. Ş., Eşer, İ., & Khorshid, L. (2009). The effects of back massage on the vital signs and anxiety level of elderly staying in a rest home. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(2), 14-21.
- Değirmen, N., & Özerdoğan, N. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda el ve ayak masajı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17(2), 133-136.
- Değirmen, N., Özerdoğan, N., Sayiner, D., Kösgeroğlu, N., & Ayrancı, U. (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of turkish pregnant Women. *Applied Nursing Research*, 23(3), 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.001>

- Değirmenci, S. (2023). *Sezaryen doğum sonrası el masajının kadınların ağrı, konfor düzeyleri ve gaz çıkış süreleri üzerine etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Demir Dikmen, Y. (2016). Ağrı ve yönetimi. Atabak Aştı, T., & Karadağ, A. (Eds.), *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı* (s. 634-667). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Demir, B., & Sarıtaş, S. (2020). Effects of massage on vital signs, pain and comfort levels in liver transplant patients. *Explore, 16*(3), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.10.004>
- Dereli Yılmaz, S. (2017). Doğumun dördüncü evresi ve postpartum dönem. M. D. Bal, & S. D. Yılmaz (Eds), *ebelere yönelik kapsamlı doğum* (s. 137). Akademisyen Kitabevi.
- Derya, Y.A., & Pasinlioğlu, T. (2017). The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *International Journal of Nursing Knowledge, 28*(3), 138-144. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12122>
- Diaz, A., Bourassa, M. G., Guertin, M. C., & Tardif, J. C. (2005). Long-term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. *European Heart Journal, 26*(10), 967-974. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi190>
- División-Garrote, J., Banegas, J. R., De la Cruz, J. J., Escobar-Cervantes, C., De la Sierra, A., Gorostidi, M., Vinyoles, E., Abellán-Aleman, J., Segura, J., Ruilope, L. M. (2016). "Hypotension based on office and ambulatory monitoring blood pressure. Prevalence and clinical profile among a cohort of 70,997 treated hypertensives". *Journal of the American Society of Hypertension (JASH), 10*(9), 714-723. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2016.06.035>
- Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodriguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery, 102*, 103126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103126>

- Dubey, S. & Lata, S. (2017). Self-Comforting techniques and nonpharmacologic methods to relieve pain during labor. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 6(1), 1594-1599.
- Duran, E. T. (2011). Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 72-77. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.42124>
- Durmaz, A. (2018). Doğum eylemi. Yeşilçiçek Çalık, K., & Coşar Çetin, F. (Eds), *Ebeler ve ebelik öğrencileri için normal doğum ve sonrası dönem* (1. baskı, s. 1-36). İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Ekşi, Z. (2019). Doğum sonu dönem. H. Arslan Özkan (Ed.), *Hemşirelik ve ebelik için kadın sağlığı ve hastalıkları* (1. baskı, s. 493-530). Akademisyen Kitabevi. <https://doi.org/10.37609/akya.2021>
- Erdoğan, S. U., Yanikkerem, E., & Goker, A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.016>
- Erkaya, R., Türk, R., & Sakar, T. (2017). Determining comfort levels of postpartum women after vaginal and caesarean birth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 1526-1532. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.240>
- Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Eti Aslan, F. (2014). Ağrıya ilişkin kavramlar. Eti Aslan, F. (Ed), *Ağrı doğası ve kontrolü* (2. baskı, s. 45-49). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Evcili, F., Abak, G., Tali, B., & Yurtsal, Z. B. (2014). Erken doğum sonrası dönemdeki loğusaların anne-bebek bağlanmasına ilişkin görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(4), 138-143.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, N. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.

- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
- Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2010). Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: A before and after controlled study. *BMC public health*, 10(432), 1-15. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/432>
- Gerris, K., & Lacey A. (2010). *The research process in nursing* (6. baskı). Wiley-Blackwell, Chichester.
- Ghani, R. M. A., & Abd Elmonem, A. S. (2018). Effect of olive oil massage on postoperative cesarean pain and sleep quality: A randomized controlled trial. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(2), 92-98. <https://doi.org/10.9790/1959-0702099298>
- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 203, 292-331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
- Gök, F., & Hergül, F. K. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206. <https://doi.org/10.26650/JARHS2020-763519>
- Gökdoğan Keleş, M. (2022). *Müzik eşliğinde izletilen sanal gerçeklik gözlüğünün epizyotomi onarımı sırasında kadınların algıladığı ağrıya, yaşam bulgularına ve doğum sonu konforuna etkisi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Göke Aslan, G. (2016). *Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sırt masajı ve el masajının konfor ve anksiyeteye etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi.
- Gönenç, İ. M., & Terzioğlu, F. (2020). Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time and increasing delivery satisfaction. *Journal of Nursing Research*, 28(1), e68. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000344>

- Gönenç, İ. M., & Terzioğlu, F. (2012). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129-143. [https://doi.org/10.1501/Asbd\\_0000000034](https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000034)
- Güler, E., & Erbil, N. (2022). Doğum sonrası dönemde cinselliği etkileyen faktörler ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 24(2), 147-154. <https://doi.org/10.24898/tandro.2022.54531>
- Güney, E., & Uçar, T. (2021). Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical*, 43, 101320. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101320>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019, Aralık). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2023, Nisan). *Anne ölümlerine yeniden bakmak: Nitel araştırmanın söyledikleri*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Di%C4%9Fer%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar/Anne\\_Olumleri\\_Rapor\\_28042023.pdf](https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Di%C4%9Fer%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar/Anne_Olumleri_Rapor_28042023.pdf)
- Hall, J. E., & Hall, M. E. (2020). Guyton and hall textbook of medical physiology (14. baskı). Elsevier.
- Holland, B., & Pokorny, M. (2001). Slow stroke back massage: Its effect on patients in rehabilitation setting. *Rehabilitation Nursing*, 26(5), 182-186. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2001.tb01948>
- Icke, S., & Genç, R. (2021). Effect of foot massages on postpartum comfort and pain level of mothers after vaginal delivery: A randomized trial. *Holistic Nursing Practice*, 35(3), 140-149. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000441>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2024). *Pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698#Pain>

- Irani, M., Kordi, M., Tara, F., Bahrami, H. R., & Shariati Nejad, K. (2015). The effect of hand and foot massage on post-cesarean pain and anxiety. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(4), 465-471. <https://doi.org/10.22038/JMRH.1999.4856>
- İpek, A., & Eryılmaz, G. (2018, 23-24 Mart). Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul, Turkey
- Jahdi, F., Mehrabadi, M., Mortazavi, F., & Haghani, H. (2016). The effect of slow-stroke back massage on the anxiety levels of Iranian women on the first postpartum day. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(8), e34270. <https://doi.org/10.5812/ircmj.34270>
- Ju, M. S., Lee, S., Bae, I., Hur, M. H., Seong, K., Lee, M. S. (2013). Effects of aroma massage on home blood pressure, ambulatory blood pressure, and sleep quality in middle aged women with hypertension. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2013/403251>
- Kaçar, N., & Keser, N. Ö. (2021). Comparison of the effect of mechanical massage and warm mechanical massage application on perceived labor pain and childbirth experience: A randomized clinical trial. *European Journal of Midwifery*, 5, 5. <https://doi.org/10.18332/ejm/132883>
- Kanbir, O. (2019). Klasik masaj (6. baskı). Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Kara, B. (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12(1), 10-14.
- Karadağ, A., & Kırca, N. (2019). Prenatal ve postnatal yoganın maternal etkileri. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 47-56.
- Karaduman, S., & Akköz Çevik, S. (2020). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12272. <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>
- Karakaplan, S., & Yıldız, H. (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.
- Karatopuk, S., & Yarıcı, F. (2023). Determining the effect of inhalation and lavender essential oil massage therapy on the severity of perceived labor pain in



- primiparous women: A randomized controlled trial. *Explore*, 19(1), 107-114.  
<https://doi.org/10.1016/J.EXPLORE.2022.08.006>
- Karayagız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y., Yilmazer, T., & Öngel, K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1(1), 22-26.
- Kenyon, M. (2015). Randomized controlled trial on the relaxation effects of back massages for puerperants on the first post-partum day. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(2), 87-98. <https://doi.org/10.1111/jjns.12053>
- Khoshtarash, M., Ghanbari, A., Yegane, M. R., Kazemnejhad, E. & Rezasoltani, P. (2012). Effects of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section. *Koomesh Journal*, 14(1), 109-116.
- Kılıç, M., & Öztunç, G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21), 36-51.
- Kılıç, Z., Şentürk, A., & Göriş, S. (2015). Use of complementary and alternative therapies among sleep problems in individuals with chronic diseases. *Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery*, 5(2), 69-77.
- Koca, İ. (2010). *Karpal tünel sendromlu hastalarda masaj tedavisinin etkinliği* [Uzmanlık tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic care and research* (s. 87-95, 15). New York City: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept of comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-40. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic Comfort: operationanalizing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1097/00012272-199209000-00003>
- Kordi, M., Irani, M., & Bahrami, H. (2016). Effect of hand and foot massage on vital signs of women after caesarean section. *Iranian Journal of Obstetrics*



*Gynecology and Infertility*, 19(15), 8-15.  
<https://doi.org/10.22038/IJOGI.2016.7397>

- Kuğuoğlu, S., & Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nittingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 16(61), 16–23.
- Kumar, P., & Trimathi, L. (2014). Challenges in pain assessment. Pain intensity scales. *Indian Journal of Pain*, 28(2), 61-70. <https://doi.org/10.4103/0970-5333.132841>
- Kuppulakshmi, G., & Saranya, S. (2018). Trial of scar in post caesarean pregnancies. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(3), 1173–8. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20180913>
- Kusumarini, P., & Djuniarto, I. (2015). The effect of back massage to decrease blood pressure in elderly with pre-hypertension and stage-1 hipertension in Pantı Sosyal Tresna Werdha Yogyakarta. *Journal of Hypertension*, 33, e6. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000469742.50383.9e>
- Kutner, J. S., Smith, M. C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B. K., ... & Fairclough, D. L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149(6), 369-379. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-6-200809160-00003>
- Lafçı, D., & Kaşıkçı, M. K. (2014) Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri bilgi düzeyi ve kullanma durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1114-1131.
- Lamadah, S. M., & Nomani, I. (2016). The effect of aromatherapy massage using lavender oil on the level of pain and anxiety during labour among primigravida women. *American Journal of Nursing Science*, 5(2), 37-44. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20160502.11>
- Lee, H. J., & Ko, Y. L. (2015). Back massage intervention for relieving lower back pain in puerperal women: A randomized control trial study. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 32-37. <https://doi.org/10.1111/ijn.12299>

- Lim, C. L., Byrne, C. & Lee, J. K. W. (2008). Human thermoregulation and measurement of body temperature in exercise and clinical settings. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 37(4), 347-53.
- Loke, A.Y., Davies, L., & Li, S. F. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Services Research*, 15(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0931-z>
- Loughlin, P. C., Sebat, F., & Kellett, J. G. (2018). Respiratory rate: The forgotten vital sign make it count! *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(8), 494-499. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.04.014>
- Madenci, E. (2007). Klasik Masaj. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53 Özel Sayı 2, 58-61.
- Mamuk, R., & Davas, N. İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
- Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B. & Cifkova, R. (2023). "2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA)". *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
- Martorella, G., Boitor, M., Michaud, C., & Gélinas, C. (2014). Feasibility and acceptability of hand massage therapy for pain management of postoperative cardiac surgery patients in the intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(5), 437-444. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.06.047>
- Mete, S., Çiçek, Ö., & Uludağ, E. (2016). Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 101-104.
- Morrison, S. F. (2017). Regulation of body temperature. Boron, W. F. & Boulpaep, E. L. (Eds.), *Medical physiology* (3. baskı). Elsevier.

- Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K., & Vasegh Rahimparvar, S. F. (2012). Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(1), 19-23. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2227-4>
- Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and risks of elective cesarean section. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(29-30), 489–95. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>
- Nakakita, M., & Takenoue, K. (2009). Effect of relaxing back massages on early healthy postpartum mothers—Autonomic nervous system activity and subjective analysis. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 23, 230-40. <https://doi.org/10.3418/jjam.23.230>
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2021). *Postnatal care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- Nicol, A., Massaroni, C., Schena, E., & Sacchetti, M. (2020). The importance of respiratory rate monitoring: From healthcare to sport and exercise. *Sensors*, 20(21), 6396. <https://doi.org/10.3390/s20216396>
- Okuyay, E. K. (2018). *Doğum sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İnönü Üniversitesi.
- Orhan, K. B. & Arslan, Z., (2019). Ateşin fizyopatolojisi ve yönetimi. *Türkiye klinikleri*, 1-7. <http://hdl.handle.net/20.500.11851/4167>
- Osborn, K. S., Wraa, C. E., & Watson, A. B. (2009). *Medical surgical nursing preparation for practice*. Prentice Hall PTR.
- Oskay, Ü., & Avcı, N. (2019). Riskli postpartum dönem ve hemşirelik yaklaşımı. N. Beji (Ed.), *Kadın sağlığı ve hastalıkları, hemşire ve ebelere yönelik*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Öcal, Z., Kaya, M. S., & Bayıroğlu, F. (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1-19.
- Öner, N., & Le Compte, A. (1983). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öngel, K. (2017). Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(1), 12-14.

- Özbek, H. (2004). *Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Özcan, N. (2007). Öz bakım uygulamaları, uyku ve uyku sorunları olan hastanın bakımı. Akça Ay, F. (Ed), *Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar* (s. 236-241, 409-420). İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Özden, S., (2007). Lohusalık fizyolojisi ve bakımı. Çiçek, N., & Mungan, M. T., (Eds), *Klinikte obstetrik ve jinekoloji* (s. 185-196). Güneş Kitabevi.
- Özkan, S., Aksakal, F., Avcı, E., Civil, E., & Tunca, M. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 11(2), 59-71.
- Özkan, H., Kanbur, A., Apay, S., Kılıç, M., Ağapınar, S., & Özorhan, E. Y. (2013). Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 117-121. <https://doi.org/10.5350/SEMB2013470304>
- Özkan, H., Çelebioğlu, A., Üst, Z. D., & Kurudirek, F. (2016). Doğum sonu dönemde babaların ebeveynlik davranışlarının incelenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 6(3), 191-196. <https://doi.org/10.5222/buchd.2016.191>
- Özkan, H., Uzun, B., & Arı, Ö. (2021) Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: Modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 226-235. <https://doi.org/10.17827/aktd.957483>
- Öztoprak, P. U., & Calpbinici, P. (2022). Doğum sonu yorgunluğun yönetilmesinde farmakolojik olmayan girişimler: Randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 104-113. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.932441>
- Öztürk, Ö. (2022). *Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Öztürk, Y., & Özerdoğan, N. (2020). Postpartum ağrının fizyolojisi ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(2), 345-53. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2019-71032>

- Palalı, İ. (2018). *Sağlıklı bireylerde klasik masaj ile konnektif doku masajı uygulamalarının alt ekstremite kan akımı üzerine akut etkilerinin karşılaştırılması* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Pamuk, K. (2021). *Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde ışığın uyku kalitesi ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-190.
- Pınar, S. E., & Demirel, G. (2021). The effect of therapeutic touch on labor pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 41, 101255. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101255>
- Posthuma, L. M., Visscher, M. J., Dongelmans, D. A., Jessurun, E. N., Wissink, I. J. A., Van EttenJamaludin, F. S., Hollmann, M. W., & Preckel, B. (2022). The observed respiratory rate of ward patients in the postoperative period. *Journal of Clinical Anesthesia*, 76, 110578 110578. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110578>
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., CavereroRedondo, I., & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44(3), 200-208. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
- Pratiwi, E. N., Nurjanah, S., Pratiwi, A. M., Prastyoningsih, A., Murharyati, A., & Saraswati, H. A. C. (2021). The effect of aromatherapy massage on anxiety levels in postpartum women. *Journal of Midwifery*, 5(2), 1-4. <https://doi.org/10.25077/jom.5.2.1-4.2020>
- Ramasamy, P., & Suzan, H. L. (2014). Effectiveness of selected nursing measures on level of after birth pain among primipara mothers. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2(6), 100-105. <https://doi.org/10.11648/j.jgo.20140206.15>
- Roland, J. (2023, 10 Mayıs). What is hyperthermia and how is it treated?. <https://www.healthline.com/health/hyperthermia>
- Saatsaz, S., Rezaei, R., Alipour, A., & Beheshti, Z. (2016). Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized

- clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.014>
- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://kalite.saglik.gov.tr/Eklemti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf
- Santos-Martínez, L. E., Olmos-Temois, S. G., Ramos-Enríquez, Á., González-Escudero, E. A., Baeza-Herrera, L. A., López-Polanco, M. A., Cota-Apodaca, L. A., González-Ruiz, F. J., Melano-Carranza, E., & Rojas-Velasco, G. (2022). Venous-arterial oxygen saturation and serum lactate in the postoperative period of cardiac surgery. *Archivos de Cardiología de México*, 92(4), 469-475. <https://doi.org/10.24875/acm.21000348>.
- Sarı Çetin, H., & Erbil, N. (2020, 12-13 Eylül). Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirliği [Poster Bildiri]. 1. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- Sarıoğlu, S., & Dinçer, G. (2003) Masaj. *Romatizma Dergisi*, 18(3), 175-181.
- Shimoji, K., & Yokota, Y. (2021). Theories of pain. Shimoji, K., Nader, A., Hamann, W. (Eds.), *Chronic pain management in general and hospital practice* (s. 11-19). Springer.
- Simonelli, M. C., Doyle, L. T., Wells, P. D., Benson, K. V., & Lee, C. S. (2018). Effects of connective tissue massage on pain in primiparous women after cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(5), 591-601. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.07.006>
- Siyoum, M., & Mekonnen, S. (2019). Labor pain control and associated factors among women who gave birth at Leku primary hospital, southern Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4645-x>
- Sönmez, C. I., & Sivaslıoğlu, A. A. (2019). Gebe Kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 369-376. <https://doi.org/10.18521/ktd.629706>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (2010). State-Trait Anxiety Inventory for adults sampler set manual, instrument and scoring guide. Mind Garden.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stanchina, M. L., & Levy, M. M. (2004). Vasoactive drug use in septic shock. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 25(6), 673-681. <https://doi.org/10.1055/s-2004-860981>
- Stein, P. K., Schmiege, R. E. Jr, El-Fouly, A., Domitrovich, P. P., & Buchman, T. G. (2001). Association between heart rate variability recorded on postoperative day 1 and length of stay in abdominal aortic surgery patients. *Critical Care Medicine*, 29(9), 1738-1743. <https://doi.org/10.1097/00003246-200109000-00014>
- Süt, H. K., Küçükkaya, B., Kiyat, Z. E., & Şallı, E. (2021). Doğum sonu annelere verilen taburculuk eğitiminin, taburculuğa hazır oluşluk düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 83-93. <https://doi.org/10.46971/ausbid.943809>
- Şahbaz, G., & Erbil, N. (2024). Turkish validity and reliability of the postpartum stressors scale. *Psychology, Health & Medicine*, 29(2), 350-361. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2083199>
- Şahin, M., & Erbil, N. (2024). Relationship between maternal antenatal attachment and traumatic childbirth perception among pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 165(1), 288-297. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15154>
- Şanlı, Y., & Satılmış, İ. G. (2023). Effect of foot massage on labor pain in parturient women. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 29(2), 82.
- Şenol, D. K & Aslan, E. (2017). The effects of cold application to the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian Nursing Research*, 11(4), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.11.001>
- Şimşek, H. E., & Ecevit, Ş. A. (2020). Sezaryen sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, 11, 267-278. <https://doi.org/10.38079/igusabder.681325>
- Şirin, A., & Kavlak, O. (2016). Kadın sağlığı (Genişletilmiş 2. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018). *Doğum sonu bakım yönetim rehberi*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj



/https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-ve-ureme-sagligi-db/Rehberler/dogum\_sonu\_bakim\_2020.pdf

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2024, 10 Nisan). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf
- Taşkın, L. (2023). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (18. baskı). Akademisyen Kitabevi.
- Taşkın, L., & Akan, N. (2016). Doğum sonu dönem. Taşkın, L. (Ed.), *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (Genişletilmiş 13. baskı, s. 534–560). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P., Lynn, P., & Lebon, M. (2011). Fundamentals of nursing the art and science of nursing care (7th ed.). Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P., Lynn, P., & Lebon, M. (Eds.), *Vital signs*. Lippincott Williams & Wilkins (7. baskı, s.134-141).
- Tietz, A., Zietlow, A.L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: The crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 433-42. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>
- Toprak, F. Ü., Turan, Z., & Erebel, A. Ş. (2017). Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 96-103.
- Tuna, N. (1995). Masaj ve traksiyon. Oğuz, H. (Ed.), *Tıbbi rehabilitasyon* (s. 201). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tuna, N. (2000). Masaj. Beyazova, M., & Kutsal Y. G. (Eds.), *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon cilt 1* (3. baskı). Güneş Kitabevi
- Tuna, N. (2011). A'dan Z'ye masaj (6.baskı). Nobel Tıp Kitapevi.
- Turan, M., & Cengiz, Z. (2024). The effect of abdominal massage and in-bed ROM exercise on gastrointestinal complications and comfort in intensive care unit patients receiving enteral nutrition: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, e12602. <https://doi.org/10.1111/jjns.12602>



- Turgut, M. (2024). *Sezaryen sonrası ayak masajının ağrı ve konfora etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Türk Algoloji Derneği. (2024, 10 Mart). *Ağrı*. [http://www.algoloji.org.tr/agri\\_tipleri.asp](http://www.algoloji.org.tr/agri_tipleri.asp)
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2023, 21 Kasım). *Ağrı*. <https://sozluk.gov.tr/>.
- Unal, K. S., & Akpınar, R. B. (2016). The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. *Complementary therapies in clinical practice*, 24, 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.004>
- Utli, H. (2018). *Abdominal histerektomi ameliyatı geçiren kadınlarda reiki ve sırt masajının ağrı üzerine etkisi* [Yayınlanmamış doktora tezi]. İnönü Üniversitesi.
- Uyar, M., & Akın Korhan, E. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, 23(4), 139-146. <https://doi.org/10.5505/agri.2011.94695>
- Uzun, B., & Dağ, E. (2019). Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebenin rolü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 87-90.
- Vahedian Azimi, A., Ebadi, A., Asghari Jafarabadi, M., Saadat, S., & Ahmadi, F. (2014). Effect of massage therapy on vital signs and gcs scores of icu patients: a randomized controlled clinical trial. *Trauma Monthly*, 19(3), e17031. <https://doi.org/10.5812/traumamon.17031>
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41-60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Mancina, G., Kreutz, R., Bundy, J. D., & Williams, B. (2022). Harmonization of the American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guidelines. *European Heart Journal*, 43(35), 3302-3311. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac432>
- World Health Organization (WHO). (2023, 18 Ağustos). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Yağcı, Ü., & Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 209-220. <https://doi.org/10.17343/sdu.tfd.444237>

- Yeğen, B., & Egemen, A. (2000). Dokunmanın önemi ve bebek masajı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 9(2), 46-48.
- Yıkar, S. K., & Nazik, E. (2022). Doğum sonu fiziksel semptomlar ve hemşirelik/ebelik bakımı. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 79-84. <https://doi.org/10.5152/JMHS.2022.986069>
- Yılar Erkek, Z., & Aktas, S. (2018). The effect of foot reflexology on the anxiety levels of women in labor. *The Journal of Alternative Complementary Medicine*, 24(4), 352-360. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0263>
- Yıldırım, D. (2019). Ağrı. Bölüktaş, R. P. (Ed), *Yaşlanma teorileri ve geriatrik değerlendirme* (s. 302). İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. <https://hdl.handle.net/20.500.12436/4041>
- Yücel, Ç. Ş., & Eşer, İ. (2015). Effects of hand massage and acupressure therapy for mechanically ventilated patients. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 881- 89. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v12i2.3054>
- Yüksel, İ. (2018). Masaj teknikleri. Hipokrat Kitabevi.
- Zhu, X., & Shen, Q. (2024). Effect of low-frequency pulsed electrotherapy combined with acupoint nursing on postpartum urinary retention in patients with vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05804-5>

## EKLER

### EK 1. G\*Power Çalışma Grubu Belirlenmesi

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.9152086
	$\alpha$ err prob	= 0.05
	Power (1- $\beta$ err prob)	= 0.95
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter $\delta$	= 3.7175949
	Critical t	= 1.9977297
	Df	= 64
	Sample size group 1	= 33
	Sample size group 2	= 33
	Total sample size	= 66
	Actual power	= 0.9555555

## EK 2. Randomizasyon Listesi

23.07.2022 15:58

RANDOM.ORG - Sequence Generator

### RANDOM.ORG Uses Cookies

We use cookies to remember your preferences and to analyze our traffic. We do not carry ads and will never sell your data to third parties.

Necessary  Preferences  Statistics

Please see our [Cookie Policy](#) or visit our [Privacy Dashboard](#) for more information.

[Allow Selected](#) [Allow All](#)

---

```
63 65
71 24
61 22
6 27
12 66
31 53
52 41
30 36
20 54
67 45
32 68
58 48
18 55
39 5
29 11
3 10
44 64
25 72
62 69
50 13
16 38
56 37
4 57
40 59
70 14
23 26
17 46
49 34
8 33
42 51
15 2
21 47
7 9
19 28
43 60
1 35
```

Timestamp: 2022-07-23 12:53:50 UTC

[Again!](#) [Go Back](#)

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

© 1998-2022 RANDOM.ORG  
Follow us: [Twitter](#) | [Facebook](#)  
[Terms and Conditions](#)  
[About Us](#)

<https://www.random.org/sequences/?min=1&max=72&col=2&format=html&md=new>

1/1

**EK 3. Klasik Masaj Teknikleri Eğitimi Sertifikası**



## EK 4. Kişisel Bilgi Formu

### Kişisel Bilgi Formu

#### Değerli Katılımcı,

Bu çalışma ile “Doğum Sonu Erken Dönemde Annelere Uygulanan Sırt Masajının Konfor, Ağrı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi”ni belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın sonuçları istatistiksel rakamlarla ifade edilecek olup kişisel herhangi bir veri kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

**Gamze ŞAHBAZ ÇADIR**

**Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Doktora Öğrencisi**

1. Yaşınız: .....
2. Öğrenim durumunuz:  
1) İlköğretim 2) Lise 3) Üniversite 4) Lisansüstü
3. Eşinizin öğrenim durumu:  
1) Okur yazar değil 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite
4. Eşinizin mesleği:  
1) Kamu Sektörü 2) İşçi 3) Özel Sektör 4) Çiftçi
5. Mesleğiniz?  
1) Ev hanımı 2) Kamu Sektörü 3) Özel Sektör
6. Gelir seviyeniz:  
1) İyi 2) Orta 3) Kötü
7. Bebeğinizin Cinsiyeti  
1) Kız (.....) 2) Erkek (.....)
8. İstenen bir gebelik mi:  
1) Evet 2) Hayır
9. Alışkanlık Durumu  
1) Sigara 2) Alkol 3) Diğer 4) Hiçbiri
10. Kronik Hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.  
1) Evet (.....) 2) Hayır
11. Epizyotomi yapıldı mı?  
1) Evet (.....) 2) Hayır
12. Epizyotomide yırtık, sıyrık var mı?  
1) Evet 2) Hayır
13. Hemoglobin değeri:
14. Hematokrit değeri:
15. Kullandığı analjezik sayısı:

## EK 5. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

### DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ

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

	İTEMLER VE İFADELENDİRME	Tamamen 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.	<b>Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor</b>					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	<b>Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor</b>					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	<b>Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor</b>					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	<b>Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum</b>					
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	<b>Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor</b>					
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgesiyle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	<b>Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor</b>					

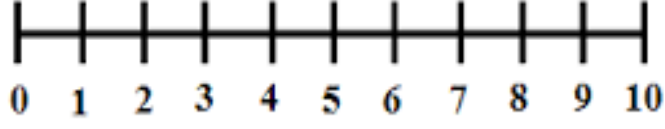
**EK 5. (Devam) Doğum Sonu Konfor Ölçeği**

19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	<b>Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor</b>					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	<b>Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum</b>					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	<b>Rahat uyuyup dinlenebiliyorum</b>					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	<b>Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum</b>					
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.	<b>Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum</b>					



**EK 6.** Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visüel Analog Skalası/VAS)

**Visüel Analog Skala (VAS)**



**Ağrı yok**

**Ağrı şiddetli ağrı**

## EK 7. Durumluk Anksiyete Ölçeği

### Spielberg Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Durumluk Kaygı Ölçeği	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK 8. Sürekli Anksiyete Ölçeği

### Spielberg Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Sürekli Kaygı Ölçeği	HEMEN HEMEN HIÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
21.Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

**EK 9. Fizyolojik Parametreler Formu**

	<b>Kan Basıncı</b>	<b>Nabız</b>	<b>Ateş</b>	<b>Oksijen Saturasyonu</b>	<b>Solunum sayısı</b>
ND'dan 3 saat sonra					
Masaj uygulamasından 3 saat sonra (ND'dan 6 saat sonra) /					
Rutin bakımdan 3 saat sonra (ND'dan 6 saat sonra)					

## EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu)

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (MÜDAHALE GRUBU)

Değerli Katılımcı,

Ben Gamze ŞAHBAZ ÇADIR, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Doktora tezi olarak “Doğum Sonu Erken Dönemde Annelere Uygulanan Sırt Masajının Konfor, Ağrı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi” isimli çalışmayı yürütmekteyim. Çalışma sırasında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda elde edilen bulgular, postpartum ilk günde uygulanan masajın annelerin konforuna, ağrısına, anksiyetesine, kan basıncı, nabız, ateş, oksijen saturasyonu ve solunum sayısı fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemeye katkı sağlayacaktır. Çalışmada masaj uygulaması normal doğum sonrası 3. saatte yapılacaktır.

Çalışma konumuz ile ilgili size bir anket formu uygulanacaktır. Hastanede verilen rutin hemşirelik bakımın dışında yapılacak olan masaj uygulaması, masaj uzmanından klasik masaj teknikleri eğitimi ve sertifikası sahibi araştırmacı Gamze Şahbaz Çadır tarafından oturur pozisyonda sırtta olmak üzere 20 dk uygulanacaktır. Araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır. Çalışma, şu anda bulunduğunuz hastane prosedürü dışında herhangi bir müdahale içermemektedir ve herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anket araştırmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya katılmayı hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

#### **Katılımcının**

**Adı Soyadı:**

**Adres:**

**Telefon:**

**Tarih ve İmzası:**

#### **Araştırmacının**

**Adı Soyadı:** Gamze ŞAHBAZ ÇADIR

**İş Adresi:** Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**E-Posta:** [gamze.sahbaz46@hotmail.com](mailto:gamze.sahbaz46@hotmail.com)

**Tarih ve İmzası:**

## EK 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

Değerli Katılımcı,

Ben Gamze ŞAHBAZ ÇADIR, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Doktora tezi olarak “Doğum Sonu Erken Dönemde Annelere Uygulanan Sırt Masajının Konfor, Ağrı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi” isimli çalışmayı yürütmekteyim. Çalışma sırasında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda elde edilen bulgular, postpartum ilk günde uygulanan masajın annelerin konforuna, ağrısına, anksiyetesine, kan basıncı, nabız, ateş, oksijen saturasyonu ve solunum sayısı fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemeye katkı sağlayacaktır. Çalışma konusu ile ilgili size anket formu uygulanacaktır. Anketlerin uygulanması 20 dk sürecektir. Araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır. Çalışma, şu anda bulunduğunuz hastane prosedürü dışında herhangi bir müdahale içermemektedir ve herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anket araştırmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya katılmayı hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

#### **Katılımcının**

**Adı Soyadı:**

**Adres:**

**Telefon:**

**Tarih ve İmzası:**

#### **Araştırmacının**

**Adı Soyadı:** Gamze ŞAHBAZ ÇADIR

**İş Adresi :** Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**E-Posta:** [gamze.sahbaz46@hotmail.com](mailto:gamze.sahbaz46@hotmail.com)

**Tarih ve İmzası:**

**EK 12.** Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Fiziksel konfor-ön	72	-0.148	0.283	-0.686	0.559
Fiziksel konfor-son	72	-0.427	0.283	-0.317	0.559
Psikosprituél konfor-on	72	0.797	0.283	-0.163	0.559
Psikosprituél konfor-son	72	1.052	0.283	0.772	0.559
Sosyokültürel konfor-on	72	0.317	0.283	0.173	0.559
Sosyokültürel konfor-son	72	0.615	0.283	0.617	0.559
Doğum Sonu Konfor Ölçeği-on	72	-0.121	0.283	-0.685	0.559
Doğum Sonu Konfor Ölçeği-son	72	-0.185	0.283	-0.391	0.559
VAS -ön	72	0.69	0.283	0.271	0.559
VAS -son	72	0.113	0.283	-0.510	0.559
Durumluk Anksiyete -on	72	0.394	0.283	-0.388	0.559
Drumluk Anksiyete -son	72	-0.140	0.283	-0.499	0.559
Sürekli Anksiyete on	72	-0.055	0.283	-0.588	0.559
Sürekli Anksiyete son	72	-0.075	0.283	-0.518	0.559
OFPF1Sistolik*	72	0.281	0.283	2.264	0.559
SFPF1Sistolik	72	-0.283	0.283	0.407	0.559
OFPF1Diastolik	72	0.351	0.283	0.103	0.559
SFPF1Diastolik	72	0.386	0.283	0.309	0.559
OFPFNabız/Kalp atım hızı	72	0.411	0.283	-0.548	0.559
SFPFNabız/Kalp atım hızı *	72	-0.253	0.283	4.118	0.559
OFPFAtes	72	0.788	0.283	1.95	0.559
SFPFAtes*	72	1.553	0.283	5.212	0.559
OFPFSatürasyon*	72	-8.065	0.283	67.082	0.559
SFPFSatürasyon	72	-1.010	0.283	1.686	0.559
OFPFsolsayısı*	72	-1.897	0.283	8.004	0.559
SFPFSolsayısı	72	0.697	0.283	1.087	0.559

\* Normal dağılmayan verilerdir. Tüm veriler normal dağılmaktadır.

**EK 13.** Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		İstatistik	StandartHata	İstatistik	StandartHata
<b>A Grubu</b>					
Fiziksel konfor-ön	36	-0.032	0.393	-0.966	0.768
Fiziksel konfor-son	36	-0.591	0.393	-0.387	0.768
Psikosprituél konfor-on	36	1.185	0.393	0.192	0.768
Psikosprituél konfor-son	36	1.262	0.393	0.844	0.768
Sosyokültürel konfor-on	36	0.064	0.393	0.253	0.768
Sosyokültürel konfor-son	36	0.192	0.393	0.973	0.768
Doğum Sonu Konfor Ölçeği-on	36	-0.038	0.393	-0.655	0.768
Doğum Sonu Konfor Ölçeği-son	36	-0.256	0.393	-0.216	0.768
VAS-ön	36	1.028	0.393	0.193	0.768
VAS-son	36	0.337	0.393	-0.099	0.768
Durumluk Anksiyete -on	36	0.325	0.393	-0.235	0.768
Drumluk Anksiyete -son	36	-0.196	0.393	-0.738	0.768
Sürekli Anksiyete on	36	0.019	0.393	-0.167	0.768
Sürekli Anksiyete son	36	-0.346	0.393	-0.632	0.768
OFPF1Sistolik	36	1.260	0.393	1.752	0.768
SFPF1Sistolik	36	-0.352	0.393	0.162	0.768
OFPF1Diastolik	36	0.117	0.393	0.329	0.768
SFPF1Diastolik	36	0.073	0.393	0.079	0.768
OFPFNabız/Kalp atım hızı	36	0.301	0.393	-0.427	0.768
SFPFNabız/Kalp atım hızı *	36	-1.863	0.393	6.508	0.768
OFPFates	36	0.142	0.393	0.948	0.768
SFPFates*	36	-0.357	0.393	2.77	0.768
OFPFsatürasyon*	36	-5.788	0.393	34.225	0.768
SFPFSatürasyon	36	-1.077	0.393	0.816	0.768
OFPFsolsayısı*	36	-2.031	0.393	6.986	0.768
SFPFSolsayısı	36	0.013	0.393	-1.403	0.768

\* Normal dağılmayan verilerdir.



**EK 13.** (Devam) Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
<b>B Grubu</b>					
Fiziksel konfor-ön	36	-0.278	0.393	-0.307	0.768
Fiziksel konfor-son	36	-0.236	0.393	-0.411	0.768
Psikospritiüel konfor-on	36	0.194	0.393	-0.801	0.768
Psikospritiüel konfor-son	36	0.407	0.393	-0.736	0.768
Sosyokültürel konfor-on	36	0.554	0.393	0.228	0.768
Sosyokültürel konfor-son	36	0.826	0.393	0.346	0.768
Doğum Sonu Konfor Ölçeği-on	36	-0.216	0.393	-0.589	0.768
Doğum Sonu Konfor Ölçeği-son	36	-0.061	0.393	-0.589	0.768
VAS-ön	36	-0.021	0.393	-0.802	0.768
VAS-son	36	-0.132	0.393	-0.572	0.768
Durumluk Anksiyete -on	36	0.472	0.393	-0.455	0.768
Drumluk Anksiyete -son	36	-0.144	0.393	-0.484	0.768
Sürekli Anksiyete -on	36	-0.156	0.393	-0.793	0.768
Sürekli Anksiyete -son	36	0.293	0.393	-0.700	0.768
OFPF1Sistolik*	36	-1.227	0.393	3.586	0.768
SFPF1Sistolik	36	-0.03	0.393	0.614	0.768
OFPF1Diastolik	36	0.598	0.393	-0.034	0.768
SFPF1Diastolik	36	0.571	0.393	0.050	0.768
OFPFNabız/Kalp atım hızı	36	0.569	0.393	-0.810	0.768
SFPFNabız/Kalp atım hızı	36	1.051	0.393	0.764	0.768
OFPFAtes	36	0.664	0.393	0.891	0.768
SFPFAtes	36	1.071	0.393	1.996	0.768
OFPFsatürasyon*	36	-2.891	0.393	10.824	0.768
SFPFSatürasyon*	36	-0.42	0.393	2.542	0.768
OFPFsolsayısı	36	-0.097	0.393	-0.019	0.768
SFPFSolsayısı	36	0.806	0.393	1.136	0.768

\* Normal dağılmayan verilerdir.

## EK 14. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Kullanım İzni

20.07.2022 02:18

Posta - Gamze Şahbaz - Outlook

### Re: Doğum Sonu Konfor Ölçeği

heryilmaz <heryilmaz@marmara.edu.tr>

19.07.2022 Sal 14:18

Kime: Gamze Şahbaz <Gamze.sahbaz46@hotmail.com>

📎 2 ek (105 KB)

DSKÖ 34 madde.doc; DSKÖ açıklama ve değerlendirme.doc;

2022-07-18 21:38, Gamze Şahbaz yazmış:

- > Sayın Prof. Dr. Hatice YILDIZ Hocam;
- > Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doğum ve Kadın
- > Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisiyim. Geliştirmiş
- > olduğunuz "Doğum Sonu Konfor Ölçeği"ni Danışman Hocam Prof. Dr.
- > Nülüfer ERBİL danışmanlığında yapmayı planladığım çalışmamda izniniz
- > olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz
- > halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?
- > Saygılarımla...
- >
- > Gamze ŞAHBAZ
- > Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doğum ve Kadın
- > Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi.

Sayın Gamze Şahbaz,

Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz "Doğum Sonu Konfor Ölçeği"ni doktora tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir.

Başarılar dilerim.

Sevgiler,

--

Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Marmara University, Faculty of Health Sciences,  
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing  
Istanbul – Turkey

## EK 15. Durumluk/Sürekli Anksiyete Ölçeği Kullanım İzni

19.07.2022

**İlgili Kuruma,**

Prof Dr. Necla Öner, "Süresiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Ordu Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Gamze ŞAHBAZ'ın, "*Postpartum Dönemde Anksiyete*" konulu doktora tezinde "Süresiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri"ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner

## EK 16. Etik Kurul İzni



Tarih: 01/11/2022 08:56  
Sayı: E-91120269-200-0794978  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000794978

**T.C.**  
**ORDU ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
27.10.2022	21	15:30	238

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

### KARAR NO: 2022/238

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL’in, KA EK 242 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “**Doğum Sonu Erken Dönemde Annelere Uygulanan Sırt Masajının Konfor, Ağrı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi**” başlıklı araştırmasının Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

**e-İmzalıdır**  
**Prof. Dr. Ahmet KAYA**  
**Ordu Üniversitesi**  
**Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı**

## EK 17. İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı



T.C.  
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-13511907-604.02.02  
Konu : Hemşire Gamze ŞAHBAZ  
ÇADIR'ın Bilimsel Çalışma Ön İzni  
Hk.

### KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi Hemşire Gamze ŞAHBAZ ÇADIR'ın hastanenizde yapacağı ekte sunulan "**Doğum Sonu Erken Dönemde Annelere Uygulanan Sırt Masajının Konfor, Ağrı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi**" konulu çalışması için, Müdürlüğümüze yaptığı ön izin başvurusu incelenmiş olup, çalışmasının tesisinizde yapılmasına engel bir durumun olmadığı; **Bilimsel** inceleme Komisyonu'na karara bağlanmıştır.

Konu ile ilgili komisyon kararları ekte sunulmuş olup, gereğinin yapılmasını;  
Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Ali Nuri ÖKSÜZ  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Değerlendirme Formları

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Belge Doğrulama Kodu: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı  
Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
Telefon: Faks No: 03442122140  
e-Posta: [celal.acer@saglik.gov.tr](mailto:celal.acer@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:  
<http://www.kahramanmaras.saglik.gov.tr>  
Bilgi için: Celal AÇER  
SAĞLIK MEMURU  
Telefon No: (0 344) 223 74 28



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Gamze ŞAHBAZ ÇADIR  
**Doğum Yeri** : Kahramanmaraş  
**Doğum Tarihi** : 14.02.1994  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : [gamze.sahbaz46@hotmail.com](mailto:gamze.sahbaz46@hotmail.com)

### Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Doktora	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Ordu Üniversitesi	2020-2024
Y. Lisans	Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı	Ordu Üniversitesi	2017-2019
Lisans	Hemşirelik	Çukurova Üniversitesi	2012-2016

### İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Korgan Devlet Hastanesi	2016-2018
Uzman Hemşire	Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi	2018-

### Yayınlar

1. Şahbaz G, Erbil, N. (2024). Turkish validity and reliability of the postpartum stressors scale. *Psychology, Health & Medicine*, 29(2), 350-361 (SCI-E, SSCI) (Bu çalışma Yüksek lisans tezinden üretilmiştir)
2. Şahbaz Çadır G, Erbil N. Effect of back massage on lactation during postpartum period. Oral presentation, EGE 10th International Conference on Applied Sciences Artworld 3rd International Group Exhibition December 22-24, 2023, İzmir, TÜRKİYE.

3. Erbil N, **Şahbaz Çadır G**. Fear of childbirth among fathers. Sözel Sunum. EGE 10th International Conference on Applied Sciences Artworld 3rd International Group Exhibition December 22- 24, 2023, İzmir, TÜRKİYE.
4. Erbil N, **Şahbaz G**, Akın Ö. Doğurganlık İsteği Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği. Sözel Bildiri, Kongre Bildiri Kitabı, 1. Uluslararası Hemşirelik Çalışması Kongresi, Temmuz 2023, Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE.
5. **Şahbaz G**, Erbil N. Preventive interventions for postpartum stress and responsibilities of health professionals. Oral presentation, World Women Conference-IV Mata Sundri College for Women, University of Delhi/March 8-9, 2022, INDIA.
6. **Şahbaz G**, Yücesoy H, Akın O, Erbil N. (2022). Malpraktis ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 85-90. (TR Dizin)
7. Akın O, **Şahbaz G**, Yücesoy H, Erbil N. (2021). Doğum yönetiminde etik sorunlar ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 78-88.
8. Yücesoy H, Akın O, **Şahbaz G**, Erbil N. (2021). İnfertilitede çift uyumu ve cinsel fonksiyon. *Androloji Bulteni*, 23(2), 123-128. (TR Dizin)
9. **Şahbaz G**, Erbil N. Yapay zeka ve hemşirelik. Sözel Bildiri, II. Uluslararası Sağlıkta Yapay Zeka Kongresi 2021 "COVID-19 Pandemisi", p. 116, 16-18 Nisan 2021, İzmir, Online Kongre, published Artificial Intelligence Theory and Applications Special Issues, Vol 1, Num 1, ISSN: 2757-9778
10. **Şahbaz G**, Erbil N. Doğum Sonu Stres Etkenleri Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Sözel Bildiri-66, Kongre Bildiri Kitabı, s.326, 2. Uluslararası 3. Ulusal Doğum sonu Bakım Kongresi, 3-6 Ekim 2019, Bayır Diamond Hotel& Convention Center, Konya, TÜRKİYE.
11. Erbil N, Danış Ş, **Şahbaz G**. Aile içi şiddetin maternal bağlanmaya etkisi. Sözel bildiri-177, Kongre Bildiri Kitabı, s.751, 2. Uluslararası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 3-6 Ekim 2019, Bayır Diamond Hotel& Convention Center, Konya, TÜRKİYE.