



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EPİZYOTOMİ SONRASI PERİNEYE BUZ UYGULAMASININ AĞRIYI
AZALTMAYA VE YARA İYİLEŞMESİNE ETKİSİ**

ELİF VELİOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Elif VELİOĞLU
Tez Başlığı : Epizyotomi Sonrası Perineye Buz Uygulamasının Ağrıyı Azaltmaya
Ve Yara İyileşmesine Etkisi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi S.B.F.
Sınav Tarihi : 07.03.2014

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr. Nurdan DEMİRCİ M.Ü.S.B.F.

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ İ.Ü. F.N.H.F

Yard. Doç. Dr. Feride YİĞİT İ.B.Ü.H.Y.

Kurumu

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 26./03/2014 tarih ve 39 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

- Sınav evrakları 3 iş günü içinde 3'şer nüsha halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
- Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

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

Tarih

Elif VELİOĞLU

TEŞEKKÜR

Çalıőmamda bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren, destek ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ' ye;

Eğitimim süresince gösterdikleri destek ve hoşgörülerinden dolayı hocalarım Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ' ye ve Doç. Dr. Hatice YILDIZ' a,

Tüm yaşamım boyunca ve eğitimim süresince beni destekleyen, hep yanımda olan her zaman sevgilerini hissettiğim annem Perihan ve babam Coőkun İLGÜN' e,

Sevgisi ve desteği ile beni yalnız bırakmayan eőim Faruk VELİOğLU' na,

Özellikle karnımda benimle birlikte emek veren bebeğim Melike Ada' ya,

Araőtirmamın veri toplama aşamasında destek ve yardımlarından dolayı Bursa

Çekirge Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Elif VELİOğLU

İstanbul 2014

İÇİNDEKİLER	SAYFA
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Normal Vajinal Doğum	6
4.2. Epizyotomi	6
4.2.1. Epizyotomi çeşitleri	8
4.2.2. Epizyotominin uygulanışı	10
4.2.3. Epizyotomi komplikasyonları	12
4.2.4. Epizyotominin kanıta dayalı uygulamalar açısından değerlendirilmesi	15
4.3. Perineal Ağrı	16
4.4. Yara İyileşmesi	17
4.4.1. Yara iyileşmesinin evreleri	18
4.4.2. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler	21
4.5. Epizyotomi Bölgesine Yapılan Uygulamalar	27
4.5.1. Epizyotomi bölgesine farmakolojik uygulamalar	27
4.5.2. Epizyotomi bölgesine nonfarmakolojik uygulamalar	28
4.5.2.1. Periferal tedaviler	28
4.5.2.1.1. Soğuk uygulama	29
4.5.2.1.2. Sıcak uygulama	31

5. GEREÇ VE YÖNTEM	32
5.1. Araştırmanın Yapılacağı Yer	32
5.2. Araştırmanın Şekli	32
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	38
5.6. Araştırmanın Hipotezleri	38
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	39
6. BULGULAR	41
6.1 Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	41
6.2. Annelerin Bazı Özelliklerinin GKÖ, REEDA ve Ödem Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	45
6.3. Annelerin Doğum Sonrası Grup İçi GKÖ, REEDA ve ÖDEM Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	53
6.4. Annelerin Doğum Sonrası Gruplar Arası GKÖ, REEDA ve ÖDEM Fark Skorlarına İlişkin Bulgular	58
7. TARTIŞMA	63
7.1 Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	63
7.2. Annelerin Bazı Özelliklerinin GKÖ, REEDA ve Ödem Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular Tartışılması	65
7.3. Annelerin Doğum Sonrası Grup İçi GKÖ, REEDA ve ÖDEM Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular Tartışılması	68
7.4. Annelerin Doğum Sonrası Gruplar Arası GKÖ, REEDA ve ÖDEM Fark Skorlarına İlişkin Bulgular Tartışılması	71
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
9. KAYNAKLAR	75

10. EKLER	86
EK.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam	86
EK.2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Sağlıklı Onam Formu	92
EK.3. Veri Toplama Formu	98
EK.4. REEDA Skalası	99
EK.5.GKÖ(Görsel Kıyaslama Ölçeği)	101
EK.6. Bursa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni	102
EK.7. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni	103
EK.7. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni	105
11. ÖZGEÇMİŞ	106

KISALTMALAR DİZİNİ

ACNM American College of Nurse-Midwives

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

GKÖ Görsel Kıyaslama Ölçeği

TAT Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VTF Veri Toplama Formu

TABLolar DİZİNİ	SAYFA
Tablo 1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 2. Annelerin Sigara Kullanımının Gruplar Arası Karşılaştırılması	43
Tablo 3. Annelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	43
Tablo 4. Annelerin Şimdiki Doğum Travayı ve Yenidoğana İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 5. Annelerin sigara kullanımının Başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem değerleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması	45
Tablo 6. Annelerin Travay Süreleri ile Başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem Skorları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	46
Tablo 7. Annelerin Yenidoğan Ağırlıkları ile GKÖ, REEDA ve Ödem Skorları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	46
Tablo 8. Annelerinin Sigara Kullanımı ile GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 9. Annelerin Travay Süreleri ile GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 10. Annelerin Yenidoğan Ağırlığı ile GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunda 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. Gün GKÖ skor değerlerinin, başlangıç skor değerleri ile karşılaştırılması	54

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubunda 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. Gün REEDA skor değerlerinin, başlangıç skor değerleri ile karşılaştırılması	55
Tablo 13. Deney ve Kontrol grubunda 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. Gün Ödem skor değerlerinin, başlangıç skor değerleri ile karşılaştırılması	56
Tablo 14. GKÖ' nün Deney ve Kontrol Grubu Arasındaki Fark Skorlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 15. REEDA' nın Deney ve Kontrol Grubu Arasındaki Fark Skorlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 16. ÖDEM' in Deney ve Kontrol Grubu Arasındaki Fark Skorlarının Karşılaştırılması	61

ŞEKİLLER DİZİNİ	SAYFA
Resim 1. Epizyotomi Açılışı ve Sütüre Edilişi	11
Şekil 1. Obstetrik Bakımda Rutin Epizyotomi Kullanımı İçin Kavramsal Çatı	14
Resim 2. Buz Jeli Paketi	36
Grafik 1. Deney Grubu GKÖ, REEDA ve ÖDEM Skorları Değişimi	57
Grafik 2. Kontrol Grubu GKÖ, REEDA ve ÖDEM Skorları Değişimi	57
Grafik 3. GKÖ Fark Skorlarının Deney ve Kontrol Grupları Karşılaştırması	59
Grafik 4. REEDA Fark Skorlarının Deney ve Kontrol Grupları Karşılaştırması	60
Grafik 5. ÖDEM Fark Skorlarının Deney ve Kontrol Grupları Karşılaştırması	62
Çizelge 1. Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA Skoru)	100

1.ÖZET

Araştırma, epizyotomi ile vajinal doğum yapan kadınlara, doğum sonu dönemde perineye buz uygulamasının ağrının azaltılmasına ve yara iyileşmesine etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Örneklem grubuna Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine 1 Ağustos – 1 Ekim 2013 tarihleri arasında başvuran mediolateral epizyotomili vajinal doğum yapan, perine yırtığı olmayan, yenidoğan ağırlığı 2500-4500 gram arasında olan 73 anne deney, 75 anne kontrol grubuna alındı. İki gruptaki annelere doğumdan hemen sonra ilk olarak Veri Toplama Formu, REEDA Skalası ve GKÖ(Görsel Kıyaslama Ölçeği) uygulandı. REEDA ve GKÖ annelere 1. saatte, 3. saatte, 24. saatte ve 7. günde tekrar uygulanmıştır. Deney grubundaki annelere ilk 3 saat, 10 dakika ara ile 20 dakika boyunca perine bölgesine buz uygulaması yapıldı. Kontrol grubundakilere ise hiçbir uygulama yapılmamıştır.

Veriler Mann-Whitney U testi, Wilcoxon testi, Spearman korelasyon analizi, Kruskal Wallis testi ve Fisher'in kesin ki-kare ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda kontrol grubundaki annelerin GKÖ, REEDA ve Ödem 1. saat ve başlangıç(0.dk.) değerleri arasında anlamlı fark yokken($p>0.05$), deney grubundaki annelerin GKÖ, REEDA ve Ödem 1. saat ve başlangıç değerleri arasında anlamlı fark vardır($p<0.001$). Deney ve kontrol grubu arasında ise GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Ayrıca travay süresi ve yenidoğan ağırlığı ile ağrı, ödem ve yara iyileşmesi arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak epizyotomi sonrası perine bölgesine buz uygulamasının ağrıyı, ödemi azalttığı ve yara iyileşmesini hızlandırdığı saptanmıştır. Özellikle ilk bir saatte yapılan buz uygulaması ağrı, ödem ve yara iyileşmesi üzerinde en yüksek etkiye sahiptir.

Anahtar kelimeler: epizyotomi , buz uygulaması, ağrı, yara iyileşmesi, REEDA skalası

2. SUMMARY

The Effect of Applying Ice on the Perineum following an Episiotomy on Pain Reduction and Wound Healing

The study was planned as experimental research to examine the effect on pain reduction and wound healing of applying ice on the perineum of women undergoing an episiotomy during vaginal delivery.

The sample comprised women who had vaginally delivered infants of a birth weight of 2500-4500 grams with a mediolateral episiotomy between the period August 1 – October 1, 2013 at the Bursa Çekirge State Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic; of the mothers, 73 were recruited into the study group and 75 into a control group. A Data Collection Form, the REEDA and the Visual Analogue Scales (VAS) were administered to the mothers immediately after delivery. The REEDA and VAS were re-administered at the 1st, 3rd, 24th hour and on the 7th day. Ice was applied to the mothers in the study group for 20 minutes in the first 3 hours at 10-minute intervals. No ice was applied to the mothers in the control group.

The data were analyzed using the Mann-Whitney U test, the Wilcoxon test, Spearman's correlation analysis, the Kruskal-Wallis test and Fisher's exact test.

At the end of the research, it was found that the mothers in the control group did not display any significant difference between their VAS, REEDA and Edema baseline (0 min.) and 1st hour scores ($p>0.05$), whereas the mothers in the study group exhibited significant differences between their VAS, REEDA and Edema baseline and 1st hour scores ($p<0.001$). There was a significant difference between the study and control groups in terms of the difference in their VAS, REEDA and Edema scores ($p<0.001$). In addition, a positive correlation was found between the length of labor and the newborn's birth weight and pain, edema and wound healing.

The conclusion was drawn that ice applied to the perineum area following an episiotomy reduces pain and edema and hastens wound healing. The application of the ice in the first hour in particular was seen to produce the greatest effect on pain, edema and wound healing.

Keywords: episiotomy, ice application, pain, wound healing, REEDA Scale.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, sosyal ve biyolojik bir olay olması ile birlikte, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir(Kömürcü 2008). Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal vajinal doğum için uygundur ve yeterli destek sağlanıp uygun müdahalede bulunulursa normal vajinal doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir(Uludağ 2009).

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinede bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur(Taşkın 2003). Bu girişim doğum kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri, belki de birincisidir(Duran, Eroğlu ve Sandıkçı 2002). Epizyotomi bütün doğumların %30–63'ünde ve bazı bölgelerde nulliparların %93'üne uygulanmaktadır(Althabe, Belizan, Bergel 2002). Amerika'da 1979'da tüm vajinal doğumların %65'ine, 2004'de ise vajinal doğumların %35'ine epizyotomi uygulanmıştır(Hartman et. al. 2005; Viswanathan et. al. 2005; Weber ve Meyn 2002).

Pek çok araştırmada epizyotomi uygulamasının doğum eylemi ve erken doğum sonu maternal etkilere sahip olduğu saptanmıştır(Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2005; Buhling ve ark.2005; Duran ve ark.2002; Karaçam ve Eroğlu 2003; Kelekçi ve ark.2002). Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları epizyotomi iyileşme süresinin uzaması, III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyondur(Yanık 2008).

Ayrıca doğum sırasında perineal dokunun yırtılması veya epizyotomiye bağlı olarak doğum sonu dönemde ortaya çıkan ağrı, rahatsızlık, enfeksiyon, hareket kaybı, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde yerine getirememesi ve disparoni de diğer komplikasyonlarıdır(Karaçam ve Eroğlu 2003; Klein et. al. 1994).

Epizyotomi nedeniyle ortaya çıkan perineal ağrı, özellikle postpartum ilk 3 gün boyunca lohusanın günlük aktivitelerini (hareket etmesini, idrar yapmasını, defekasyon yapmasını, emzirmesini) olumsuz yönde etkiler(Ghosh, Mercier,

Couailliet, Benhamou 2004). Bu nedenle epizyotomiden kaynaklanan ağrının tedavi edilmesi gerekir.

Perineal ağrının kaynağı ödem, hematoma ve inflamasyondur. Ödem ve hematomun önlenmesi için gerçekleştirilecek hemşirelik bakım girişimleri iyileşmesini hızlandıracak gibi perineal ağrının giderilmesinde de önemli rol oynar(Lorenzi 1991; Klein et. al. 1994).

Epizyotominin neden olduğu ağrıyı ve rahatsızlığı gidermek için buz uygulaması, epitelizan, anestetik içerikli krem ya da spreylere kullanılmakta, inflamasyonu önlemek amacıyla da oturma banyoları veya kortizonlu kremler önerilmektedir(Cunningham et. al. 1997).

Sıcak ve soğuk uygulamalar ağrıyı hafifletme ve iyileşmeyi hızlandırma özelliğine sahiptir. Bu uygulamalar ısı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı inhibe eden reflekslerin uyarılmasını sağlar(Mucuk ve Baser 2009), vazodilatasyon oluşturarak kas gerginliğini azaltır ve metabolizmayı hızlandırır(Arslan ve Çelebioglu 2004).

Tıpta buz uygulaması çok eski zamanlardan İsa'dan beri tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Obstetride ilk buz kullanımı 1930 yılında gebelerin rektal bölgedeki hemoroid ağrılarını gidermek amacıyla kullanılmıştır(Knight 1995). Soğuk uygulama, ağrının azaltılmasında iki yönde etkili olmaktadır. Birincisi soğuk uygulama ödem ve kas spazmını ortadan kaldırarak ağrıyı giderir ya da azaltır. İkinci olarak periferik sinirlerin iletimini yavaşlatarak ya da bloke ederek ağrıyı gidermede etkili olur(Kozier, Berman, Synder, Erb 2008;Diniz ve Ketenci 2000).

Günümüzde obstetride lokal soğuk uygulama olarak epizyotomi hattının üzerine buz paketi uygulaması yapılmaktadır. Soğuk uygulama vazokonstriksiyona neden olduğundan ödem oluşumunu engeller, kanamayı durdurur ve metabolizma yavaşladığından inflamasyon sürecinde yavaşlamasını sağlar. Vücut ısısını düşürür ve ağrıyı gidererek anestezi etkisi gösterir(Kozier et. al. 2008).

Annenin doğum sonu dönemde yaşadığı ağrı ve sıkıntılar öz bakımını yapmasına, bebeği ile ilgilenmesine ve daha birçok ihtiyacını yerine getirmesine engel olmaktadır. Bunları azaltmaya hatta gidermeye yönelik olarak perineye buz uygulanması özellikle yurtdışında yapılmış birçok çalışmada etkili bir yöntem olarak önerilmiştir.

Bu nedenle araştırmamızda epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisinin olup olmadığını saptamak **amaçlanmıştır.**

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Normal Vajinal Doğum

Doğum eylemi, son menstural periyoddan 38-40 hafta sonra konsepsiyon ürünü olan fetüs ve eklerinin uterusun dış ortama atıldığı bir süreçtir(Taşkın 2009).

Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal vajinal doğum için uygundur ve yeterli destek sağlanıp uygun müdahalede bulunulursa normal vajinal doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir(Uludağ 2009).

Doğum sonrası anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Normal doğumu takiben gebelik öncesi yaşantısına hemen dönebilmekte ve hastanede kalış süresi son derece kısa olmaktadır.(<http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=39>Erişim Tarihi:21.12.2013)

Normal doğum sürecinde anne ya da bebek de oluşabilecek sıkıntılarda ilk başvuru uygulama epizyotomi olup, neredeyse tüm primpar doğumlarda kullanılmaktadır.

4.2. Epizyotomi

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinide bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur(Taşkın 2003). American College of Nurse-Midwives (ACNM), genellikle vajinal doğumda epizyotomiye gereksinim olmadığını, ancak bazen doğum yaptıran kişilerin bebeğin hızlı bir şekilde doğurtulması gerektiği gibi durumlarda epizyotomiye önerdiğini belirtmektedir.

Epizyotominin ilk kez 1742' de İrlanda' lı bir ebe olan Sir Fielding Ould tarafından zor doğumlara yardım etmek amacıyla uygulandığı bildirilmektedir(Shy and Eschenbach 1979). Eason ve Feldman 1918 yılında Pomeray ve 1920 yılında DeLee' nin epizyotomiye özellikle pelvik taban hasarını ve fetüsün kafa travmasını önlediğini ileri sürerek her doğumda yapılmasını önerdiklerini bildirmişlerdir.

Epizyotominin her doğumda güvenilir bir yöntem olarak kullanımı 1940'lerden 1980'lerin başına kadar devam etmiştir(Eason and Feldman 2000;Klein 1994;Thorp and Bowes 1989).

Coogan ve Edmund's 1977'de epizyotomi ile yapılan doğumlarda sistosel,rektosel, prolapsus uteri ve inkontinansların azaldığına dikkat çekmişlerdir (Kurtuldu 1988). Epizyotomi 1980'lerde vajinal doğumların yaklaşık %64'üne uygulanmıştır. Bu dönem içerisinde doktorlar ve gebeler epizyotominin yararlarını sorgulamaya başladılar(Goldman and Robinson 2003). Epizyotominin olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili araştırmalar ilk kez 1982 yılında Banta ve Thacker tarafından epizyotominin risk ve yararlarını araştıran çalışma ile birlikte başlamıştır (Althabe et. al. 2002).

Günümüzde epizyotomi dünya genelinde doğumda yaygın olarak uygulanan işlemlerden biridir. Epizyotomi bütün doğumların %30-63'ünde ve bazı bölgelerde nulliparların %93'üne uygulanmaktadır(Althabe et. al. 2002). Amerika'da 1979'da tüm vajinal doğumların %65'ine, 2004'de ise vajinal doğumların %35'ine epizyotomi uygulanmıştır(Hartman et. al. 2005; Viswanathan et. al. 2005; Weber and Meyn 2002).

Epizyotomi 1983 yılından itibaren ABD, Belçika, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde giderek azalırken ülkemizdeki halen birçok hastanede özellikle primiparlara rutin olarak uygulanmaktadır(Karaçam 2002).

Epizyotomi oranına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışma sonuçlarına göre epizyotominin, primigravidalarda rutin, multigravidalarda ise perinenin rijit olduğu durumlarda yaygın olarak uygulandığı belirtilmektedir (Karaçam ve Eroğlu 2003). Sayiner ve Demirci'nin(2007) yaptıkları çalışmada, primipar gebelerin %96,72'sine, multipar gebelerin ise %51,85'ine epizyotomi uygulandığı, tüm doğumlar içinde bu oranın %70,33 olduğu belirtilmiştir.

Epizyotomi, yapılmadığı zaman oluşacak düzensiz laserasyonların yerine düzenli ve tek bir insizyon olmasını sağlar. Onarımı daha kolay olur ve yırtıktan daha kolay iyileşir görüşü de mevcuttur(Pritchard, MacDonald, Gant 1989; Mamuk 2008).

Epizyotomi insizyonu yapmanın amaçları şöyle sıralanabilir:

- Perine dokularının kalın, sert ve esnek olmadığı durumlarda pelvik tabanın ve vulvanın bütünlüğünü korumak,
- Fetal distres varsa doğumu hızlandırmak,
- Prematüre doğumlarında bebek başını korumak, intrakranial kanamaları önlemek,
- İri doğumlarda perineyi korumak ve bebek başı üzerindeki basıyı azaltmak,
- Makat geliş ve girişimli doğumlarda pelvis kaslarında pürüzlü yırtıkları önlemek ve üçüncü derece perine yırtık riskini azaltmak,
- Travayda sfinkter aniyi korumak,
- Pelvik tabanlardaki travmaları önlemek, sistosel, rektosel, uterus prolapsusu oluşumunu engellemek ve insidansı azaltmak,
- Perineal tonüsü korumak,
- Doğumun ikinci evresini kısaltmak(Arısan 1997;Pritchard et. al. 1989;;Rock and Jones 2003;Taşkın 2009).

4.2.1. Epizyotomi Çeşitleri

Literatürde yıllardır kullanılan çeşitli epizyotomi tekniklerinden bahsedilmiştir. Bunlar, median, medio-lateral ve lateral insizyonlardır(Cleary- Goldman and Robinson 2003).

Median epizyotomi; kolay onarılması, anatomik bozukluklara yol açmadan iyileşmesi ve hastalarda kan kaybı ve doğum sonu ağrının daha az olması sebebiyle tercih edilmektedir. Fakat doğum sırasında yırtılarak, anal sfinkterden rektuma kadar uzaması ve kadının doğumdan sonraki cinsel yaşamında ağrılı cinsel ilişkiye yol açma riski yüksektir. Median epizyotomi kanlanması az olan perineal doku kesildiği için mediolaterale göre daha az kanamaya neden olur(Woolley 1995).

Mediolateral epizyotomi; güvenli olmasından dolayı bu insizyon kullanılır. İnsizyon anal sfinkterin lateral kenarından ve en azından vajenin yarısı kadar

uzağına, aşağı ve dışarı bir yönde yapılır(Ayhan ve Bozdağ 2002). Perineye yapılan insizyon vajinal açıklığın arka kısmından başlayarak sağa ya da sola doğru 45 derecelik açı ile uzanır(Ayhan ve Bozdağ. 2002; Graham 2006; Kalis et. al. 2008). Böylece bartolin bezleri insizyondan korunmuş olur. İnsizyon çok kanayabilir ve doğumdan sonra ağrılı olabilir(Ayhan ve Bozdağ 2002).

Genellikle perine yapısı kısa olan kadınlarda, makrosefalide, forseps ya da vakum kullanımının gerekli olduğu durumlarda (operatif doğumlarda), anal sfinktere ve kanala doğru ilerleme olasılığını azaltmak için daha çok kullanılır(Ayhan ve Bozdağ 2002). Ancak mediolateral epizyotomide median epizyotomiye göre;

- Vakaların üçte birinde birkaç gün içerisinde ağrı şikayeti olur,
- Doğumdan sonra sıklıkla disparoni görülür,
- Vakaların yaklaşık %10'unda operatöre bağlı olarak kusurlu anatomik sonuçlar meydana gelebilir,
- Kan kaybı daha fazladır,
- Sfinktere doğru ilerleme nadirdir(Rock and Jones 2003; Önderoğlu 2004).

Shino ve ark. (1990) 24114 doğumu inceledikleri çalışmalarında; epizyotomi yapılmış kadınlarda epizyotomi yapılmayan kadınlara göre üçüncü ve dördüncü derece laserasyonların, midline epizyotomi yapılmış kadınlardan ortalama 50 kat, mediolateral epizyotomi yapılan kadınlardan 8 kat daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Aytan ve ark. (2005) çalışmalarında midline epizyotomi uygulanmış kadınlarda perineal laserasyon oluşumunun mediolateral epizyotomi uygulanmış kadınlardan daha sık olduğunu bildirmiştir.

JW de Leeuw ve ark. (2008) vakum ve forsepsli doğumlarda mediolateral epizyotominin kadınları belirgin bir şekilde sfinkter hasarından koruduğunu saptamıştır.

Henriksen ve ark. (1994) da yaptıkları çalışmada ise mediolateral epizyotominin perineal travma ve anal sfinkter lezyonlarından korumadığını bildirmiştir.

Weeks ve Kozak, epizyotominin çok yaygın kullanılan bir cerrahi uygulama olduğunu, A.B.D’de 1998 yılında 1,6 milyon kişiye uygulandığını, median epizyotominin Kuzey Amerika’ da daha fazla uygulanırken, Latin Amerika’ da ve Avrupa’ da mediolateral epizyotominin daha yaygın uygulandığını bildirmiştir.

Lateral epizyotomi; musculus bulbocavernosusun enine kesilmesidir. Bu insizyonda hemostazın sağlanması için doğumdan hemen sonra dikiş atılmalıdır. insizyon sırasında kanamanın fazla olması, bartholin guddelerinin zedelenmesi, kesi uçlarının dikkatsizce dikilmesi sonucu dikişlerin açılması, skar dokusunun ağırlı olması gibi nedenlerle günümüzde kullanılan bir metod değildir(Arısan 1984; Gürgüç 1978).

4.2.2. Epizyotominin Uygulanışı

Epizyotomi travayın 2. evresinde bebeğin saçları görüldükten hemen sonra uygulanır. Epizyotomi açılışı ve suture edilmesinde yapılması gerekenler;

- Perine incelendiğinde ve kontraksiyon sırasında bebeğin başının 3-4 cm’lik kısmı gözükmeye başladığında uygulanmalı,(Resim-A)

- Anne cesaretlendirilmeli ve emosyonel destek sağlanmalı. Pudental sinir lokal olarak bloke edilmeli veya lignocaine ile lokal infiltrasyon uygulanmalı,(Resim- B)

-Kullanılacak lokal anestetik maddeye herhangi bir alerjisinin olup olmadığından emin olunmalı.

-Kullanılan anestetik madde (örn: 10 mL %0.5 lignocaine) vajinal mukoza altına, perineumun altına ve perineal kas içine derin olarak uygulanmalı.

- Aynı elin iki parmağı bebeğin başı ile perine arasında yerleştirilmeli,(Resim-C)

-Makas kullanarak perine midline veya medio-lateral olarak vajen arka duvarının orta kısmına doğru 3-4 cm’lik insize edilmeli,(Resim-C)

-Perine desteklenerek bebeğin başının çıkışı kontrol edilmeli, hızla çıkması engellenmeli

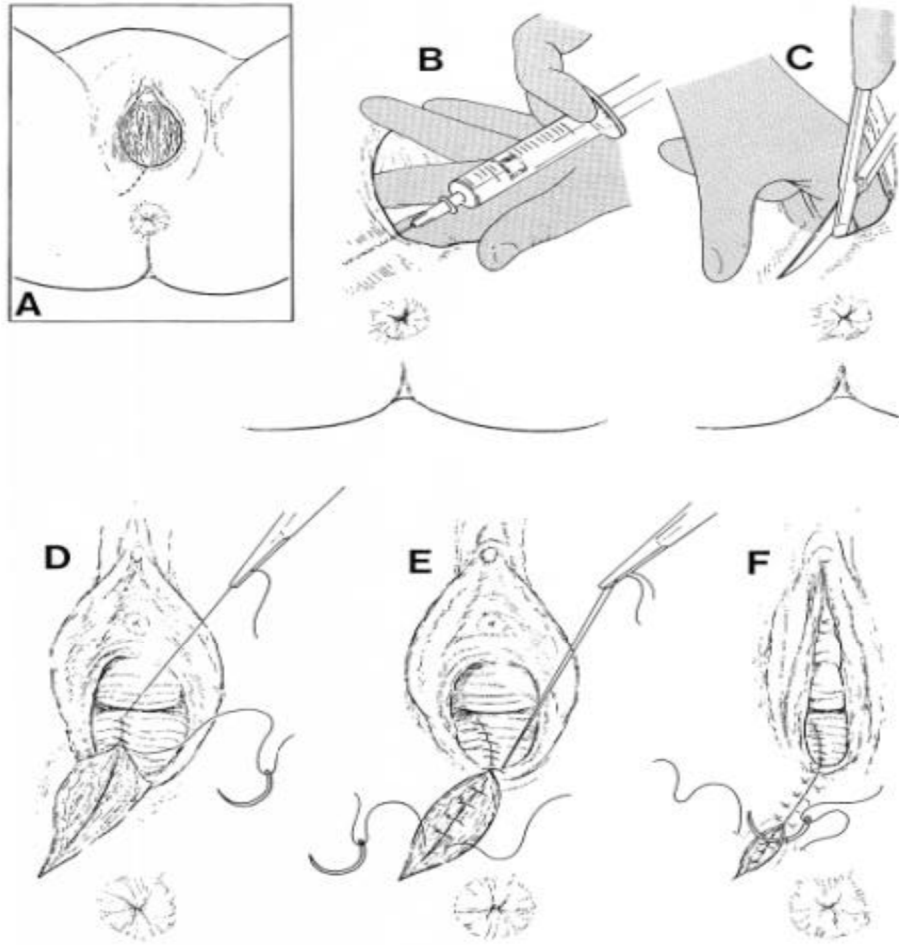
-Doğum gerçekleştikten sonra epizyotomi bölgesi, kesinin alt ve üst köşelerini ve perinenin diğer kısımlarını, herhangi bir perine yırtığı yönünden değerlendirilmeli,

-Epizyotomi köşesinden başlanılarak vajenin sütüre edilmeli(Resim-D)

-Cilt altının sütüre edilmesi(Resim-E)

-Cildin sütüre edilmesidir. (Resim-F) (Karaçam 2002; Toker 2004)

Resim 1.Epizyotominin Uygulanışı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Epizyotomi ve Perine Yırtıkları. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara, 90-95

Epizyotomi uygulaması esnasında kesilen dokular şunlardır;

-Cilt ve cilt altı dokusu,

- Vajen mukozası,
- Bulbokavernöz kası ve ürogenital septum (fasya ve musculus transversalis superfisiyalis),
- Pelvik diyafragmasının superior fasyası,
- Derin kesilerde levator ani kasının puborektalis alt kısımları(Güner ve Öktem 2005).

4.2.3. Epizyotomi Komplikasyonları

Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları epizyotomi iyileşme süresinin uzaması, III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyondur(Yanık 2008). Ayrıca doğum sonu ağrı ve rahatsızlık, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde verememesi ve disparoni de diğer komplikasyonlarıdır(Karaçam ve Eroğlu 2003).

Erken dönemde hematom, enfeksiyon, selülit, abse oluşumu pudental sinir hasarı, ağrı, sütür açılması, perine laserasyonunda artış, yara iyileşmesinin gecikmesi, ödem, defekasyonun gecikmesi ve kanama görülebilmektedir(Yanık 2008).

Uzun dönemdeki komplikasyonları ise; rektal tonus kaybı, rektal inkontinans, pudental sinir hasarı, rekto vajinal fistül, skar dokusu ve abse oluşumu ve ağrılı cinsel ilişkidir(Karaçam ve Eroğlu 2003).

Gündüz(2002) çalışmasında, yapılan bir araştırmada, vajinal doğumdan sonraki 6 hafta boyunca kadınlarda ağrı ve ağrı korkusu gibi nedenlerle % 7- 17,9 oranında miksiyon ve defekasyonda zorluk, % 4,6 oranında ise fekal inkontinans saptandığını ifade etmiştir.

Epizyotomide dikişlerin açılması da söz konusudur. Ancak yaygın bir komplikasyon değildir. Toker (2004) çalışmasında medline ve mediolateral epizyotomide açılma oranlarının aynı ve en yaygın açılma nedeninin lokal enfeksiyon olduğunu belirtmiştir.

Coughlin (2005) spontan perineal yırtığı olan ve epizyotomi yapılmayan kadınların çok daha az ağrı hissettiğini ve iyileşme ile ilişkili komplikasyonların çok

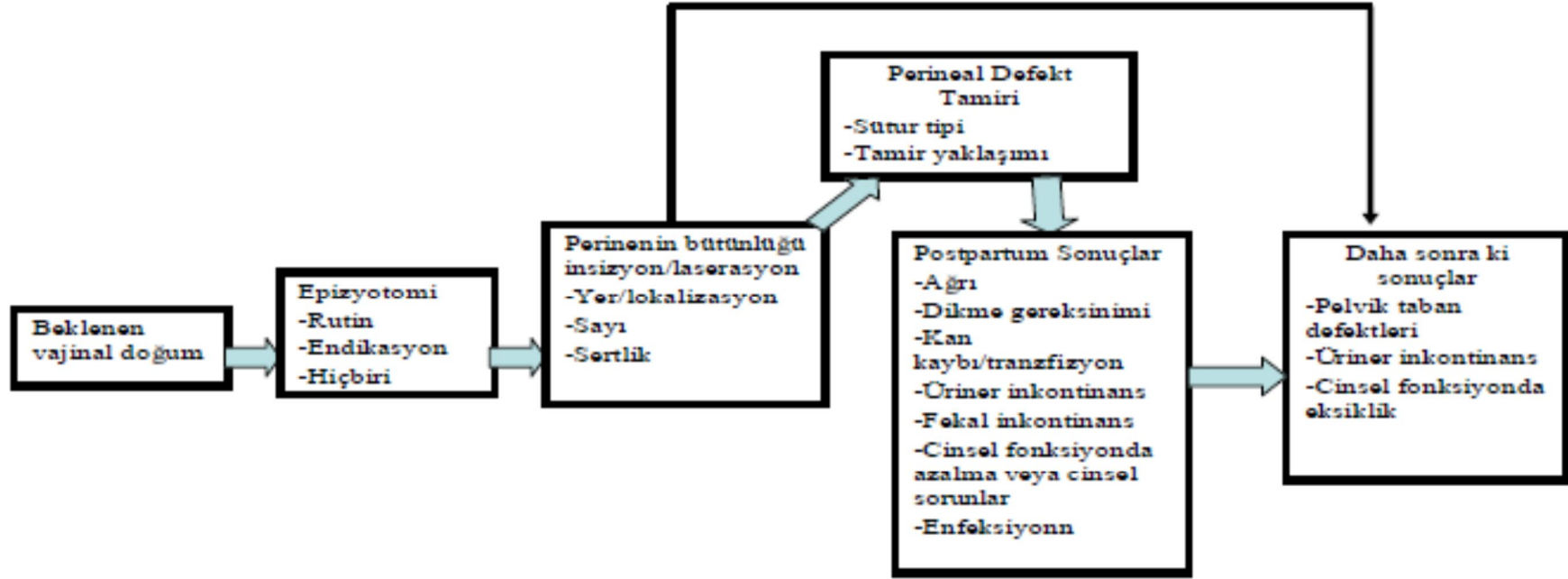
fazla olmadığını bildirmiştir. Ayrıca epizyotominin doğumdan 3 ay-5 yıl sonra kadınları üriner ya da fekal inkontinanstı, pelvik organ prolapsusundan ya da cinsel fonksiyonlarda oluşan zorlanmadan korumadığını ifade etmiştir(Rockville 2005).

Fleming ve ark. (2003) ve Wellbery'in (2005) belirttiği çalışmasında anal sfinkter ve rektal yaralanma riskinin artmasının rutin epizyotomi uygulamasıyla ilişkili olduğunu saptamıştır. Doğumdan üç ay sonraki dönemde epizyotomi ve spontan yırtığı olan kadınları karşılaştırdığı çalışmasında epizyotomili doğum yapan kadınların pelvik taban kas gücünün spontan yırtığı olan kadınlarınkine göre daha zayıf olduğunu belirtmiştir.

Rutin epizyotomiye 'cinsel yaralama' olarak niteleyen Ina May Gaskin [Ina May's Guide To Childbirth](#)(2003) kitabında epizyotominin zararları arasında şunları belirtmiştir:

- Kimi zaman haftalar veya aylar boyu süren ağrılara neden olur
- Kan kaybını artırır
- Kesilen bir perine yırtıklara karşı kesilmeyen bir perine kadar dayanıklı olmadığından daha ciddi yırtılmalara sebep olur
- Sıklıkla iltihaplanır
- İdrar veya dışkı tutamamaya sebep olan çeşitli komplikasyonlarla ilişkilendirilir. (Yaranın iyileşmemesi, abse, pelvik taban kaslarına kalıcı zarar ve rektovajinal fistül)
- Sebep olduğu ağrı nedeniyle birçok kadının emzirmesine engel olur.

Şekil 3. Obstetrik Bakımda Rutin Epizyotomi Kullanımı için Kavramsal Çatı



Kaynak: Agency for Healthcare Research and Quality (2005). The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review, Evidence Report/Technology Assessment, Number 112: 1-11.

4.2.4 Epizyotominin kanıta dayalı uygulamalar açısından değerlendirilmesi:

Toplam 4996 kadını içeren 7 çalışmada **rutin epizyotomi** sınırlı epizyotomiyle karşılaştırıldığında, rutin epizyotomi yapılan grupta; posteriyor perineal travmada, yara ve iyileşme komplikasyonlarında, cinsel ilişki sonrası ağrıda artış; anteriyor perineal travma riskinde azalma gözlenmiş, üriner ve fekal inkontinans yönünden ise bir farklılık görülmemiştir.

Yine bu çalışmada müdahaleli doğumlarda (vakum, forseps), anormal fetal testlerde, preterm doğumlarda, makat doğumlarda, makrasomi ve yırtık ihtimali gibi durumlarda epizyotomi yapılması gerektiğiyle ilgili kanıt yoktur (Berghella, Baxter, Chauhan 2008)

5000 kadını içeren sekiz çalışmada sınırlı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomiye göre daha yararlı olduğu görülmüştür. Bu sekiz çalışmada %73 oranında rutin epizyotomi, %28 oranında ise sınırlı epizyotomi uygulandığı görülmüştür. Kadınlar, doğum sonrası yedinci günde, daha az şiddetli posterior perineal travma, daha az iyileşme komplikasyonu deneyimlemişlerdir. Bunun yanında ağrı, üriner inkontinans, ağrılı cinsel ilişki, şiddetli vaginal ya da perineal travma yönünden fark bulunmamıştır(Carroli and Mignini 2009).

Dünya Sağlık Örgütü' nün(DSÖ) Güvenli Annelik raporuna göre; epizyotominin liberal veya rutin kullanımının yararlı olduğunu gösteren hiçbir güvenilir kanıt yoktur. Ama bu uygulamanın zararlarını gösteren kanıtlar çok açıktır.

Epizyotomi gelişmiş ülkelerde artık rutin olarak uygulanmamaktadır. Ev doğumu yaptıran ebeler epizyo oranlarının %1 ile %3 arasında değişmesinden gurur duymaktadırlar.

British Journal'ın Amerika ve Kanada'da 5000 anne üzerinde yaptığı araştırmaya göre ev doğumlarında epizyotomi oranı %2.1, hastanelerde %33' tür. Amerika'da 1980'lerde %60 civarında olan bu rakam rutin epizyotominin zararları üzerine artan yayınlar sayesinde hızla düşmeye devam etmektedir. British Medical Journal'a göre İngiltere'de 1980'de doğum yapan kadınların yarısından fazlasına

epizyotomi uygulanırken, bu oran 1985'te %37'ye, 1995'te ise %20'ye düşmüştür. DSÖ'nün raporuna göre Hollanda'da epizyotomi oranı %24.5' tir. Ülkemizde ise ilk doğumlarda epizyotomi (doğum kesisi) oranı %99' dur. Bu da hemen hemen herkese yapıldığını göstermektedir. (<http://dogumahazirlik.wordpress.com/2010/12/23/rutin-epizyotomi-bir-kadin-haklari-meselesi/> Erişim Tarihi: 07.01.2014)

Epizyotominin yapıldığı durumlarda, postpartum dönemde perineal ağrı, enfeksiyon, kan kaybının artması ve istenmeyen anatomik sonuçlar görülebilir(Williams and Cooper 1998). Perineal ağrının kaynağı ödem, hematoma ve inflamasyondur. Ödem ve hematoma önlenmesi için gerçekleştirilecek hemşirelik bakım girişimleri yara iyileşmesini hızlandıracak gibi peineal ağrının giderilmesinde de önemli rol oynar(Lorenzi 1991).

4.3 Perineal Ağrı

Ağrı toplumun büyük bir bölümünü ilgilendiren, bireyin günlük yaşamı, psikososyal durumu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir sorun olarak görülmektedir (Özer ve ark. 2006; Düzel, 2008; Çöçelli ve ark., 2008; Swann, 2010; Koçoğlu ve Özdemir 2011). Ağrı bireyin aile ilişkileri yönünden rol kaybı ya da rol değişimi yaşamasına neden olurken, iş ile ilgili sorunlar, üretkenlik ve beraberinde öz güven kaybı ile umutsuzluk da yaşatabilmektedir (Doksat, 1999). Bununla birlikte bazen bireyin en temel günlük gereksinimlerini engelleyecek ve bireyi bu temel faaliyetler için başkalarına bağımlı kılacak kadar şiddetli de olabilmektedir(Günvar, 2009).

Ağrı sıklığı ile birlikte bedende ağrı bölgesi, ağrıyı ifade etme, hissedilen ağrı şiddeti, ağrı inanışları ve ağrıyla baş etme yöntemleri; sosyokültürel, bilişsel özelliklerden etkilenmekte ve farklı gruplarda farklı özelliklerle ortaya çıkmaktadır (Koçoğlu ve Özdemir, 2011).

Perineal ağrı normal doğum veya müdahaleli doğumdan sonraki dönemde görülür. Perineal ağrının nedeni olan epizyotominin küçük olması onun çok fazla rahatsızlık vermeyeceğini düşündürebilir. Fakat doğum sırasında perineal dokunun yırtılmasına veya epizyotomiye bağlı olarak, postpartum dönemde, ağrı, enfeksiyon ve hareket kaybı ortaya çıkar (Klein et. al. 1994). Perine bölgesindeki kaslar oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi birçok aktivitede rol aldığından dolayı çok fazla rahatsızlığa neden olmaktadır. Bu nedenle perineal ağrının giderilmesi anne ve bebek için çok önemlidir.

Ağrı doğumdan hemen sonra şiddetlidir. Özellikle postpartum ilk 3 gün boyunca lohusanın günlük aktivitelerini (hareket etmesini, idrar yapmasını, defekasyon yapmasını, emzirmesini) olumsuz yönde etkiler (Ghosh, Mercier, Couaillet, Benhamou 2004). Fakat kadınların %20-25'i doğumdan sonra iki haftaya kadar olan dönemde perine bölgesinde rahatsızlık hissetmekte, %10'u ise en az üç ay süren ağrıları olduğunu bildirmektedir(Sleep and Grant 1984).

East ve ark. (2007)'nin yaptıkları çalışmada epizyotomi sonrası perineal ağrının annenin yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiş, giderilmesinde buz paketi ile oral analjezi uygulaması karşılaştırılmıştır.

Toker ve Eroğlu(2005) çalışmasında doğum sonu ilk dışkılamanın epizyotomi yarası üzerinde baskı oluşmasına neden olduğundan annelerin ağrı duyduklarını bildirmişlerdir.

Perineal ağrının ve rahatsızlığı gidermek için buz uygulaması, epitelizan, anestetik içerikli krem ya da spreylere kullanılmakta, inflamasyonu önlemek amacıyla da oturma banyoları veya kortizonlu kremler önerilmektedir(Cunningham et. al. 1997).

4.4. YARA İYİLEŞMESİ

Organizmamız çevre ile devamlı ve karşılıklı bir etkileşim içindedir. Doku travması sonucunda yaralanma meydana geldiğinde, vücudumuz kompleks ve koordine seri bir yapılanma sürecine girer. Yara iyileşmesi kompleks fakat;

genellikle düzenli bir mekanizmadır. Özelleşmiş hücre tipleri rol oynar. Büyüme faktörleri ve hücre dışı matriks tarafından düzenlenir(Çetingül 1997).

4.4.1.Yara İyileşmesinin Evreleri

Yara iyileşmesi şu olayları içerir:

1. Başlangıç hasarı nedeniyle oluşan akut iltihabi yanıt,
2. Parankimal hücrelerin rejenerasyonu,
3. Parankimal hücreler ve bağ dokusu hücrelerin migrasyonu ve çoğalması,
4. Hücre dışı matriks proteinlerinin sentezi,
5. Doku fonksiyonlarının restorasyonu için parankimal elemanların yeniden modelasyonu,
6. Yara direncinin kazanılabilmesi için bağ dokusunun yeniden modelasyonu.

İki tür yara iyileşmesi vardır. Bunlar primer ve sekonder yara iyileşmeleridir. Epizyotominin iyileşmesi primer yara iyileşmesi kapsamındadır.

Primer İyileşme:

Yara kenarları birbirine çok yakınsa ve arada doku kaybı yoksa minimum granülasyon dokusuyla primer iyileşme görülür. En az komplike yara iyileşmesi örneği, cerrahi sütürlerle kapatılan enfekte olmayan, temiz cerrahi insizyonun onarımıdır. Bu iyileşme primer iyileşme olarak adlandırılır. Bu insizyon sınırlı sayıda epitel ve bağ dokusu hücrelerinin ölümüne ve epitelyum bazal membran devamlılığının bozulmasına yol açar. Dar insizyon mesafesi fibrin ve kan hücreleri içeren kan tıkaçı ile dolar; yüzeydeki tıkaç dehidratasyonla yara üzerini örten çok iyi bilinen kabuğu oluşturur(Çetingül 1997).

24 saat içinde insizyon kenarında fibrin tıkaçı doğru hareket eden nötrofiller görülür. Kesi kenarında epidermis bazal tabakası mitozla çoğalarak kalınlaşmaya yol açar. 24-48 saat içinde epitelyum hücreleri kenarlardan göç ederek ve kesik kenarı

boyunca büyüyerek bazal membran yapılarını depolarlar. Yüzeydeki kabuk altında orta hatta kaynaşarak sürekli fakat ince bir epitelyum tabaka oluştururlar.

Üçüncü gün içinde insizyon nötrofillerin yerini büyük ölçüde makrofajlar alır. Granülasyon dokusu insizyon mesafesini giderek invaze eder. İnsizyon kenarlarında kollagen lifler görülür, fakat başlangıçta bunlar vertikal olarak yönlendirilmiştir ve insizyonu geçmezler. Epitel hücre çoğalması devam eder ve epidermis örtücü tabakası kalınlaşmıştır(Ülker 1994).

Beşinci gün içinde insizyon mesafesi granülasyon dokusuyla dolar ve anjiogenezis üst düzeye çıkar. Kollagen fibriller daha da artar ve insizyonu karşıya geçer. Epidermis normal kalınlığa ulaşır ve yüzeydeki hücreler keratinizasyonla olgun epidermis yapısı kazanırlar.

İkinci hafta süresince kollagen ve fibroblast çoğalması devam eder. Lökosit infiltrasyonu, ödem ve damarlanma artışı büyük ölçüde kaybolur. Bu sürede uzun bir süreç olan beyazlaşma başlar, bu insizyon skarlarında kollagen birikimi artışı damarsal kanalların gerilemesi ile gerçekleşir(Kılınç 2003).

Birinci ayın sonunda skar, epidermisle örtülü iltihapsiz hücresel bağ dokusudur. Deri ekleri insizyon çizgisi boyunca sürekli olarak kaybedilmiştir. Daha sonra yaranın direnci artar, fakat en üst güç düzeyine ulaşması aylar alır(Çetingül 1997).

Sekonder İyileşme:

İnfarktüs, iltihabi ülserasyon, apse oluşumu ve büyük doku kaybı olan yüzey yaraları gibi daha fazla hücre ve doku kaybı vara, onarım olayı daha komplikedir. Bunların tümünde de doldurulması gereken büyük doku kaybı vardır.

Parankima hücrelerinin rejenerasyonu, tam anlamıyla orijinal yapıyı sağlayamaz. Onarımı tamamlamak üzere fazla miktarda granülasyon dokusu kenarlarından ilerler. Bu tip yara iyileşmesine sekonder iyileşme denir.

Yara İyileşmesinin Evreleri:

1929 yılında Howes, Sooy ve Harvey'in çalışmaları sonucunda yara iyileşmesinin üç evresi belirlenmiştir.

a. İnflamatuvar Evre

b. Proliferatif Evre (Fibroblastik Evre)

c. Maturasyon Evresi (Remodeling Evresi)

a. İnflamatuvar Evre (1-5 gün): Doku zedelenmesi birçok kimyasal mediatör ve hücreler arası bilgi aktarımını sağlayan sitokinlerin salınımına neden olur. Bu maddeler aktivasyon ve inhibisyon yaparak birçok kompleks olayı başlatıp, hemostaz ve iyileşmeyi sağlarlar. Damar duvarı zedelenğinde trombositler açılan damar duvarındaki kollajenle temas ederek aktive olurlar. Böylece hem damar duvarına hem de birbirlerine yapışırlar. Tromboksan A2'nin aktivasyonu ile bu trombositler geçici pıhtı oluşturarak başlangıçta kanamayı azaltırlar. Daha sonraki aşamada trombositlerden salınan serotonin ve diğer vazokonstriktör ajanlarla vazokonstriksiyon gelişerek kanama azalır. Pıhtılaşma döngüsü trombositler, damar duvarı hasarı ve tromboplastin gibi koagülasyon faktörleri ile aktive olur. Bu döngüde her basamak sonunda oluşan son ürün bir sonraki basamağı aktive eder. Sonuçta fibrin oluşarak trombositle oluşan gevşek pıhtı stabil hale gelir. Başlangıçta gelişen bu vazokonstriksiyon, prostaglandin ve kompleman sisteminin aktivasyonu ile yerini yaygın vazodilatasyon ve inflamasyona bırakır. Vazodilatasyonla birlikte vasküler permeabilite de artar ve hücreler arasında inflamatuvar eksuda toplanır. Birçok kemotaktik faktörün etkisiyle nötrofil ve monositler sahaya toplanırlar. Bu hücreler sahaya geldiğinde lokal çevresel faktörlerin etkisiyle aktive olurlar. Lökositler yaradaki bakterilerle savaşırken, monositler de makrofaja dönüşerek, çeşitli büyüme faktörlerini ve sitokinleri salgırlar. Makrofajlar bakterileri öldürüp fagosite ederken, ölü doku ve lökositleri de temizlerler. Yaralanmadan 72 saat sonra hakim olan hücreler makrofajlardır. Bu arada anjiogenik büyüme faktörü salınımıyla yeni damar oluşumları başlar. Granülasyon dokusu gelişimi yeni damar oluşumuna bağlıdır. Yeni damarlar oluştuğça, oksijenli kan yara bölgesine ulaştıkça saha daha az hipoksik olur ve beslenmesi düzelir. Fibroblastlar yeni damarların etrafında kollajen

yaparlarken, ürettikleri proteoglikanlarla kollajenlerin birbirine bağlanmasını ve daha esnek olmalarını sağlarlar. Ayrıca ürettikleri fibronektinle kollajen ve diğer hücreleri bir arada tutarlar. Granülasyon dokusu oluşumu yaklaşık 5. günde başlar. Bu aşamanın başlaması için iyi bir oksijenasyon ve beslenme şarttır. Ayrıca bu aşamada vitamin C, prolinin hidroksiproline dönüşümü için gereklidir(Kılınç 2003; Ülker 1994).

b. Proliferatif Evre (5-14 günler): Fibroblastlar kollagen liflerini üretirler. Kollagen de yaranın kontraksiyonunu ve gerilme kuvvetini oluşturur. Bu safhada epitelizasyon ve kontraksiyon gelişir. Doku hasarı çok büyük doku kaybı ile beraberse rejenerasyon yara kenarlarından başlar. Epitel granülasyon dokusunun üzerinden ilerler. Migrasyon epitellerin karşılıklı bir araya gelmesine kadar devam eder. Daha sonraki aşama kontraksiyondur. Yara kontraksiyonu ile yara büyüklüğü azalır. Bu olay çoğunlukla miyofibroblastlarca gerçekleşir. Granülasyon dokusu oluşup epitelizasyon tamamlanınca proliferasyon aşaması sona erer(Kılınç 2003;Nightingale 1990).

c. Maturasyon Evresi (14. günden sonra): Proliferasyon safhasından sonra başlar ve yıllarca sürer. Bu kollajen liflerinin yeniden şekillenmesidir (remodeling). Bu aşamada yumuşak ve jelatinöz yapıdaki tip III kollajen zamanla daha sıkı olan tip I kollajene dönüşür. Kontraksiyonun bir kısmı bu aşamada gelişir. Yara yaklaşık 6 hafta sonra başlangıçtaki gücünün % 95 ini kazanır(Kılınç 2003; McGuinness, Norr, Macion 1991).

4.4.2.Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler

Düzenli yara iyileşmesi sırasında gelişen olayların değişmesine sebep olan bir kısmı bilinmeyen, bir kısmı ise belirlenmiş olan çok sayıda etken rol oynar. Bunlar bazen onarım olayının kalitesini ve yeterliliğini bozar. Sistemik, lokal veya çevresel faktörlerin yara iyileşmesine olumlu veya olumsuz yönde etkileri gösterilmiştir(Çetingül 1997).

Bu faktörlerden en önemli ve sıklıkla karşılaşılanları:

1) Yaş: Yaşın ilerlemesiyle birlikte yara gerilim direnci ve yara kapanma hızlarında düşüş gözlenmektedir. Yara iyileşme süresi uzamıştır. İnflamatuvar yanıt yaşın ilerlemesiyle azalır, bu nedenle yaşlılarda yaraya azalmış bir yanıt vardır. Epitelyal hücrelerin, fibroblastların proliferatif kapasitesinde azalma vardır. Tüm bunlara rağmen oluşan skar dokusu daha kozmetik bir görünüşe sahiptir. Ancak yara yeri dirençleri azaldığından dolayı, suturları daha uzun süre tutmak gerekebilir. Doğum yapmış kadınlarda yaş aralığını göz önüne aldığımızda ise yara iyileşmesinin yaşlı bireylere göre daha hızlı olduğu gözlenmiştir(Kılınç 2003).

2) Beslenme: Yara hızlı metabolizmasından dolayı yüksek miktarda besin öğelerine ihtiyaç duyar. **Protein-kalori malnütrisyonu**, inflamasyon aşamasını uzatır. Fibroplaziyi, proteoglikan ve kollajen sentezini olumsuz yönde etkiler. Yara iyileşmesinde esansiyel aminoasitlerin önemli yeri vardır. **Esansiyel aminoasitler** inflamasyon ve fibroblast ürünlerinin üretimini arttırılması için gereklidir. Metionin sistine çevrilerek kullanılır. Sistin kollajen sentez aşamasında kofaktör olarak rol oynar. Arjinin ise, büyüme hormon sekresyonunu uyararak, yara iyileşmesini hızlandırır. Protein eksikliğinde, ortalama yedinci hafta sonunda iyileşme olayında gecikme ortaya çıkar. Serum protein düzeyi 2 gramın altında olan kişilerde inflamatuvar evre uzamış ve fibroplazi azalmıştır. Vücut ağırlığının %10'unun veya daha fazlasının kaybı yara komplikasyonlarını arttırır. Yara iyileşmesinde özellikle **karbonhidrat ve yağların** görevleri iyi bilinmektedir. Glukoz lökositlerin enerji kaynağıdır ve yağlar yeni hücrelerin sentezi için gereklidir.

Yara iyileşmesinde, **minerallerin** kollajen metabolizmasını ilgilendiren çeşitli basamaklarda rolleri vardır. Prolin, kollojen sentezi aşamasında demir ve askorbik asit kofaktör olarak kullanılarak hidroksiproline çevrilir. Demir eksikliğinde, iyileşmede bozulma meydana gelir. Manganez, kollajen metabolizmasında galaktozil transferaz ve glukozil transferaz reaksiyonlarında kofaktördür.

Kısacası epizyotomi yarasının iyileşmesinde beslenmenin çok önemli olduğu görülmektedir. Özellikle taburculukta annelere protein, vitamin ve mineral alımı konusunda bilgilendirilme yapılmaktadır(Ülker 1994).

3) Çevre Sıcaklığı: Yara iyileşmesi 30 °C' de artar. Yara gerilim direnci soğukta (12 °C' de) %20 azalır.

4) Sigara Kullanımı: Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozabilmektedir. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Nikotin adrenal katekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olmakta, vazodilatasyon etkisi gösteren prostasiklinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini ve karbonmonoksitin oksijenle yarışa girerek ve hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltmaktadır(Bilhan, Arat ve Kutay 2005).

5) Oksijen: Yara iyileşmesi için gerekli bir substrattır. İyileşme süresince yaranın normal dokulardan daha fazla oksijen miktarına ihtiyacı vardır. Oksijen, nötrofillerin bakteri fagositozunda, fibroblast ve epitel proliferasyonunda, kollajen sentezinde ve neovaskülarizasyonda rol oynar. Oksijen, epitelyal hücre rejenerasyonu ve aerobik metabolizmasında gereklidir. Yara bölgesindeki parsiyel oksijen basıncının direk olarak epitelyal hücre proliferasyon hızını etkilediği gösterilmiştir(Çetingül 1997).

Yara enfeksiyonlarının en yaygın nedeni düşük oksijen düzeyleridir. Yara meydana geldiğinde kapillerler tahrip olur ve dolayısıyla oksijen düzeyi düşer. Bundan dolayı iyileşme süresince yaranın daha fazla oksijenizasyona ihtiyacı olur. İyileşen dokuda parsiyel oksijen basıncı 30-50 mmHg düzeyindedir. Fibroblastlar 30-40 mmHg düzeyinde fonksiyonlarını yerine getirebilirler. Kollajen sentezi için PO₂'nin 40 mmHg altında olmaması gerekir. Düşük oksijen düzeylerinde hidroksilasyonu gerçekleşmeyen kollajen lifleri nedeniyle, yara iyileşmesi sonucunda

zayıf skar dokusu meydana gelir. Doku oksijenizasyonunu arttırmak için hiperbarik oksijen uygulaması kullanılabilir. Bu uygulamanın etki mekanizması, hipoksik dokuya çözünmemiş oksijeni dağıtmasıdır.

6) Hemoglobin-Hematokrit: Hemoglobin düzeyleri dokuya oksijen taşıma ve doku oksijenizasyonunun sağlanmasında kritik bir faktördür. Anemili hastalarda yara iyileşmesi çalışmalarında yara gerilim direncinin düşük ve zayıf skar formasyonu olduğu gösterilmiştir. Hematokrit düzeyleri normalin %50'sinin altında ise yine yara gerilim direncinin düşük olduğu tespit edilmiştir(Ülker 1993).

7) Immunosupresyon: Kemoterapötik ajan kullanılan immunosupresif kişilerde nötrofil fonksiyonları bozulur. Dolaşımda seviyesi düşen nötrofilin yara yerine ulaşan sayıları azalır. Yara enfeksiyon olasılığı artar, yara iyileşmesi yavaşlar. Yapılan çalışmalarda kemoterapötik ajan kullanımından 2-3 hafta geçtikten sonra oluşan yaraların iyileşmesinde bir gerileme olmadığı görülmüştür(Çetingül 1997).

8) Polipeptid Büyüme Faktörleri: Polipeptid yapısında olup hedef hücredeki reseptörlerle birleşerek mitojen, kemotaktik ve hücre hareketini uyarıcı fonksiyon gösteren on ayrı büyüme faktörü izole edilmiştir.

9) Elektriksel Değişiklikler: Yara çevresi elektriksel potansiyele sahiptir. Yaralanmadan sonraki 1.günde yara yüzeyindeki elektrik potansiyeli pozitiftir. 4. günden sonra negatif olur, iyileşme tamamlanana kadar negatif kalır. İnvitro çalışmalarda elektriksel güçlerin fibroblastların migrasyon ve proliferasyonunu, makrofajların hareketini ve fagositik fonksiyonlarını arttırdığı tespit edilmiştir (Çetingül 1997).

10) Steroid Ajanlar: İmmunosupresif ve antiinflamatuvar etkileri vardır. Bu ajanlar yara iyileşmesini inhibe ederler. Steroidler makrofaj migrasyonunu, nötrofil

fonksiyonunu, fibroblastların prokollajen sentezini inhibe eder. Epitelizasyon ve anjiogenezisi geriletirler. Yara gerilim direncini azaltır, yara kontraksiyonunu engellerler. Kronik steroid kullanan hastaların dermisi incelmış, kollajen düzeyleri azalmış, yara iyileşme yeteneği büyük oranda azalmıştır.

11) Vitamin A: Yara iyileşmesinde, fibroplazi stimülasyonu, kollajen çapraz bağlarının oluşumu, epitelizasyon için gereklidir. İyileşmenin başlangıcında makrofajik inflamasyonda gerekli olan önemli bir partiküldür. Günlük oral 25000IU, topikal olarak 200000IU olarak kullanımı önerilmiştir. Kronik steroid kullanımı veya diğer nedenlerle inflamasyonunun baskılandığı hallerde, bu durumu restore eder. Vitamin A eksikliğinde de iyileşmenin geciktiği tespit edilmiştir. Azalan kollajen depozisyonuna sekonder olarak yara açılma direnci azalmıştır(Ülker 1993).

12) Vitamin C: Askorbik asitin, kollajen sentezi için gerekli olan bir kofaktör dür. Vitamin C eksikliğinin yara iyileşmesine etkilerini Pireni ve Levenson şöyle sıralamıştır; fibroblast proliferasyonunun azalması, ekstraselüler matriks oluşumu ve maturasyonda bozukluklar, defektif kapiller formasyonu, immatur granülasyon dokusu oluşumu ve lokal hemoraji görülmesidir(Ülker 1993)

13) Vitamin E:Derideki en önemli yağda çözünen antioksidant olduğu keşfedildikten sonra deri lezyonlarında topikal olarak yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. En önemli etkisi lipit oksidasyonunu önlemesi, böylece hücre membranlarını koruması ve skar oluşumunu engellemesidir. E vitamininin yara iyileşmesindeki fonksiyonunun yaranın tipi ve diğer besin öğelerinin ortamda bulunmasına göre değiştiği belirtilmektedir. Cerrahi yaralarda skar doku oluşumunu azalttığı ve deneysel olarak oluşturulan peritonal kesilerde yapışıklık oluşumunu azalttığı gösterilmiştir

(<https://groups.google.com/forum/#!msg/hastanedekiler/QBOD9rPLt-8/NWONRZAKhCcJ>).

14) Çinko: Normal yara iyileşmesi için gerekli olan, protein sentezinde DNA-RNA Polimeraz enzim sisteminin, kollajenaz ve metalloproteazların kofaktörüdür. Serum çinko düzeyi 100 mg/dl'den düşük olduğu durumlarda yara iyileşmesinin azaldığı gösterilmiştir. Bu olduğu durumlarda epitelyal ve fibroblastik proliferasyon azalmıştır. Çinko topikal uygulandığında yara yüzeyinden absorbe olabilir ve yara iyileşmesini ilerletir. Özellikle yaranın akut döneminde Zn verilmesi yara iyileşmesini hızlandırabilir

(<https://groups.google.com/forum/#!msg/hastanedekiler/QBOD9rPLt-8/NWONRZAKhCcJ>).

15) Bakır: Eritrositlerin oluşmasına ve C vitamininin elastinle birleşmesine yardım eder. Cu antiinflamatuvar ve antiinfeksiyonel özellikleri nedeniyle de yara iyileşmesine katkıda bulunmaktadır

(<https://groups.google.com/forum/#!msg/hastanedekiler/QBOD9rPLt-8/NWONRZAKhCcJ>).

16) Nonsteroid Antiinflamatuvar Ajanlar: Doza bağlı etkisi olan ve prostoglandin mekanizması üzerinde etki gösteren bu ilaçların kullanımı sonucunda kollajen sentezinin azaldığı gösterilmiştir.

17) Nitrik Oksit: NO'nun yara iyileşmesinin erken evrelerinde bazı büyüme faktörleri için ikincil haberci rolü oynadığı düşünülmektedir.

18) Oksijen Kaynaklı Serbest Radikaller: Oksijenin redüksiyonu sonucunda yüksek reaktif ve sitotoksik serbest radikaller meydana gelir. İnflamasyon, iskemi,

radyasyon ve kimyasal ajanlar serbest oksijen radikalleri oluşumuna neden olurlar. Ekstraselüler matrikse salgılanan bu radikaller hücreye zarar verirler(Çetingül 1997).

19) Mekanik Stres: Ciltteki anormal gerilim, iskemi, nekroz, dermis rüptürü ve kalıcı strialara neden olabilir. Ekspande yaralarda açılma direnci ve enerji absorpsiyonu nonekspande yaralarla karşılaştırıldığında belirgin olarak artmış bulunmuştur. Optimal mekanik stres altında, yara iyileşmesinin hızlandığı, skar dokusunun daha organize ve güçlü bir hale geldiği sonucuna varılmıştır.

20) Enfeksiyon: Enfeksiyon, yara iyileşmesinde bozulmalara yol açar. Doku oksijen basıncını düşürür, kollajenolizi artırır ve inflamatuvar evrenin uzamasına neden olur. Bakteriyel kolonizasyon epitelizasyon ve anjiogenezisi azaltır. Bakteri metabolit ve toksinleri epitelyum migrasyonunu bozar, dermisteki polisakkarit ve protein yapıları etkiler. Enfekte yaralarda granülasyon dokusu daha ödematöz, hemorojik ve frajildir. Bakteriyel kontaminasyon ile artan kollejenolitik aktivite sonucunda yara gerilim direnci düşer ve yara kontraksiyonu azalır(Ülker 1993).

21) Radyoterapi: Yara iyileşmesinin imflamasyon döneminde radyasyon, çok az değişikliğe yol açar. Granülasyon dokusunun meydana geldiği aşamada ise, hem kapiller hem de fibroblastik proliferasyonda azalma meydana gelir.

22) Histamin: İmflamasyon aşamasında histamin düzeyinin normalin üzerine çıkarılması, doku kan akımı, anjiogenez ve fibroplaziyi artırarak iyileşme oranını hızlandırır.

4.5. Epizyotomi Bölgesine Yapılan Uygulamalar

4.5.1. Epizyotomi bölgesine farmakolojik uygulamalar

Epizyotomi bakımında farmakolojik olarak çeşitli maddeler kullanılmaktadır. Ağrıyı ve rahatsızlığı gidermek için epitelizan, anestetik içerikli krem ya da spreyler

kullanılmakta, inflamasyonu önlemek amacıyla da kortizonlu kremler önerilmektedir (Cunningham 1997) Ayrıca çeşitli çalışmalarda lignokain, %1'lik hidrokortizon asetat ve %1'lik pramoksin hidroklorit gibi farklı topikal anestetik maddelerin kullanımında tavsiye edilmektedir(Corkill, Lavender, Walkinshaw, Alfirevic 2001).

4.5.2. Epizyotomi bölgesine nonfarmakolojik uygulamalar

Nonfarmakolojik uygulamalar, hemşirelerin bağımsız rollerini rahatlıkla sergileyebilecekleri bir alandır. Özellikle tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerinin kullanımının arttığı günümüzde hemşirelerin de bu yöntemlere yöneldikleri görülmektedir(Turan ve ark., 2010). Nonfarmakolojik yöntemler;

- Bireysel kontrol duygusunu artırmak,
- Zayıflık hissini azaltmak,
- Aktivite düzeyi ve fonksiyonel kapasiteyi artırmak,
- Stres ve kaygıyı azaltmak,
- Ağrı davranışı ve odaklanmış ağrı düzeyini azaltmak,
- Tedavinin yan etkilerini ve analjezik ilaçlarının dozlarını azaltmak, amacıyla kullanılabilir(Turan ve ark., 2010; Sabuncu ve Akça, 2011).

Epizyotomi bakımında Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan Periferal tedaviler kullanılmaktadır(Demir 2012).

4.5.2.1. Epizyotomide Periferal Tedaviler

Deri uyarımı cildin zararsız bir şekilde uyarılması ile ağrı tedavisinde analjeziyi sağlamaktadır. Deri uyarımı ağrıyı gidermek için geçici amaçlı yapılıır. Deri uyarımının ağrıyı gidermedeki etkisi iki şekilde açıklanmaktadır; birincisi Kapı-Kontrol Teorisine göre, deri uyarımı büyük çaplı lifleri uyarır, bu uyarım ağrı mesajını taşıyan küçük çaplı lifleri baskılar ve ağrı olarak hissedilen uyarıların

geçişine kapıyı kapar. İkincisi de, bazı deri uyarımlarında vücudun doğal morfini olan endorfinlerin salınımı artar böylece ağrı azalır ya da giderilir.(Kozier, Berman, Snyder 2008) Deri uyarımı, doğrudan ağrı bölgesi üzerine veya çevresine, ağrıyan bölgenin karşı tarafına, ağrıyan bölgenin proksimaline uygulanabilir(Kubsch,Neveau, Vandertie 2001).

Ağrı giderilmesinde periferal tekniklerin etkileriyle ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Deri uyarımı girişimleri soğuk-sıcak uygulamalar, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlaması, dinlenme, akupunktur, hidroterapi, TENS, masaj ve dokunarak tedavi olarak sınıflandırılır. Deri uyarımı uygun şekilde kullanıldığında inflamasyon, ödem ve fonksiyon kaybına neden olan durumlar üzerinde de etkili olabilmektedir(Demir, 2012).

Kubsch ve ark.(2001) tarafından yapılan bir çalışmada, acil servise gelen hastalarda deri uyarımının ağrının azaltılması ve hastaların kan basıncı ve kalp hızı üzerine etkisinin araştırıldığı 50 hasta üzerinde yapılan çalışma sonucunda, deri uyarımı uygulanan hastaların ağrısının önemli derecede azaldığı kalp hızında ve kan basıncında düşme olduğu saptanmıştır.

4.5.2.1.1. Soğuk Uygulama

Tıpta buz uygulaması çok eski zamanlardan İsa'dan beri tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Mısırlılar M.Ö. 2500 yılında soğuğu, yaralanma ve inflamasyonun tedavisinde kullanmışlardır. Hipokrat, M.Ö. 5. yüzyılda yumuşak doku yaralanmalarında ağrının giderilmesinde, kar ve buzu kullanarak soğuk uygulama yapan ilk hekim olmuştur(Dereli 1991;Beyazova ve Kutsal 2000;Freiman and Bouganim 2005).

Obstetride ilk buz uygulaması 1930 yılında gebelerin rektal bölgedeki hemoroid ağrılarını gidermek amacıyla kullanılmıştır.(Knight 1995) Soğuğun herhangi bir yöntemle tedavi amacıyla kullanılmasına kriyoterapi denir.(Braddom 2004) Soğuk uygulamalar, tedavi aracının soğukluk derecesine bağlı olarak kondüksiyon (iletim) ve evaporasyon (buharlaşma) yoluyla deri ve deri altı derin dokularda yerel ısıyı düşürür.(Diniz ve Ketenci 2000;Oğuz, Dursun 2004) Dolayısıyla bireyin soğuğa maruz kalması, organizmada lokal ve/veya sistemik olarak bazı değişikliklerin ortaya

çıkmasına neden olur(Berman et. al. 2008;Potter and Perry 2009). Soğğun gerek lokal, gerekse sistemik etkilerinin bilinmesi tedavide kullanılmasında yol gösterici olmaktadır. Ancak tedavide daha çok soğğun lokal etkilerinden yararlanılmaktadır.

Soğuk uygulamalar ağrıyı hafifletme ve iyileşmeyi hızlandırma özelliğine sahiptir. Soğuk uygulama, ağrının azaltılmasında iki yönde etkili olmaktadır. Birincisi soğuk uygulama ödem ve kas spazmını ortadan kaldırarak ağrıyı giderir ya da azaltır. İkinci olarak periferik sinirlerin iletimini yavaşlatarak ya da bloke ederek ağrıyı gidermede etkili olur.(Kozier et.al.2008;Diniz ve ketenci 2000 Bu etkilerin dışında Kapı-Kontrol mekanizmasını çalıştırarak dokunma reseptörlerini uyararak ve endojen opioidlerin salınımını artırarak da ağrıyı azaltmaktadır.(Beyazova ve Kutsal 2000) Soğuk uygulama sıcak uygulamaya nazaran ağrının giderilmesinde daha uzun süreli bir etkiye sahiptir.(Karadeniz 1997) Yapılan bir çalışmada soğuk uygulamanın ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde morfin gereksinimini azalttığı görülmüştür (Demir, 2012).

Cihangir(1998)' in intramüsküler enjeksiyona bağlı ağrının azaltılmasında lokal buz uygulamasının etkinliğini incelediği çalışmada, kadınlarda buz uygulamasının intramüsküler enjeksiyon sonrası ağrıyı azaltmada etkili olduğunu saptamıştır.

Kuzu(2001)'nun, standart yöntemle uygulanan subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin enjeksiyonlarında yerel kuru soğuk uygulamanın ekimoz, hematom ve ağrı gelişimine etkisini incelediği çalışmada, hem enjeksiyondan önce, hem de enjeksiyondan önce ve sonra enjeksiyon bölgesine soğuk uygulamanın enjeksiyona bağlı ağrıyı azalttığı sonucuna varılmıştır.

Günümüzde obstetride lokal soğuk uygulama olarak epizyotomi hattının üzerine buz paketi uygulaması yapılmaktadır. Soğuk uygulama vazokontrüksiyona neden olduğundan ödem oluşumunu engeller, kanamayı durdurur ve metabolizma yavaşladığından inflamasyon sürecide yavaşlar. Vücut ısısını düşürür ve ağrıyı gidererek anestezi etkisi gösterir(Knight 1995).

Soğuk uygulama yapıldığında insizyon bölgesinde olan değişiklikler; vazokontrüksiyon, kanın vizkositesinin artması, kas kontraksiyonu, hücre metabolizmasının azalması ve lokal anestezidir(Leventhal 2011).

Bu uygulamalarda amaç; epizyotominin neden olduğu perineal ağrıyı gidermek veya en aza indirmek, insizyon bölgesindeki ödemi azaltmak, yara iyileşmesini olabildiğince hızlandırmak ve enfeksiyon oluşumunu engellemektir.

4.5.1.2. Sıcak uygulama

Sıcak uygulamalar ısı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı inhibe eden reflekslerin uyarılmasını sağlar, (Mucuk ve Başer, 2009) vazodilatasyon oluşturarak kas gerginliğini azaltır ve metabolizmayı hızlandırır (Arslan ve Çelebioğlu, 2004). Sıcaklık kaynağı olarak sıcak su şişesi, sıcak ıslak kompresler, elektrikli ısı pedleri, sıcak battaniye, sıcak banyo ya da duş kullanılabilir (Mucuk ve Başer, 2009; Sabuncu ve Akça, 2011).

5.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde 1 Ağustos- 1 Ekim 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Bu Hastanede Yapılma Nedeni: Hastanenin yıllık normal doğum sayısının ortalama 1200; bunların ortalama 550' sinin primipar ve 650' sinin multipar olmasıdır.

5.2 Araştırmanın Şekli: Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde Epizyotomili Normal Vajinal Doğum yapmış kadınların perinelerine buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırma 1 Ağustos- 1Ekim 2013 tarihleri arasında Çekirge Devlet Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Epizyotomili Normal Vajinal Doğum yapmış ve çalışma kriterlerine uygun kadınlar alınmıştır.

Çalışmaya katılacak kadınlarda aranacak kriterler;

-20-35 yaş arasında olma

-En az ilkokul mezunu olma

-Epizyotomili vajinal doğum yapmış olma

-Medio-lateral epizyotomi uygulanmış olması

-Doğumda vakum, forseps gibi herhangi bir müdahalenin olmaması

-Yenidoğanın kilosunun2500- 4500gr arasında olması

-Kronik ve sistemik hastalığı olmama

-Hemoglobin değerinin 11mg/dl 'nin altında olmaması

-Perine yırtığının olmaması

-Vajinal enfeksiyonu bulunmama

- Vajinal doğumdan sonra oral analjezik almama
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Çalışmadan çıkarılma kriterleri;

- Oral analjezik kullanma
- Vajinal enfeksiyon gelişmesi
- 7. gün kontrole gelmeme
- Hastanın kendi isteğiyle çalışmadan çıkmak istemesidir.

Örneklemin Hesaplanması:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

Yılda ortalama 1200 vajinal doğumun yapıldığı ve yılda ortalama 100 anneye bir hekim tarafından epizyotomisine buz uygulandığı belirlenen bu kurumda örneklem grubumuz bu veriler doğrultusunda hesaplanmıştır. Araştırmamıza %95 güven düzeyinde, %80 güç ile gözlenen olasılık değerinin %8.33(p:0.083) olarak bulunmuş, örneklem için her bir gruba en az 54 kişi alınması gerektiği tespit edilmiştir.

$$n = \frac{1200 \times 1,96 \times 1,96 \times 0,083 \times 0,9167}{0,05 \times 0,05 (1200-1)+1,96 \times 1,96 \times 0,083 \times 0,9167}$$

Çalışmaya 2 ay boyunca epizyolu vajinal doğum yapmış, çalışma sınırlılıklarına uygun ve çalışmanın izleminde olabilecek kayıplar da düşünülerek 73 deney, 75 kontrol grubu olmak üzere 148 anne alınmıştır. Hastanenin kadın doğum kliniğinde vajinal doğum yapmış hastalar için 6' şar kişilik 2 oda bulunmakta olup odalar standarttır ve odalara hastaların yatışları rastgele olmaktadır. Birer hafta dönüşümlü

olarak 1 nolu odaya yatan hastalara buz uygulaması yapıldı, 2 nolu odaya yatan hastalara buz uygulaması yapılmadı.

Deney ve kontrol grubu olmasından dolayı iki grup örneklem testleri uygulanmıştır. Verilerin dağılımı incelenerek normal dağılım sağlanması durumunda t-testi, normal dağılım sağlanmaması durumunda Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Bağımlı grupların karşılaştırılmasında ise bazal değere göre değişimler, bağımlı gruplar için iki örneklem testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda eşleştirilmiş t-testi, verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda wilcoxon testi kullanılmıştır. Grupların kategorik verilerinin karşılaştırılmasında ise ki kare testi kullanılmıştır.

5.4. Verilerin Toplanması:

Çalışmanın verilerini elde edilirken deney ve kontrol gruplarının her biri için farklı yol izlenmiştir. Anne ile ilk görüşme kliniğe doğumhaneden geldikten hemen sonra yapılabilmektedir. Çünkü annenin en erken 5 en geç 10 dakika kanama kontrolü ve temizliğinin yapılması amacıyla kurumun rutin uygulaması olarak doğumhanede gözetim altında tutulması gerekmekte, verilerin ilk defa 0. dakikada toplanması anlamı doğumhanede geçirilen bu süreyi kapsamamakta olup kliniğe annenin ilk geldiği zamanı belirtmektedir.

▪ Girişim Basamakları

Deney grubu için verilerin toplanmasında aşağıdaki girişim basamakları uygulanmıştır:

1. Anneye doğumsonu kliniği geldiğinde 0. dk. Veri Toplama Formu(VTF) doldurulmuş ve Gönüllü Onam alınmıştır.

2. Anne yatağında litotomi pozisyonuna getirilerek REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

3. Epizyotomi hattı üzerine buz jeli paketleri, paketlerinde kısmen üzerini kapatacak şekilde hasta pedi konulmuştur.

4. Buz jeli paketleri annenin iki bacağına birleştirmesiyle yerinde sabit kalmakta olup eğer anne çok zayıf ise paketleri eli ile desteklemesi istenmiştir.

5. Buz jeli paketleri 20 dakika boyunca epizyotomi hattı üzerinde kalmış, sonrasında 10 dakika ara verilmiştir.

6. 10 dakikalık aranın sonunda anneye yeni bir buz jeli paketi kullanılarak tekrar 20 dakika uygulanmış ve 10 dakika ara verilmiştir.

7. Bu 10 dakikalık ara sonunda(1. saat) anneye litotomi pozisyonunda REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

8. Anneye 1. saatin sonunda tekrar 20 dakika buz jeli paketi uygulaması ve 10 dakikalık ara verilmiş, bu işleme toplamda 4 defa yeni bir buz jeli paketiyle devam edilmiştir.

9. Bu işlemler sonunda(3. saat) anneye litotomi pozisyonu verilerek REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

10. 3. Saatten sonra annelere buz jeli paketi uygulaması yapılmamış, 24. saatte(taburculukta) litotomi pozisyonunda REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

11. 24. Saatte herhangi bir problemde yoksa anne taburcu olmaktadır ve 7. Gün kontrole çağırılmıştır.

12. Anneye 7. gün kontrole geldiğinde muayene masasında REEDA ve GKÖ uygulanır. Böylece veri toplama işlemi tamamlanmış olur.

▪ **Kontrol grubu için verilerinin toplanması:**

1. Anneye kliniğe geldiğinde 0. dk. Veri Toplama Formu(VTF) doldurulmuş ve Sağlıklı Gönüllü Onamı alınmıştır.

2. Anne yatağında litotomi pozisyonuna getirilerek REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

3. 0. Dakika REEDA ve GKÖ uygulaması sonrasında annelere hiçbir uygulama yapılmamış, 1. saat sonunda litotomi pozisyonunda REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

4. Bu gruptaki annelere 3. Saate kadar yine hiçbir uygulama yapılmamış, 3. Saatin sonunda litotomi pozisyonunda REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

5. 3. Saat ile 24. Saat arasında da annelere uygulama yapılmamış, 24. Saatin sonunda(taburculukta) REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

6. Son olarak annelere yine 24. Saat ve 7. Gün arası hiçbir uygulama yapılmamış, 7. Gün kontrole geldiklerinde REEDA ve GKÖ uygulanmıştır.

Resim 2. Buz Jeli Paketi



Uygulamalarda kullanılan buz jeli(Resim 2) paketlerinin ölçüleri 13x18 cm. olup kullanma talimatına uyularak en az 1 saat buzdolabının buzluk kısmında bekletilmiş sonrasında poşet eldiven içine geçirilmiş ve gazlı beze sarılarak hastanın epizyotomi bölgesine uygulanmıştır.

Ayrıca veriler araştırmacı tarafından tek gözlemci olarak toplandığı için gözlemciler arası tutarlılık katsayısı hesaplanmamıştır.

5.4.1.Veri Toplama Formu(EK- III):Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form epizyolu vajinal doğum yapmış, çalışma kriterlerine uygun kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin sorgulandığı 17 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2.REEDA Skalası(EK-IV): REEDA Skalası ilk kez 1970 yılında Davidson tarafından perinenin iyileşmesi konulu master tezinde kullanılmıştır. Skalanın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1989'da Hill tarafından yapılmıştır. Bu skala perineal yara iyileşmesini gösteren beş faktörü kapsar:

- _ Redness (Kızarıklık)
- _ Edema (Ödem)
- _ Echymosis (Ekimoz)
- _ Discharge (Akıntı)

_ Approximation (Yara dudaklarının kapanması)

Bu beş iyileşme faktörünün her bir kategorisinin değerlendirilmesi ile toplam REEDA skoru elde edilir. Skala her bir değerlendirmeye 0, 1, 2 ve 3 puanları verilerek değerlendirilir. En düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. Puanların yükselmesi perineal travmanın arttığının göstergesidir. En yüksek puan en ciddi perineal travmayı göstermektedir (Davidson 1979). Türkiye’de REEDA Skalası Üstünsöz (1996) tarafından “Epizyotomi iyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi” konulu uzmanlık tezinde kullanılmış ve Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Üstünsöz 1996).

Çalışmamızın cronbach alpha değeri ölçeğin içerisindeki faktör sayısının (beş faktör) az olması nedeniyle hesaplanamamıştır (Ercan, Yazıcı, Sığırlı, Ediz, Kan 2007).

5.4.3. Görsel Kıyaslama Skalası (EK- V): Ağrı ölçümü için kullanılan tek boyutlu ve çok boyutlu çeşitli skalalar bulunmaktadır. Bunlar arasında numaralandırılmış ağrı skalası (NPRS= numerical pain rating scale), görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) ve verbal ağrı skalası klinik uygulama ve araştırmalarda ağrı değerlendirilmesinde sık kullanılan ölçüm metotlarıdır. Her üç skala da klinik uygulamalarda güvenilir ve geçerli olarak gösterilmektedir (Breivik, Björnsson, Skoylund 2000). GKÖ, algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılmaktadır.

Temeli 1921 yılında Hayes ve Paterson’un duygu seviyelerinin çizgiler üzerinde ifade edilebileceğini belirtmesiyle atılmıştır. Bu çizgilerin sınırları duyguların en uç durumlarını gösteren ifadeler ile belirlenmektedir. Bir ucunda “Ağrı Yok”, diğer ucunda “Olabilecek En Şiddetli Ağrı” yazan 10 cm. uzunluğunda bir ölçektir. Hastadan, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. “Ağrı Yok” olarak ifade edilen başlangıç noktası ile işaret konulan nokta arasındaki mesafe ölçülmekte ve santimetre/milimetre olarak kayda alınmaktadır (Aslan 2006; Güzeldemir 1995). Bizim vakalarımızın ağrı algılarını daha kolay ifade edebilmeleri için ölçeğe yüz ifadeleri eklenmiştir.

GKÖ, en sık kullanılan ve Jensen (1986) ve arkadaşları tarafından ağrı ölçümünde altın standart olarak kabul edilmiş olan skaladır. GKÖ’nün diğer ağrı ölçüm araçlarına göre dezavantajı, sayısal değerler olmadığı için, hasta işaretlemeyi

rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılığara neden olabilmektedir(Yarnitsky 1997). Yanılığarı önlemek için ağırı değerlendirmesini düzenli aralıklarla yapma gerekliliğı belirtilmiştir(Aslan 2002).

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Deney ve kontrol grupları olmasından dolayı iki grup örneklem testleri uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığı için medyan (minimum-maksimum) değerleri verilmiştir. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, bağımlı iki grubun karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler n ve % değerleri ile gösterilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki karşılaştırmalar Pearson ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare ve Fisher Freeman-Halton testleri ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenlerle ölçek skorları arasındaki ilişkileri incelemede Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 21 istatistiksel analiz paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Annelerin sosyo-demografik, obstetrik ve şimdiki doğum özelliklerine ilişkin verilerin analizinde	Kruskal Wallis testi, Fisher ki kare analizi, ki-kare analizi, Mann-Whitney U Testi
Annelerin Bazı Özelliklerinin GKÖ, REEDA ve Ödem ilişkilerinin analizinde	Mann-Whitney U testi, Spearman korelasyon analizi
Annelerin Grup İçi GKÖ, REEDA ve Ödem puan ortalamalarına ilişkin verilerin analizinde	Wilcoxon testi
Annelerin gruplar arası GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorlarına ilişkin verilerin analizinde	Mann-Whitney U testi

5.6. Araştırmanın Hipotezleri:

1. H₀:Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya etkisi yoktur.

2. H1:Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya etkisi vardır.
3. H0:Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ödemi azaltmaya etkisi yoktur.
4. H1:Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ödemi azaltmaya etkisi vardır.
- 5.H0:Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının yara iyileşmesine etkisi yoktur.
- 6.H1:Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının yara iyileşmesine etkisi vardır.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesinden etik kurul onayı ve Bursa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden çalışma onayı alınmıştır. Çalışmaya katılan annelerden deney grubuna dahil olanlardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam ve kontrol grubuna dahil olanlardan ise Bilgilendirilmiş Sağlıklı Gönüllü Onam alınarak, araştırma esnasında mahremiyet, yarar ve bilgi edinme ilkelerine bağlı kalınmıştır.

-Kurum İzni ve Etik Kurul İzninin Alınması (EKVI-EKVII)
-Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam ve Bilgilendirilmiş Sağlıklı Gönüllü Onam Alınması (EKI- EKII)
-Epizyotomili normal doğum yapmış, çalışma kriterlerine uyan kadınların belirlenmesi



DENEY GRUBU (n:73)
0.Dk. VTF, GKÖ ve REEDA' nın uygulanması.
-20 dk. buz uygulaması, 10 dk. ara
-20 dk. buz uygulaması, 10 dk. ara

1.saat GKÖ ve REEDA' nın uygulanması

KONTROL GRUBU (n:75)
0.Dk. VTF, GKÖ ve REEDA' nın uygulanması
-Hiçbir uygulama yapılmamıştır.

1.saat GKÖ ve REEDA' nın uygulanması



1. ve 3. saatler arası buz uygulaması
-20 dk. buz uygulaması, 10 dk. ara,
-20 dk. buz uygulaması, 10 dk. ara,
-20 dk. buz uygulaması, 10 dk. ara,
-20 dk. buz uygulaması, 10 dk. ara,

3. saat GKÖ ve REEDA' nın uygulanması

1.ve 3. saatler arası hiçbir uygulama yapılmamıştır.

3. saat GKÖ ve REEDA' nın uygulanması



3. ve 24. Saatler arası hiçbir uygulama(buz) yapılmamış, 24. saatte GKÖ ve REEDA uygulanmıştır.

24. saat ve 7. günler arası hiçbir uygulama yapılmamış, 7. gün GKÖ ve REEDA uygulanmıştır.
(n:70)

3. ve 24. Saatler arası hiçbir uygulama yapılmamış, 24. saatte GKÖ ve REEDA uygulanmıştır.

24. saat ve 7. günler arası hiçbir uygulama yapılmamış, 7. gün GKÖ ve REEDA uygulanmıştır.
(n:70)

6.BULGULAR

Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma bulguları bu bölümde verilmiştir.

6.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Annelerin Bazı Özelliklerinin, GKÖ, REEDA ve Ödem Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

6.3. Annelerin Doğum Sonrası Grup İçi GKÖ, REEDA ve ÖDEM Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

6.4. Annelerin Doğum Sonrası Gruplar Arası GKÖ, REEDA ve ÖDEM Fark Skorlarına İlişkin Bulgular

6.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin gruplara göre bazı sosyo-demografik, obstetrik ve şimdiki doğumuna ilişkin özelliklerin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	Deney Grubu (n:70)		Kontrol Grubu (n:70)		Toplam (n:140)		İstatistiksel analiz ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Medyan(min.-max.)							
Yaş	25(20-35)		27(20-35)		26(20-35)		p: 0.309 Z:-1.018
Eğitim							p*:0.017
İlkokul	28	40.0	15	21.4	43	30.7	
Ortaokul	29	41.4	28	40.0	57	40.7	
Lise	9	12.9	23	32.9	32	22.8	
Üniversite	4	5.7	4	5.7	8	5.8	
Çalışma Durumu							p:0.546 X ² :0.324
Çalışıyor	16	22.8	12	17.1	28	20	
Çalışmıyor	54	77.2	56	82.9	112	80	

Z: Mann Whitney U testi

X²: ki kare analizi

*Fisher ki kare analizi

Araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 1’ de incelendiğinde; deney ve kontrol grupları yaş aralığı 20-35 arasında değişmekte olup annelerin medyan yaşı 26’ dır. Deney grubundaki annelerin %41.4’ ü ortaokul, %40’ ı ilkokul ve kontrol grubundakilerin ise %40’ ı ortaokul, %32.9’’ u lise mezunu olup, % 80’ i de çalışmamaktadır. Bu veriler doğrultusunda annelerin yaş ve çalışma durumları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok(p>0.05) iken eğitim durumları yönünden anlamlı fark vardır (p<0.05). Bu fark kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeylerinin deney grubundakilere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 2. Annelerin Sigara Kullanımının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Deney Grubu (n: 70)		Kontrol Grubu (n:70)		Toplam (n:140)		İstatistiksel analiz ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Kullanan	11	15.7	15	21.4	26	18.6	X ² : 1.792 p: 0.281
Kullanmayan	59	84.3	55	78.6	114	81.4	

X²: ki kare testi

Araştırmaya katılan annelerin sigara kullanımlarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 2’ de incelendiğinde; deney grubundakilerin %15.7’ si, kontrol grubundaki annelerin %21.4’ ü sigara kullanmaktadır. Bu veriler doğrultusunda gruplar arasında sigara kullanımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0.05). Sigara kullanımı açısından gruplar benzer özelliktedir.

Tablo 3. Annelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Obstetrik özellik	Deney Grubu (n:70)		Kontrol Grubu (n:70)		Toplam (n:140)		İstatistiksel analiz ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Parite							
Primipar	29	41.4	31	44.3	60	42.8	X ² :1.18 P:0.554
Multipar	41	58.6	39	55.7	80	57.2	
Med.(min.-max.) Gebelik sayısı	2 (1-5)		2 (1-6)		2 (1-6)		Z:-0.114 p:0.909

X²: ki kare testi Z: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan annelerin obstetrik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 3’ de incelendiğinde; deney grubundaki annelerin %41.4’ ü

primipar, %58.6' sı multipar ve kontrol grubundaki annelerin %44.3' ü primipar, %55.7' si multipardır. Gebelik sayılarına göre ise; deney grubundaki annelerin gebelik sayısı medyan 2(1-5), kontrol grubundaki annelerin medyan 2(1-6) dir. Her iki özellik bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Buna göre gruplar obstetrik özellikleri bakımından benzer özelliktedir.

Tablo 4. Annelerin Şimdiki Doğum Travayı ve Yenidoğana İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu(n:70)		Kontrol Grubu(n:70)		Toplam (n:140)		İstatistiksel analiz ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Travay süresi (saat) Med.(min.-max.)	9 (3-15)		9 (3-16)		9 (3-16)		Z:-0.124 p:0.469
Yenidoğan ağırlığı (gram) Med.(min.-max)	3.400 (2.700-4.400)		3.300 (2.700-4.300)		3.400 (2.700-4.400)		Z:-1.018 p:0.309

Z: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan annelerin Travay ve Yenidoğan özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 3' de incelendiğinde; tüm annelerin travay süreleri medyan 9 saat ve yenidoğan ağırlık medyanı 3.400gr.' dir. Grupların travay süreleri ve yenidoğan kiloları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

6.2. Annelerin Bazı Özelliklerinin GKÖ, REEDA ve Ödem Değerleri ile İlişisine Ait Bulgular

Bu bölümde annenin travay süresi, sigara kullanımı, yenidoğanın kilosu, primipar veya multipar olması ile GKÖ, REEDA ve Ödem arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Tablo-5. Annelerin sigara kullanımının Başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem Değerleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Ölçüm zamanı		Sigara Kullanan	Sigara Kullanmayan	P değeri Z değeri
		Med.(min.-max.)	Med.(min.-max.)	
GKÖ 0. DK.	Deney	8(9:6)	8(9:6)	P=0.338, Z=-958
	Kontrol	8(9:7)	7(9:5)	P=0.002, Z=-3.164
REEDA 0. DK.	Deney	10(12:10)	10(12:10)	P=0.979, Z=-027
	Kontrol	11(12:10)	10(13:9)	P=0.002, Z=-3.095
ÖDEM 0. DK.	Deney	2(3:2)	2(3:2)	P=0.985, Z=-019
	Kontrol	3(3:3)	2(3:2)	P<0.001, Z=-3.981

Mann Whitney U testi, D:Deney Grubu K: Kontrol Grubu

Annelerin sigara kullanımlarının başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem skorları ile karşılaştırılması Tablo-5 incelendiğinde; deney grubundaki annelerin GKÖ, REEDA ve Ödem 0 dk. skorları ile sigara kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki annelerinin GKÖ, REEDA ve Ödem 0.dk. skorları ile sigara kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Bu fark kontrol grubundaki sigara kullanan annelerin kullanmayanlara göre daha çok ağrı duyduğu, yara iyileşmesinin daha geç başladığı ve ödemin daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 6. Annelerin Travay Süreleri ile Başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem Skorları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Travay süresi	GKÖ 0. DK.	REEDA 0. DK.	Ödem 0. DK.
Deney Grubu	r:0.804 p<0.001	r:0.838p<0.001	r:0.847 p<0.001
Kontrol Grubu	r:0.745 p<0.001	r:0.564 p<0.001	r:0.625 p<0.001

Spearman korelasyonu

Annelerin Travay süreleri ile GKÖ, REEDA ve Ödem 0. Dk. skorları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo-6 incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarının travay süreleri ile GKÖ, REEDA ve Ödem skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır(p<0.05). Deney ve kontrol grubu annelerinin travay süresi arttıkça daha fazla ağrı duydukları, yara iyileşmesinin daha geç olduğu ve ödemlerinin de daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Yenidoğan Ağırlığı ile Başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem Skorları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Yenidoğan Ağırlığı	GKÖ 0. DK.	REEDA 0. DK.	Ödem 0. DK.
Deney Grubu	r:0.630 p<0.001	r:0.545 p<0.001	r:0.508 p<0.001
Kontrol Grubu	r:0.666 p<0.001	r:0.494 p<0.001	r:0.498 p<0.001

Spearman korelasyonu

Annelerin yenidoğan ağırlığı ile GKÖ, REEDA ve Ödem 0. Dk. skorları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo-7' de incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarının yenidoğan ağırlığı ile GKÖ, REEDA ve Ödem skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($p<0.001$). Deney ve kontrol grubu annelerinin yenidoğan ağırlığı arttıkça daha fazla ağrı duydukları, yara iyileşmelerinin daha geç ve ödemlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubu Annelerinin Sigara Kullanımı ile GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarının Karşılaştırılması

Deney Grb. Sigara kullanımı	GKÖ Fark 1	GKÖ Fark 2	GKÖ Fark 3	GKÖ Fark 4	REEDA Fark 1	REEDA Fark 2	REEDA Fark 3	REEDA Fark 4	Ödem Fark 1	Ödem Fark 2	Ödem Fark 3	Ödem Fark 4
	medyan(min.-max.)				medyan(min.-max.)				medyan(min.-max.)			
Kullanan	-1(-1:-1)	-2(-3:-2)	-5(-6:-4)	-8(-9:-6)	-1(-2:-1)	-2(-3:-2)	-3(-5:-3)	-7(-8:-6)	0(-1:0)	-1(-2:-1)	-1(-2:-1)	-2(-3:-2)
Kullanmayan	-1(-1:-1)	-2(-3:-2)	-5(-6:-4)	-8(-9:-6)	-1(-2:0)	-3(-4:-2)	-4(-6:-2)	-8(-9:-6)	0(-1:0)	-1(-2:-1)	-2(-3:-1)	-2(-3:-2)
P değeri	1.000	0.567	0.331	0.338	0.828	0.299	0.373	0.341	0.690	0.336	0.521	0.985
Z değeri	0.000	-0.572	-0.972	-0.958	-0.217	-1.039	-0.890	-0.951	-0.399	-0.962	-0.641	-0.019

Mann Witney U testi

Araştırmamızda deney grubundaki annelerin sigara kullanma durumları ile GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorlarının karşılaştırılması Tablo 8'de incelendiğinde ; sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında GKÖ 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından ; REEDA 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün değerlerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından; Ödem 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün değerlerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Kontrol Grb. Sigara kullanımı	GKÖ Fark 1	GKÖ Fark 6	GKÖ Fark 3	GKÖ Fark 4	REEDA Fark 1	REEDA Fark 2	REEDA Fark 3	REEDA Fark 4	Ödem Fark 1	Ödem Fark 2	Ödem Fark 3	Ödem Fark 4
	medyan(min.-max.)				medyan(min.-max.)				medyan(min.-max.)			
Kullanan	0(0:0)	0(-1:0)	-3(-3:-2)	-7(-8:-5)	0(0:0)	0(-1:0)	-2(-3:-2)	-5(-6:-4)	0(0:0)	0(0:0)	-1(-1:-1)	-2(-2:-2)
Kullanmayan	0(0:0)	0(-2:0)	-3(-4:-2)	-6(-8:-5)	0(0:0)	0(-1:0)	-2(-3:-1)	-5(-7:-3)	0(0:0)	0(-1:0)	-1(-1:0)	-2(-3:-1)
P değeri	-	0.416	0.091	0.144	-	0.873	0.383	0.666	-	0.286	0.229	0.153
Z değeri	-	-0.814	-1.692	-1.460	-	-0.159	-0.872	-0.432	-	-1.068	-1.203	-1.430

Mann Whitney U testi

Araştırmamızda kontrol grubundaki annelerin sigara kullanma durumları ile GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorlarının karşılaştırılması Tablo 4 de incelendiğinde ; sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında GKÖ 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından ; REEDA 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün değerlerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından; Ödem 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün değerlerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Tablo 9. Annelerin Travay Süreleri ile GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarının Karşılaştırılması

Deney Grubu Travay Süresi	GKÖ	REEDA	ÖDEM
FARK 1	-	r:-0.219 p:0.068	r:-0.607 p:0.000
FARK 2	r:-0.309 p:0.009	r:-0.396 p:0.001	r:-0.617 p:0.000
FARK 3	r:-0.508 p:0.000	r:-0.472 p:0.000	r:-0.762 p:0.000
FARK 4	r:-0.804 p:0.000	r:-0.532 p:0.000	r:-0.847 p:0.000
Kontrol Grubu Travay Süresi	GKÖ	REEDA	ÖDEM
FARK 1	-	-	-
FARK 2	r:0.184 p:0.124	r:0.048 p:0.690	r:0.074 p:0.545
FARK 3	r:0.145 p:0.230	r:0.076 p:0.531	r:0.297 p:0.013
FARK 4	r:-0.434 p:0.000	r:-0.087 p:0.473	r:-0.221 p:0.066

Spearman korelasyon analizi

Araştırmamızda annelerin travay süreleri ile GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları karşılaştırması Tablo 9’ da incelendiğinde; deney grubundaki annelerin ise travay süreleri ile GKÖ 3. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark varken($p<0.05$) GKÖ 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Travay süreleri ile REEDA 1. saat değerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından

anlamli fark yokken($p>0.05$) REEDA 3., 24. saat ve 7. gün fark skorlari bakımından ise ileri düzeyde anlamli fark vardır($p<0.001$). Travay süreleri ile ödem 1., 3., 24. saat ve 7. gün değerinin başlangıç ödem değerine göre fark skorlari bakımından ileri düzeyde anlamli fark vardır($p<0.001$).

Kontrol grubundaki annelerinin travay süreleri ile GK 3. ve 24. saat değerlerinin başlangıç GK değerine göre fark skorlari bakımından anlamli fark yokken($p>0.05$) 7. gün fark skoru bakımından ileri düzeyde anlamli fark vardır($p<0.001$). Travay süreleri ile REEDA 3., 24. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorlari bakımından anlamli fark yoktur($p>0.05$). Travay süreleri ile ÖDEM 3. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç ödem değerine göre fark skorlari bakımından anlamli fark yokken($p>0.05$) 24. saat fark skoru bakımından anlamli fark vardır($p<0.05$). GK, REEDA ve ödem 1. saat fark skoru travay süresi arasındaki ilişki aldıkları değerlerden dolayı karşılaştırılmamıştır.

Travay süreleri arttıķa GK, REEDA ve ödem fark skorlarının azalarak değiştiği anlamına gelmektedir.

Tablo 10. Annelerin Yenidoğan Ağırlığı ile GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarının Karşılaştırılması

Deney Grubu Yenidoğan Ağırlığı	GKÖ	REEDA	ÖDEM
FARK 1	-	r:-0.059 p:0.630	r:-0.404 p:0.001
FARK 2	r:-0.251 p:0.036	r:-0.273 p:0.022	r:-0.307 p:0.010
FARK 3	r:-0.422 p:0.000	r:-0.338 p:0.004	r:-0.536 p:0.000
FARK 4	r:-0.630 p:0.000	r:-0.383 p:0.001	r:-0.508 p:0.000
Kontrol Grubu Yenidoğan Ağırlığı	GKÖ	REEDA	ÖDEM
FARK 1	-	-	-
FARK 2	r:-0.017 p:0.887	r:-0.062 p:0.611	r:-0.240 p:0.046
FARK 3	r:-0.054 p:0.655	r:-0.043 p:0.721	r:0.085 p:0.484
FARK 4	r:-0.441 p:0.000	r:-0.007 p:0.957	r:-0.017 p:0.892

Spearman korelasyon analizi

Araştırmamızda annelerin yenidoğan ağırlığı ile GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları karşılaştırması Tablo 10’ da incelendiğinde; deney grubundaki annelerin yenidoğan ağırlıkları ile GKÖ 3. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark varken(p<0.05) GKÖ 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır(p<0.001). Yenidoğan ağırlıkları ile REEDA 1. saat değerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları

bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) REEDA 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ise ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Yenidoğan ağırlıkları ile Ödem 3. saat değerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark varken($p<0.05$) Ödem 1., 24. saat ve 7. gün değerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$).

Kontrol grubundaki annelerin yenidoğan ağırlıkları ile GKÖ 3. ve 24. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) 7. gün fark skoru bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Yenidoğan ağırlıkları ile REEDA 3., 24. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Yenidoğan ağırlıkları ile ÖDEM 24. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) 3. saat fark skoru bakımından anlamlı fark vardır($p<0.05$). GKÖ, REEDA ve Ödem 1. saat fark skoru yenidoğan ağırlıkları arasındaki ilişki aldıkları değerlerden dolayı karşılaştırılamamıştır.

Yenidoğan ağırlığı arttıkça GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları azalarak değişmektedir.

6.3. Annelerin Doğum Sonrası Grup İçi GKÖ, REEDA ve Ödem Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin deney ve kontrol olmak üzere iki grubun kendi içinde REEDA, GKÖ ve Ödem puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunda 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün GKÖ skor değerlerinin, başlangıç skor değerleri ile karşılaştırılması

Deney Grubu	Medyan (min-maks) n=70	GKÖ 0'a göre karşılaştırma p değerleri
GKÖ 0. dk.	8 (6 : 9)	-
GKÖ 1. saat	7 (5 : 8)	<0.001
GKÖ 3. saat	5 (4 : 7)	<0.001
GKÖ 24. saat	3 (1 : 4)	<0.001
GKÖ 7. gün	0 (0 : 0)	<0.001
Kontrol Grubu	Medyan (min-maks) n=70	GKÖ 0'a göre karşılaştırma p değerleri
GKÖ 0. dk.	7 (5 : 9)	-
GKÖ 1. saat	7 (5 : 9)	1.000
GKÖ 3. saat	7 (4 : 9)	0.004
GKÖ 24. saat	5 (2 : 6)	<0.001
GKÖ 7. gün	1 (0 : 2)	<0.001

Wilcoxon testi

Deney grubundaki annelerin GKÖ skor değerlerinin başlangıç skoruna göre karşılaştırılması Tablo 11' de incelendiğinde, GKÖ 0. dakika skoru 8, 1. sa. skoru 7, 3. sa. skoru 5, 24. sa. skoru 3 ve 7. gün skoru 0' dır. Buna göre başlangıç GKÖ skoru ile 1., 3., 24. saat ve 7. gün GKÖ skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Zaman ilerledikçe annelerin hissettikleri ağrı azalmaktadır.

Kontrol grubundaki annelerin GKÖ skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; GKÖ 0. dakika skoru 7, 1. sa. skoru 7, 3. sa. skoru 7, 24. sa. skoru 5 ve 7. gün skoru 1' dir. Buna göre başlangıç GKÖ skoru ile, 1. Saat skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken($p>0.05$); başlangıç GKÖ skoru ile, 3. saat skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var($p<0.05$), başlangıç GKÖ skoru ile 24. saat ve 7. gün GKÖ skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Bu grupta annelerin hissettikleri ağrı 3. saatten sonra azalmaktadır.

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubunda 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün REEDA skor değerlerinin, başlangıç skor değerleri (REEDA 0. Dk.) ile karşılaştırılması

Deney grubu	Medyan (min-maks) n=70	REEDA 0'a göre karşılaştırma p değerleri
REEDA 0. dk.	10 (10 : 12)	-
REEDA 1. Saat	9 (9 : 11)	<0.001
REEDA 3. Saat	8 (7 : 10)	<0.001
REEDA 24. Saat	7 (5 : 9)	<0.001
REEDA 7. gün	3 (2 : 5)	<0.001
Kontrol Grubu	Medyan (min-maks) n=70	REEDA 0'a göre karşılaştırma p değerleri
REEDA 0. dk.	11 (9 : 13)	-
REEDA 1. Saat	11 (9 : 13)	1.000
REEDA 3. Saat	10 (9 : 13)	<0.001
REEDA 24. Saat	8 (7 : 12)	<0.001
REEDA 7. gün	6 (4 : 8)	<0.001

Wilcoxon testi

Deney grubundaki annelerin REEDA skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre karşılaştırılması Tablo 11' de incelendiğinde; REEDA 0. dakika skoru 10, 1. saat skoru 9, 3. saat skoru 8, 24. saat skoru 7 ve 7. gün skoru 3' dür. Buna göre başlangıç REEDA skoru ile 1., 3., 24. saat ve 7. gün REEDA skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır ($p < 0.001$). 1. saatten itibaren yara iyileşmesi hızlanarak artmaktadır.

Kontrol grubundaki annelerin REEDA skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; REEDA 0. dakika skoru 11, 1. saat skoru 11, 3. saat skoru 10, 24. saat skoru 8 ve 7. gün skoru 6' dır. Buna göre, başlangıç REEDA skoru ile 1. saat REEDA skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p > 0.05$), başlangıç REEDA skoru ile, 3., 24. saat ve 7. gün REEDA skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır ($p < 0.001$). Yara iyileşmesi ilk bir saatte değişmemiş olup, 3. saatten sonra hızlanarak artmaktadır.

Tablo 13. Deney ve Kontrol grubunda 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün Ödem skor değerlerinin, başlangıç skor değerleri(Ödem 0. dk.) ile karşılaştırılması

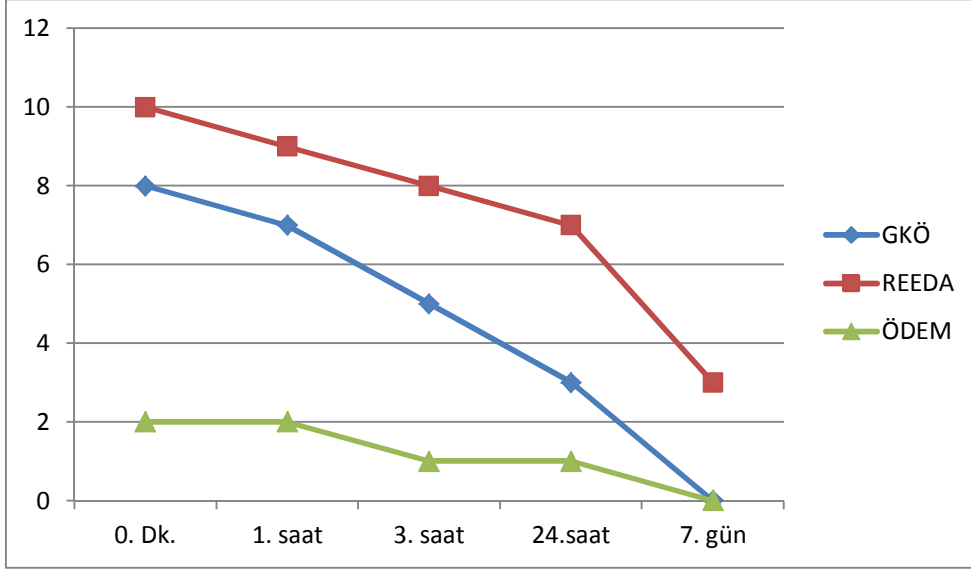
Deney Grubu	Medyan (min-maks) n=70	Ödem 0'a göre karşılaştırma p değerleri
Ödem 0. dk.	2 (2 : 3)	-
Ödem 1. Saat	2 (1 : 3)	<0.001
Ödem 3. Saat	1 (1 : 2)	<0.001
Ödem 24. Saat	1 (0 : 1)	<0.001
Ödem 7. gün	0 (0 : 0)	
Kontrol Grubu	Medyan (min-maks) n=70	Ödem 0'a göre karşılaştırma p değerleri
Ödem 0. dk.	3 (2 : 3)	-
Ödem 1. Saat	3 (2 : 3)	1.000
Ödem 3. Saat	2 (2 : 3)	0.046
Ödem 24. Saat	2 (1 : 3)	<0.001
Ödem 7. gün	1 (0 : 1)	<0.001

Wilcoxon testi

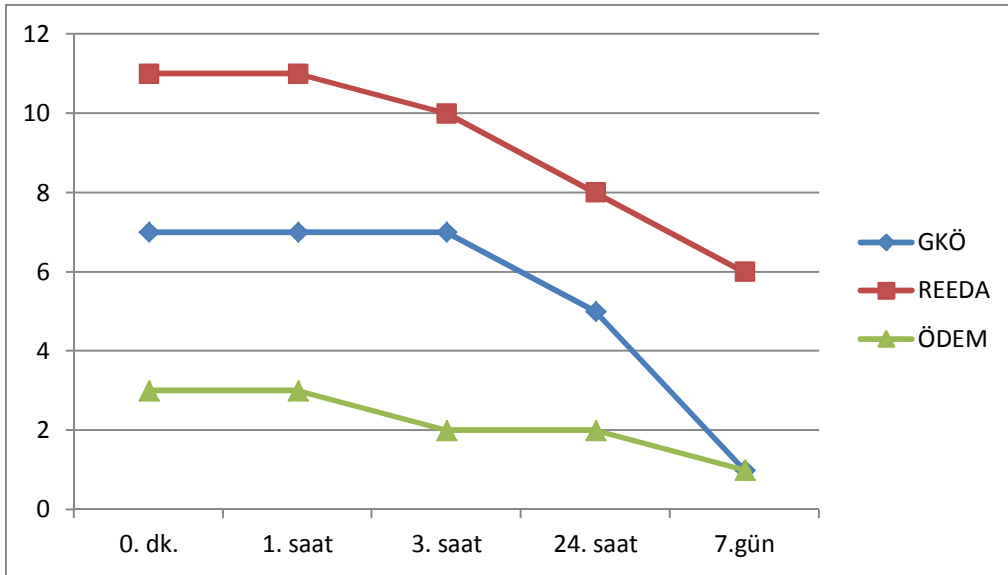
Deney grubundaki annelerin Ödem skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre karşılaştırılması Tablo 13' de incelendiğinde; Ödem 0. dakika skoru 2, 1. saat skoru 2, 3. saat skoru 1, 24. saat skoru 1 ve 7. gün skoru 0' dır. Buna göre, başlangıç Ödem skoru ile, 1. saat, 3. saat, 24. Saat ve 7. gün Ödem skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). İlk bir saatten itibaren ödem giderek azalmaktadır. 7. gün deney grubundaki annelerin hiçbirinde ödem gözlenmemiştir.

Kontrol grubundaki annelerin Ödem skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; Ödem 0. dakika skoru 3, 1. saat skoru 3, 3. saat skoru 2, 24. saat skoru 2 ve 7. gün skoru 1' dir. Buna göre başlangıç Ödem skoru ile 1. saat ödem skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Başlangıç Ödem skoru ile 3. saat soru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken($p<0.05$); başlangıç Ödem skoru ile 24. saat ve 7. gün Ödem skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Birinci saatte ödem değişmemiş, 3. saatteki değişim sınırlı düzeyde olup sonrasında giderek daha hızlı azalmıştır.

Grafik 1. Deney grubu GKÖ, REEDA ve ÖDEM skorları değişimi



Grafik 2. Kontrol Grubu GKÖ, REEDA ve ÖDEM Skorları Değişimi



6.4. Annelerin Doğum Sonrası Gruplar Arası GKÖ, REEDA ve ÖDEM Fark Skorlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin GKÖ, REEDA ve ÖDEM fark skorlarının deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırılması verilmiştir.

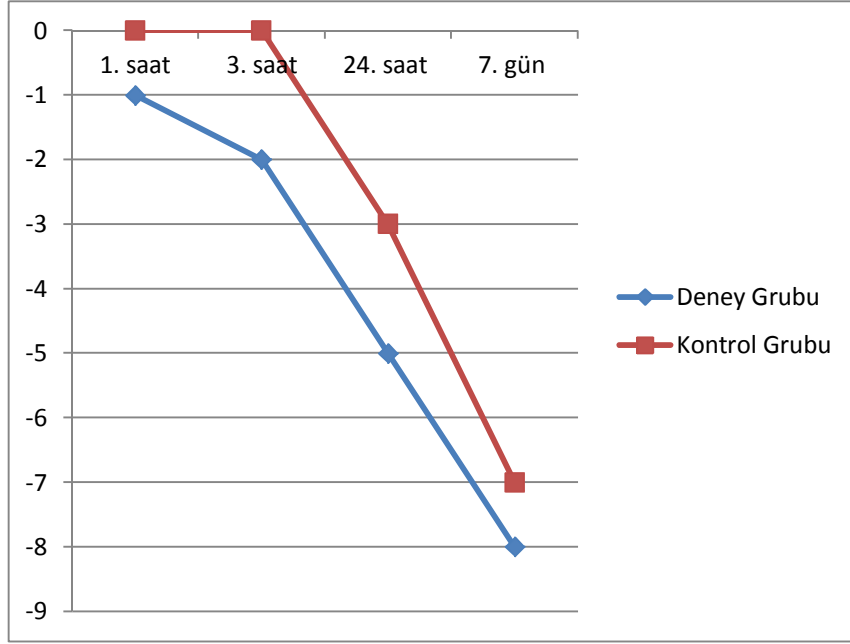
Tablo 14. GKÖ' nün Deney ve Kontrol Grubu Arasındaki Fark Skorlarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Deney Grubu (n=70)	Kontrol Grubu (n=70)	p değeri Z değeri
	med.(min.-max.)	med.(min.-max.)	
GKÖ 1. saat	-1 (-1 : -1)	0 (0 : 0)	-
GKÖ 3. saat	-2 (-3 : -2)	0 (-2 : 0)	p<0.001 Z:-10.78
GKÖ 24. saat	-5 (-6 : -4)	-3 (-4 : -2)	p<0.001 Z:-10.31
GKÖ 7. gün	-8 (-9 : -6)	-7 (-8 : -5)	p<0.001 Z:-6.88

Mann-Whitney U testi

GKÖ fark skorlarının deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırılması Tablo 14' de incelendiğinde; GKÖ 1. saat fark skoru deney grubunda -1, kontrol grubunda 0' dir. 3. saat fark skoru deney grubunda -2, kontrol grubunda 0' dir. 24. saat fark skoru deney grubunda -5, kontrol grubunda -3' dür. 7. gün fark skoru deney grubunda -8, kontrol grubunda -7' dir. GKÖ 1. saat değerinin başlangıca göre fark skorları deney grubundaki bütün birimler -1, kontrol grubundaki bütün birimler 0 olarak elde edildiği için karşılaştırma yapılamamaktadır. Bu nedenle tabloda p değeri kısmı boş bırakılmıştır. Deney ve kontrol grupları GKÖ 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır (p<0.001). Deney grubundaki annelerin kontrol grubundakilere göre 3. ve 24. saat, 7. günde daha az ağrı hissettikleri saptanmıştır.

Grafik 3. GKÖ Fark Skorlarının Deney ve Kontrol Grupları Karşılaştırması



Grafik 3 incelendiğinde deney grubundaki annelerde ağrının azalması ilk bir saatten itibaren olurken, kontrol grubunda ise 3. saatten itibaren azalması görülmektedir. Deney grubundaki anneler kontrol grubundaki annelere göre her zaman daha az ağrı hissetmektedir.

Tablo 15. REEDA' nın Deney ve Kontrol Grubu Arasındaki Fark Skorlarının Karşılaştırılması

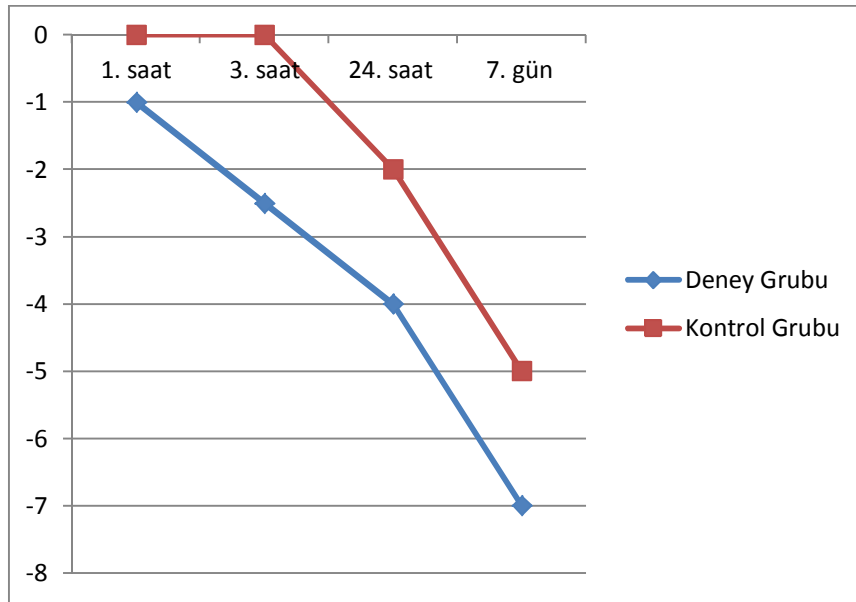
Ölçüm zamanı	Deney Grubu (n=70)	Kontrol Grubu (n=70)	p değeri Z değeri
	Med.(min.-max.)	Med.(min.-max.)	
REEDA 1. saat	-1 (-2 : 0)	0 (0 : 0)	-
REEDA 3. saat	-2.5 (-4 : 2)	0 (-1 : 0)	p<0.001 Z:-10.74
REEDA 24. saat	-4 (-6 : -2)	-2 (-3 : -1)	p<0.001 Z:-10.23
REEDA 7. gün	-7 (-9 : -6)	-5 (-7 : -3)	p<0.001 Z:-9.94

Mann-Whitney U testi

REEDA fark skorlarının deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırılması Tablo 15' de incelendiğinde; REEDA 1. saat fark skoru deney grubunda -1, kontrol grubunda 0' dır. 3. saat fark skoru deney grubunda -2.5, kontrol grubunda 0' dır. 24.

saat fark skoru deney grubunda -4, kontrol grubunda -2' dir. 7. gün fark skoru deney grubunda -7, kontrol grubunda -5' dir. REEDA 1. saat değerinin başlangıca göre fark skorları deney grubundaki bütün birimler -1, kontrol grubundaki bütün birimler 0 olarak elde edildiği için karşılaştırma yapılamamaktadır. Bu nedenle tabloda p değeri kısmı boş bırakılmıştır. Deney ve kontrol grupları REEDA 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Deney grubunun ilk 1. saatten itibaren yara iyileşmesi açısından kontrol grubuna göre daha hızlı iyileşme gösterdiği saptanmıştır.

Grafik 4: REEDA Fark Skorlarının Deney ve Kontrol Grupları Karşılaştırması



Grafik 4 incelendiğinde deney grubundaki annelerde yara iyileşmesi ilk bir saatten itibaren başlarken, kontrol grubunda ise 3. saatten itibaren başlamaktadır. Deney grubundaki annelerin kontrol grubundaki annelere göre yara iyileşme süreçleri her zaman daha önce başlamış ve daha hızlı iyileşme göstermiştir.

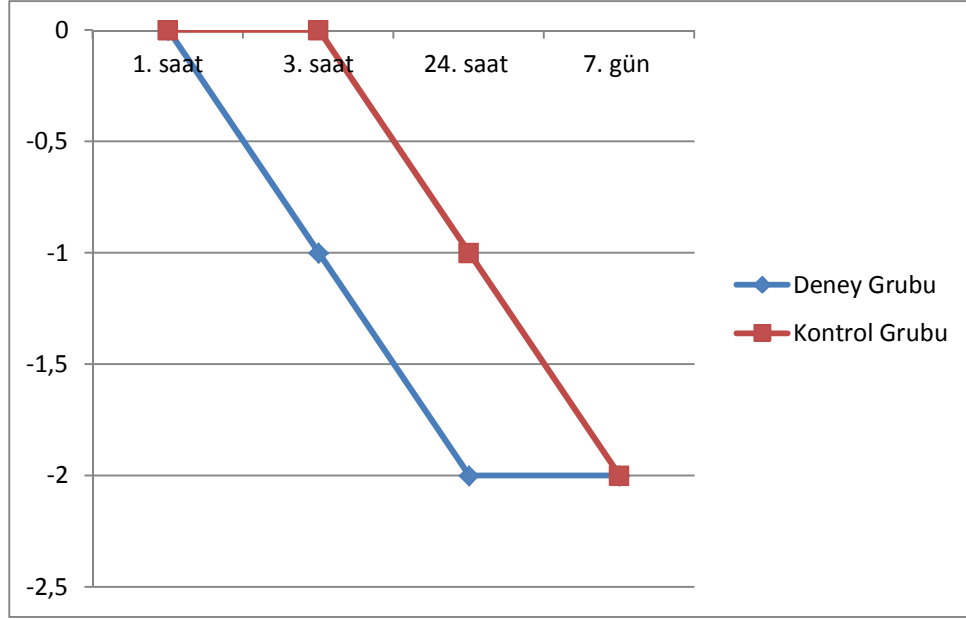
Tablo 16. ÖDEM' in Deney ve Kontrol Grubu Arasındaki Fark Skorlarının Karşılaştırılması

Ölçüm zamanı	Deney Grubu (n:70)	Kontrol Grubu (n:70)	p değeri Z değeri
	Med.(min.-max.)	Med.(min.-max.)	
ÖDEM 1. saat	0 (-1 : 0)	0 (0 : 0)	-
ÖDEM 3. saat	-1 (-2 : -1)	0 (-1 : 0)	p<0.001 Z:-10.69
ÖDEM 24. saat	-2 (-3 : -1)	-1 (-1 : 0)	p<0.001 Z:-7.03
ÖDEM 7. gün	-2 (-3 : -2)	-2 (-3 : -1)	p<0.001 Z:-6.39

Mann Whitney U testi

ÖDEM fark skorlarının deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırılması Tablo 16' da incelendiğinde; ÖDEM 1. saat fark skoru deney grubunda 0, kontrol grubunda 0' dır. 3. saat fark skoru deney grubunda -1, kontrol grubunda 0' dır. 24. saat fark skoru deney grubunda -2, kontrol grubunda -1' dir. 7. gün fark skoru deney grubunda -2, kontrol grubunda -2' dir. ÖDEM 1. saat değerinin başlangıca göre fark skorları deney ve kontrol grubundaki bütün birimler 0 olarak elde edildiği için karşılaştırma yapılamamaktadır. Bu nedenle tabloda p değeri kısmı boş bırakılmıştır. Deney ve kontrol grupları ÖDEM 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır(p<0.001).

Grafik 5: ÖDEM Fark Skorlarının Deney ve Kontrol Grupları Karşılaştırması



Deney grubunda ilk bir saatten itibaren ödem azalır 24. saatte ödem bütünüyle çözülmüş, kontrol grubunda ise 3. saatte ödem azalmaya başlamış olup ancak 7. günde tümüyle ödem giderilmiştir.

7.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Annenin Bazı Özelliklerinin GKÖ, REEDA ve Ödem değerleriyle İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

7.3. Annelerin Doğum Sonrası Grup içi GKÖ, REEDA ve Ödem Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4. Annelerin Doğum Sonrası Gruplar Arası GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza alınma kriterlerine göre; 20-35 yaş arası, en az ilkokul, en fazla üniversite mezunu, yenidoğanın ağırlığı 2500- 4500 gr. arasında ve doğumunda medio-lateral epizyotomi uygulanmış anneler çalışma kapsamına alınmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, ülkemizdeki en yüksek doğurganlık hızı 25-29 arası yaş gruplarında görülmektedir. (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA_2008_Sonuclar_Adana.pdf Erişim Tarihi: 11.11.2013)

Çalışmamızda, deney grubunda medyan yaş 25 (min.- max.= 20-35) iken, kontrol grubunda medyan yaş 27 (min.-max= 20-35) dir. Gruplar yaş medyan değerleri açısından benzer özelliktedir (**Tablo 1**). Gebelerin yaş dağılımına ilişkin bulgularımız TNSA 2008 sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Deney grubunda medyan gebelik sayısı 2(min.-max.= 1-5), kontrol grubunda da medyan gebelik sayısı 2(min.-max.=1-6) dir. Gruplar arasında yapılan istatistiksel analizde gebelik sayıları açısından anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$)(**Tablo 3**). Çalışma kapsamındaki olgularımızın yaş ve gebelik sayısı bakımından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması yani grupların eşdeğer olması çalışma sonucu elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumlarına göre; deney grubundaki annelerin %40' ının ilkokul ve %41.4' ünün ortaokul mezunu olduğu, kontrol grubunun ise %40' ının ortaokul ve %32.9' unun lise mezunu olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında eğitim düzeyi bakımından anlamlı fark vardır($p < 0.05$)(**Tablo 1**). Üstünsöz(1996) epizyotomide sıcak ve soğuk uygulamaların etkisini incelediği çalışmasında annelerin %59.8' inin lise ve üstü öğrenim yaptıklarını saptamıştır. Çalışma olgularımızın eğitim seviyesi Üstünsöz' ün çalışmasından farklı olup bizim annelerimizin eğitim düzeyleri daha düşüktür. Çalışma yapılan hastanenin devlet hastanesi olması ve farklı sosyo ekonomik düzeyden hastaların başvurması nedeniyle eğitim durumlarında özellikle lise ve ilkokul düzeyinde ciddi farklılıklar mevcuttur.

TNSA 2008 verilerine göre Marmara Bölgesindeki kadınların üçte biri çalışmaktadır. Çalışmamıza dahil olan annelerin ise %20' sinin çalıştığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında çalışma durumları açısından anlamlı fark yoktur($p > 0.05$)(**Tablo 1**). Bu sonuç TNSA 2008 verileriyle tam bir paralellik göstermemekte olup bunun nedeninin çalışmaya alınan annelerin genç yaş grubunda olması, gebelik nedeniyle çalışma başlayamaması ya da ara vermesi ve sosyo ekonomik durumunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

TNSA 2008 verilerine göre; %11.4 kadının gebeyken, %16.5 kadının ise emzirirken sigara kullandıkları belirtilmiştir. Çalışmamızdaki tüm annelerin %18.6' sı gebeliğinde sigara kullanmıştır. Bu veriler doğrultusunda gruplar arasında sigara kullanımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p > 0.05$)(**Tablo 2**). Yılmaztürk'ün (2010) Eskişehir'de yaptığı çalışmasında gebelerin sigara içme oranını %13.4 olarak bildirmiştir. Marakoğlu ve Sezer (2003) in Sivas'da yaptığı çalışmasında ise annelerin sigara içme oranı %17 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgumuz TNSA 2008 ve Yılmaztürk(2010)' ün sonucundan daha yüksek, Marakoğlu ve Sezer(2003)' in sonucu ile benzerdir.

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin %41.4' ünün primipar, %58.6' sının multipar ve kontrol grubundaki annelerin ise %44.3' ünün primipar, %55.7' sinin multipar olduğu tespit edilmiş olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p > 0.05$)(**Tablo 3**). Gruplar homojen olup benzer özellik göstermektedir. Üstünsöz' ün çalışmasında primipar oranı % 79.2' dir.

Latin Amerika'da tüm dogumların %70'i epizyotomili yaptırılmakta ve vajinal doğum yapan her 10 primipar kadından 9'una epizyotomi uygulanmaktadır. Çin'de ise normal vajinal dogumlarda rutin epizyotomi uygulama sıklığı %85 iken Güney Afrika'da 3 kadından 1'ine epizyotomi uygulanmaktadır. Danimarka'da primipar kadınların %75'ine epizyotomi yapılmaktadır (Weber and Meyn 2002). Doğu Avrupa ülkelerinde epizyotomi sıklığı neredeyse %100'dür (Wellbery 2005). Almanya'da yırtılma riski olan ve/veya fetal endikasyonu olan primiparların %77'sine epizyotomi uygulanmaktadır. Epizyotomi 1983 yılından itibaren ABD, Belçika, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde giderek azalırken ülkemizdeki birçok hastanede özellikle primiparlara rutin olarak uygulanmakta olup bu rutin multiparlarıda kapsar hale gelmiştir(Karaçam 2002).

Travay süresini etkileyen birçok faktör vardır. Anne adayının endişeli ve korkmuş olmasının, travay süresini uzattığı ve yeni doğan sonuçlarını olumsuz etkilediği bildirilmektedir(Lawrence et al 2009). Çalışmamızdaki annelerin travay süresi medyan 9 saattir. Deney ve kontrol grubu arasında travay süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$)(**Tablo 4**). Gruplar travay süreleri bakımından benzer özellik göstermektedir.

Çalışmamızda tüm annelerin yenidoğan ağırlıkları medyan 3400gr. dır. Deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir($p>0.05$)(**Tablo 4**). Bu sonuç grupların homojen olup benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

7.2. Annenin Bazı Özelliklerinin GKÖ, REEDA ve Ödem Değerleriyle İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozabilmektedir. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Nikotin adrenal katekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olmakta, vazodilatasyon etkisi gösteren prostasiklinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini ve karbonmonoksitin oksijenle yarıya girerek ve hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltmaktadır(Bilhan, Arat ve Kutay 2005).

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin GKÖ, REEDA ve Ödem 0 dakika skorları ile sigara kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ($p>0.05$) Kontrol grubundaki annelerinin GKÖ, REEDA ve Ödem 0.dakika skorları ile sigara kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$)(**Tablo 5**). Başlangıç döneminde gruplar arasında fark çıkması, kontrol grubundaki annelerin sigara içme oranının deney grubundakilere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Sigara içme doku kanlanmasını bozduğu için ödem, ağrı ve dolaylı olarak yara iyileşmesini geciktirmektedir.

Travay süresinin uzaması epizyotomi iyileşmesini etkileyebilecek faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir(Gagnon 1997).

Çalışmamızda ise deney ve kontrol gruplarının travay süreleri ile başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($p<0.05$). Bu da travay süresi uzadıkça başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem ortalamalarının arttığı anlamına gelmektedir(**Tablo 6**)

Durmaz (2008) çalışmasında, annelerin travay sürelerinin epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini saptamıştır. Coşar(2012) çalışmasında gebelerin travay süresi azaldıkça hissedilen ağrı puanının da azaldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlar Coşar' ın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Literatürde perineal travma oluşumunda bebeğin doğum kilosunun etkili olduğu, iri bebeğin (3800 gr ve üzeri) doğum eyleminin ikinci evresini uzattığı ve pudental sinir hasarını artırabileceği ifade edilmektedir(Sayiner ve Demirci 2005).

Yaptığımız çalışmada ise deney ve kontrol gruplarının yenidoğan ağırlığı ile başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Yani yenidoğanın ağırlığı arttıkça GKÖ, REEDA ve Ödem skoru da artmaktadır(**Tablo 7**). Üstünsöz(1996), epizyotomi yarasının iyileşmesini etkileyen faktörler arasında yenidoğanın ağırlığının olduğunu rapor etmiştir ancak kendi çalışmasında yenidoğanın ağırlığının epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini saptamıştır.

Araştırmamızda deney ve kontrol gruplarının her ikisinde de sigara kullanımı ile 1., 3., 24. saat ve 7. gün GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktur($p>0.05$)(**Tablo 8**). Coşar (2012) çalışmasında; sigara içmenin annelerde epizyotomi yara iyileşmesinde gecikmeye sebep olmadığını saptamış ve sigaranın yara iyileşmesi üzerindeki etkileri göz önüne alındığında sigara kullanan annelerde epizyotomi yara iyileşmesinde gecikme olmamasının nedeninin çalışmaya dahil edilen annelerin sigara kullanım oranının çok az olmasına bağlı olabileceğini düşünmüştür. Çalışmamız sonucuna göre sigara kullanımının öncelikle ödemin azalmasında herhangi bir etkisi olmadığı, bu duruma bağlı olarak yara iyileşmesi ve ağrı üzerinde de etkili olmadığı saptanmıştır.

Normal primiparlar için beklenen travay süresi (14-18 saat), multiparlardan biraz daha (12-16 saat) uzundur(Üstünsöz 1996). Yine travayda destekleyici hemşirelik uygulamalarının doğum eyleminin süresini (dilatasyon, ekspulsiyon ve halas dönemi) kısalttığı belirtilmektedir(Gagnon 1997, Gençalp 1998, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin travay süreleri ile GKÖ 3. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark varken($p<0.05$) GKÖ 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Travay süreleri ile REEDA 1. saat değerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) REEDA 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ise ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Travay süreleri ile Ödem 1., 3., 24. saat ve 7. Gün değerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Kontrol grubundaki annelerin ise travay süreleri ile GKÖ 3. ve 24. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) 7. gün fark skoru bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Travay süreleri ile REEDA 3., 24. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Travay süreleri ile Ödem 3. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) 24. saat fark skoru bakımından anlamlı fark vardır($p<0.05$)(**Tablo 9**). Perineye buz

uygulaması ağrıyı ve ödemi azaltmakta ve dolayısı ile yara iyileşmesi hızlanmaktadır.

Araştırmamızda deney grubundaki annelerin yenidoğan ağırlıkları ile GKÖ 3. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark varken($p<0.05$) GKÖ 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Yenidoğan ağırlıkları ile REEDA 1. saat değerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) REEDA 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları bakımından ise ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Yenidoğan ağırlıkları ile Ödem 3. saat değerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark varken($p<0.05$) Ödem 1., 24. saat ve 7. gün değerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$)(**Tablo 10**).

Kontrol grubundaki annelerin ise yenidoğan ağırlıkları ile GKÖ 3. ve 24. saat değerlerinin başlangıç GKÖ değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) 7. gün fark skoru bakımından ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Yenidoğan ağırlıkları ile REEDA 3., 24. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç REEDA değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Yenidoğan ağırlıkları ile Ödem 24. saat ve 7. gün değerlerinin başlangıç Ödem değerine göre fark skorları bakımından anlamlı fark yokken($p>0.05$) 3. saat fark skoru bakımından anlamlı fark vardır($p<0.05$)(**Tablo 10**). Sonuç olarak yenidoğan ağırlığı artsa bile buz uygulaması ile ağrı, ödem azalmakta ve yara iyileşmesi hızlanmaktadır.

7.3. Annelerin Doğum Sonrası Grubu İçin GKÖ, REEDA ve Ödem Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Lokal soğuk uygulamanın doku üzerindeki vazokonkrüksiyon etkisi ile ağrı azalmaktadır(Knight 1995).

Çalışmamız deney grubundaki annelerin GKÖ skor değerlerinin başlangıç skoruna göre GKÖ 0. dakika skoru 8, 1. saat skoru 7, 3. saat skoru 5, 24. saat skoru 3 ve 7. gün skoru 0' dır. Buna göre başlangıç GKÖ skoru ile 1., 3., 24. saat ve 7. gün GKÖ skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark

vardır($p<0.001$). Kontrol grubundaki annelerin GKÖ skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre GKÖ 0. dakika skoru 7, 1. saat skoru 7, 3. saat skoru 7, 24. saat skoru 5 ve 7. gün skoru 1' dir. Buna göre başlangıç GKÖ skoru ile, 1. saat skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken($p>0.05$); başlangıç GKÖ skoru ile, 3. saat skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$). Başlangıç GKÖ skoru ile 24. saat ve 7. gün GKÖ skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır ($p<0.001$)(**Tablo 11**). **Annelerin epizyotomi sonrası perinesine buz uygulanması ile ağrılarında deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Sapmaz ve Altungül (2012) yaptıkları araştırmada; medyolateral epizyotomi ağrılarının azaltılmasında gerek 1. saat, gerekse 24. saat ağrı skorlarının tenoksikam grubunda parasetamol grubuna göre anlamlı olarak azaldığını saptamışlardır.

Yılmaz ve ark.(2010)' nın çalışmasında doğumdan sonra ilk dört saat içinde yapılan ağrı ölçümü, başlangıç kovaryant kabul edildiği için gruplar arasında karşılaştırılmamış; 7. ve 14. günlerde GAS skorundaki düşüş yönünden gruplar arasında fark yokken, 21. günde fark saptanmıştır.

East ve ark. (2007)' nın yaptıkları çalışmada perineal ağrının giderilmesinde buz paketi ile oral analjezi uygulamasını karşılaştırmışlar ve perineal ağrının giderilmesinde buz paketi uygulamasının, oral analjezi uygulamasına göre daha etkili olduğunu saptamışlardır($p<0.001$).

Leventhall ve ark. (2011)' nın yaptıkları çalışmada plasebo grubu ile kontrol ve deney grupları arasında ağrı skorları bakımından anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Yine aynı çalışmanın deney ve kontrol grupları arasında ise ağrı skorları bakımından anlamlı fark vardır($p<0.05$). Çalışmamız buz uygulamasının ilk 3 saat içerisinde, özellikle ilk bir saatteki ağrı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmamız deney grubunda REEDA 0. dakika skoru 10, 1. saat skoru 9, 3. saat skoru 8, 24. saat skoru 7 ve 7.gün skoru 3' dür. Buna göre başlangıç REEDA skoru ile 1., 3., 24. saat ve 7. gün REEDA skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$). Kontrol grubundaki annelerin REEDA skor değerlerinin başlangıç skorlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; REEDA 0.dakika skoru 11, 1. saat skoru 11, 3. saat skoru 10, 24.saat skoru 8 ve 7. gün skoru

6' dır. Buna göre, başlangıç REEDA skoru ile 1. saat REEDA skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p>0.05$), başlangıç REEDA skoru ile, 3., 24. saat ve 7. gün REEDA skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır($p<0.001$)(**Tablo12**). **Annelerin epizyotomi sonrası perinesine buz uygulanması ile yara iyileşmelerinde deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Mohamed ve El-Nagger(2012)' in yaptığı doğum sonrası epizyotomi ağrısı ve yara iyileşmesi ile ilgili çalışmalarında deney grubuna 24 saat boyunca(uykuda hariç) 20 dakika buz uygulanmış 10 dakika ara verilmiş, 2., 4. ve 24. saatlerde NRS(The Numeric Rating Scale) ile ağrı düzeyleri, REEDA ile yara iyileşmesi ölçülmüştür. Kontrol grubunda 2. saat sonunda NRS ve REEDA değerleri arasında anlamlı fark yokken ($p>0.05$), deney grubunda anlamlı fark vardır($p<0.05$). Çalışmanın 4. ve 24. saatlerinde kontrol grubunda NRS ve REEDA değerlerinde($p=0.03$) ve deney grubunda da NRS ve REEDA değerlerinde($p=0.000$) anlamlı fark vardır. Çalışmamız Mohamed ve El-Nagger' ın çalışmasıyla yakın ilişki göstermektedir.

Çalışmamızın deney grubunda, Ödem 0. dakika skoru 2, Ödem 1. saat skoru 2, Ödem 3. saat skoru 1, Ödem 24. saat skoru 1 ve Ödem 7. gün skoru 0' dır. Buna göre, başlangıç Ödem skoru ile, 1. saat, 3. saat, 24. saat, 7. gün Ödem skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.001$)(**Tablo 13**). **Annelerin epizyotomi sonrası perinesine buz uygulanması ile ödemlerinde deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Kontrol grubunda ise, Ödem 0. dakika skoru 3, Ödem 1. saat skoru 3, Ödem 3. saat skoru 2, Ödem 24. Saat skoru 2 ve Ödem 7. Gün skoru 1' dir. Buna göre, , başlangıç Ödem skoru ile , 1. saat ödem skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Başlangıç Ödem skoru ile 3. saat, 24. saat, 7. gün Ödem skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$)(**Tablo 13**). Yusamran ve ark. (2007)' nın yaptıkları çalışmalarında epizyotomi sonrasında

kadınlarda ağrı ve ödem giderici olarak soğuk jel paketi uygulamasının, oda ısısındaki jel paketi uygulamasına göre daha etkili bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da buz uygulaması epizyotomi ödeminin giderilmesinde aynı şekilde etkili olmuştur.

7.4. Annelerin Doğum Sonrası Gruplar Arası GKÖ, REEDA ve Ödem Fark Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda GKÖ 1. saat fark skoru deney grubunda -1, kontrol grubunda 0' dır. GKÖ 3. saat fark skoru deney grubunda -2, kontrol grubunda 0' dır. GKÖ 24. saat fark skoru deney grubunda -5, kontrol grubunda -3' dür. GKÖ 7. gün fark skoru deney grubunda -8, kontrol grubunda -7' dir. Deney ve kontrol grupları GKÖ 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.001$)(**Tablo 14**).

Thangaraju ve ark.(2006), doğumdan sonraki perineal ağrının giderilmesinde buz paketi ve oral analjezik uygulamasını kıyaslamışlar; bir gruba günde 3 defa 1gr. Parasetamol verilmiş, diğer gruba 4-6 saatte bir ısındıkça değiştirilmek üzere 4 defa buz paketi uygulanmıştır. Uygulama sonucu her iki grupta ağrı VAS ile değerlendirilmişler ve anlamlı sonuçlar elde etmişlerdir($p<0.05$).

Çalışmamızda REEDA 1. saat fark skoru deney grubunda -1, kontrol grubunda 0' dır. REEDA 3. saat fark skoru deney grubunda -2.5, kontrol grubunda 0' dur. REEDA 24. saat fark skoru deney grubunda -4, kontrol grubunda -2' dür. REEDA 7. gün fark skoru deney grubunda -7, kontrol grubunda -5' dır. Deney ve kontrol grupları REEDA 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.001$)(**Tablo16**).

Üstünsöz(1996), çalışmasında annelerin REEDA skorunda bir haftalık sürede çok anlamlı bir azalma olduğunu saptamıştır($p<0.0001$). Soğuk uygulama grubunda gözlenen toplam reeda skor azalmasının hem kontrol($p<0.0001$) hem de sıcak uygulama gruplarına göre($p<0.0001$) ileri derecede anlamlı olarak farklı olduğunu saptamıştır. Çalışmamız Üstünsöz' ün çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada Ödem 1. saat fark skoru deney grubunda 0, kontrol grubunda 0' dır. Ödem 3. saat fark skoru deney grubunda -1, kontrol grubunda 0' dur. Ödem 24. saat fark skoru deney grubunda -2, kontrol grubunda -1' dür. Ödem 7. gün fark skoru deney grubunda -2, kontrol grubunda -2' dir. Deney ve kontrol grupları Ödem 3., 24. saat ve 7. gün fark skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.001$)(**Tablo 17**).

Üstünsöz (1996), çalışmasında ödem kriterini değerlendirdiğinde, kontrol grubundakiler ile sıcak uygulama grubu arasında ödemin giderilmesi açısından fark gözlenmezken; soğuk uygulama grubunda gözlenen ödemin giderilmesi hem kontrol ($Z:-3,04$, $p:0,002$) hem de sıcak uygulama gruplarından ($Z:-3,14$, $p:0,002$) anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Çalışmamızda ödemin giderilmesi Üstünsöz' ün çalışmasıyla benzer özellik göstermektedir.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Araştırmamıza çalışma sınırlılıklarına uygun 70 deney, 70 kontrol grubu olmak üzere 140 anne alınmış olup anneler doğumdan sonra 0. dakika, 1., 3., 24. saat ve 7. gün sonuna kadar izlenerek çalışmaya alınmıştır.

Çalışmamıza katılan annelerin yaş, çalışma durumu ve sigara kullanımı açısından benzer özellik gösterdiği saptanmış olup deney grubundaki annelerin eğitim düzeyleri, kontrol grubundakilerden daha düşük bulunmuştur(Deney grubu % 12.9, kontrol grubu %32.9 lise mezunu).

Annelerin gebelik sayısı, parite, travay süresi ve yenidoğan ağırlıkları bakımından gruplar arasında farkın olmadığı saptanmıştır.

Annelerin travay sürelerinin GKÖ, REEDA ve Ödem başlangıç puanları ve fark skorları arasındaki pozitif yönlü ilişki vardır. Bu sonuç travay süresinin uzun olması durumunda annelerin daha fazla ağrı hissettiklerini, ödemlerinin daha fazla ve yara iyileşmesinin daha yavaş olduğunu göstermektedir.

Yenidoğan ağırlığı arttıkça annelerin başlangıç GKÖ, REEDA ve Ödem skorlarında yükselmektedir. Yani annenin yenidoğan ağırlığı arttıkça daha fazla ağrı duyduğu, yara iyileşmesinin daha geç ve ödeminin daha fazla olduğu saptanmıştır. GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları ile yenidoğan ağırlığı arasında ilişki deney grubunda kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı çıkmıştır. Bu da buz uygulamasının yenidoğan ağırlığının fazla olduğu durumlarda annenin ağrısının, ödeminin giderilmesi ve yara iyileşmesinin hızlandırılmasında etkili olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin GKÖ, REEDA ve Ödem skorlarının başlangıç değeri ile karşılaştırılması sonucunda deney grubundaki annelerin(buz uygulanan) kontrol grubundakilere göre ilk 3 saatte özellikle ilk bir saatte çok etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Annelerin gruplar arası GKÖ, REEDA ve Ödem fark skorları açısından değerlendirme sonucunda ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre buz uygulamasının ağrı, ödem ve yara iyileşmesi üzerinde ileri derecede etkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Öneriler

- Epizyotomi sonrası perineal ağrı ve ödemin azaltılmasında buz uygulamasının doğumdan sonraki ilk üç saat boyunca yapılması
- Epizyotomi sonrası buz uygulamasının yara iyileşmesinin hızlanması amacıyla ilk bir saat süresince yapılması
- Travay süresi uzun olan annelerde ağrının ve ödemin azaltılması için buz uygulamasına öncelik verilmesi
- Yenidoğan ağırlığının fazla olduğu durumlarda da ağrı ve ödemin giderilmesinde buz uygulamasına öncelik verilmesi
- Sigara kullanan annelerde doğumdan hemen sonra buz uygulamasına öncelik verilmesi
- Araştırmamızda epizyotomi bakımında buz uygulamasının klinik uygulamada kullanılması
- Hemşirelerin epizyotomi iyileşmesine buz uygulaması sonrası REEDA skalası doğrultusunda gözlemleyerek karar vermeleri
- Epizyotomi uygulanmış annelerden ödemi ve ağrısı azalmayanlara taburculuktan sonra da buz uygulaması yapmaları önerilmektedir.

9.KAYNAKLAR

Agency for Healthcare Research and Quality (2005). The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review, Evidence Report/Technology Assessment, Number 112: 1-11.

Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study, British Medical Journal (Electronic Journal), 2002;324:945-946.

Arısan K. Doğum Bilgisi. 1. Baskı, İstanbul, Çeltüt matbaa, 1984

Arısan K. Propedötik Kadın – Doğum. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Yayınları, 1997.

Arslan, S., Çelebioglu, A. (2004). “Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar”, İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1):1-7.

Aslan, F.E. (2002) Ağrı değerlendirme yöntemleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 9-16.

Aslan, F.E. (2006). Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü, Edit: Aslan, F.E. Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık LTD., I. Basım, İstanbul,68-99

Ayhan A, Bozdağ G. Eylem ve Doğumun İdaresi ve Yönetimi. Benson&Pernoll Obstetrik ve Jinekoloji, 10. Baskı, Ankara: Palme Yayınları, 2002: 179-184.

Aytan H, Tapisiz OL, Tuncay G, Avsar FA. Severe Perineal Lacerations in Nulliparous Women and Episiotomy Type. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Electronic Journal), 2005; 121: 46-50. Erisim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15950361>

Bacaksız, BB., Çoçelli, PL., Ovayolu, N., Özgür, S. (2008). “Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi”, Ağrı, 20(3):26-37.

Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics & Gynecology. November 2008. 445-454.

Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentals of nursing:concepts, process andnpractice. 8th ed. New Jersey: Upple Saddle River; 2008.

Beyazova M, Kutsal YG. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2000.

Bilhan H, Arat S, Kutay Ö. Sigara Dumanının Diş İmplantları Üzerine Etkileri: Güncel Yaklaşım ve Düşünceler. Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi, 2005; 18: 58-65

Braddom RL. Handbook of physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: Saunders An İmprint of Elsevier Inc.; 2004.

Breivik EK, Björnsson GA, Skovlund E. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. Clin J Pain (2000) 16:22-8.

Brink HT, Moller BK, Morten H, Jorgen SN. Methods and Consequences of Changes in Use of Episiotomy. British Medical Journal, 1994; 309 (6964): 1255-1260.<http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index=73&did=5797275&SrchMode=1&sid=2&Fmt=3&VInst=P>
ROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1202206539&clientId=46713.

Bromberg, H.M. Preemptive Maternal Benefits of Routine Episiotomy, Journal of Nurse Midwifery, Vol:31(3), 121-127, 1986

Buxton BH, Muram D. Episiotomy. In: Sciarra JJ, editors. Gynecology and obstetrics, volume 2. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1989. p. 1-10.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

Cihangir Köktepe, Ş. “İntramüsküler Enjeksiyona Bağlı Ağrının Azaltılmasında Lokal Buz Uygulamasının Etkinliğinin İncelenmesi”. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: 1998.

Cleary-Goldman J, Robinson J (2003). The Role of Episiotomy in Current Obstetric Practice. Seminars in Perinatology, 27(1):3-12

Corkill A, Lavender T, Walkinshaw SA, Alfirevic Z. Reducing postnatal pain from perineal tears by using lignocaine gel: a double-blind randomized trial. *Birth* 2001;28:22-7.

Coşar F.: Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.

Couglin L. AHRQ Review of Routine Episiotomy in Uncomplicated Births. *American Family Physician (Electronic Journal)*, 2005; 71 (12): 2383. Erisim: <http://www.ahrq.gov/research/may05/0505RA42.htm>.

Çetingül, E.: Yara ve Yara Tedavisi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1997

Çöçelli, PL., Bacaksız, DB., Ovayolu, N. (2008). “Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(2):53-58.

Davidson N. REEDA : evaluating postpartum healing. *J. Nurse Midwifery* 1974; 19:6-8

Demir, Y. “Non-Pharmacological Therapies in Pain Management”, <http://www.intechopen.com/download/pdf/26152>, Erisim: 25.04.2013.

Dereli T. Bening ve malign deri tümörlerinde kriyoterapi uygulaması. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı. İzmir;1991

Diniz F, Ketenci A. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.

Doksat, KM. (1999). “Ağrı ve Psikiyatri”, *Psikiyatri Dünyası*, 8(1):23-31

Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği Üzerine Prospektif Bir Randomize Çalışma. *T Klin Jinekoloj Obst*, 12(1):16-19

Durmaz A. : Kütahya İli Devlet Hastanelerinde Doğum Sırasında Epizyotomi Açılan Kadınlarda Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

Düzel, V. (2008). “Hemsire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Degerlendirmelerinin Karsılastırılması”, Yayınlanmamıs Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Hemsirelik Anabilim Dalı, ADANA

Eason E, Feldman P. Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? *Obstet Gynecol* 2000;95:616-8.

East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth, *Cochrane Database Syst Rev*.2007;(4):CD006304. doi: 10.1002/14651858.CD006304.pub2.

ERCAN I., Yazıcı B., Sigirli D., Ediz B., Kan I.: Examining Cronbach Alpha, Theta, Omega Reliability Coefficients According To The Sample Size *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 2007, May, Vol. 6, No. 1

Excellence in Health Care (Electronic Journal), 2005: 112. Erisim: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>

Fleming N, Newton ER, Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women With and Without Episiotomies, *American Collage of Nurse-Midwives (Electronic Journal)*, 2003; 48 (1): 53-59.

Freiman A, Bouganım N. History of cryotherapy, *Dermatology Online Journal* 2005;11(2):9-11.

Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. (1997). A Randomized Trial of one-to-one Nurse Support of Woman in Labor, *BIRTH*, 24(2): 71-77.

Gaskin, I.M., [Ina May's Guide To Childbirth](#), March, 2003

Gençalp NS. (1998). Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).

Ghosh C, Mercier F, Couaillet M, Benhamou D. : Qualityassurance program for the improvement of morbidity during the first three postpartum days following episiotomy and perineal trauma. *Acute pain* 2004; 6: 1-7.

Goldman JC, Robinson JN. The Role of Episiotomy in Current Obstetric Seminars in Perinatology (Electronic Journal), 2003; 27 (1): 3-12. Erisim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12641298>.

Gökçe B. ;Klinik Uygulamada Kullanılan Değerlendirme Teknikleri , http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/iii_cag/new_page_14.html,(2005)

Graham L. CDC Releases Guidelines on improving Preconception Health Care. American Family Physician (Electronic Journal), 2006; 74 (11): 1967-1976.

Güldoğus, F., Ofluoglu, S. (1993). "Ağrı Kontrolünde Temel Yaklaşımlar", Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Dergisi, 10(3-4):111-118.

Gündüz G., Gebelikte Konstipasyonun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,2002.

Güner H, Öktem M. Epizyotomi ve Taze Obstetrik Laserasyonların Tamiri. Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi. 1. Baskı, Ankara: Günes Kitabevi, 2005: 1529-1535.

Günvar, T. (2009). "Birinci Basamakta Kronik Ağrı Yönetiminin Temel İlkeleri", TJFMPC, 3(3):14-17.

Gürgüç CA. Doğum Bilgisi. 4. Baskı, Ankara, Yargıçoğlu Matba, 1978

Güzeldemir M E.; Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. Sendrom, 7 (6): 11-21. ,1995

Hartman K, Viswanathan M Palmieri R, Gartlehner G, Throp J, Lohr KN. Outcomes of Routine Episiotomy. Journal of American Medical Association (Electronic Journal), 2005; 293 (17): 2141-2148.

Jensen K, Orbaek Andersen H, Olesen J, Lindblom U. (1986): Pressure-pain threshold in human temporal region, Evaluation of a new pressure algometer.

Kalis V, Stepan J, Horak M, A Roztocil, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of Mediolateral Episiotomy in Europe, International Journal of Gynecology & Obstetrics (Electronic Journal), 2008;100(2):188-189.

Karaçam Z, Eroğlu K (2003). Effects Of Episiotomy On Bonding And Mother's Health. J Adv Nur, 43(4): 384-94

Karaçam, Z. , Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi, 2006- Doktora Tezi

Karaçam Z. Normal Doğumlarda Yapılan Epizyotominin Yenidoğanın Apgar Skoruna Etkisi. Hemsirelik Formu, 2002; 5 (2): 11-16

Karadeniz G. Hastanızın ağrısını ilaç kullanmadan nasıl azaltabilirsiniz hemşireler ve öğrenci hemşireler için rehber kitapçık, Manisa: Emek Matbaacılık; 1997

Karahan A.N.: Travayda Lavman Uygulamasının Travay Sürecine, Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2004.

Kelekci S, Savan K, Yaşar L, Sönmez S, Şahin L, Şentürk A (2002).: Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi, Perinatoloji Dergisi, 10 (4): 331-335

Kılınç Z.: Yara İyileşmesi, Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, İzmir, 2003

Kırımı E, Pençe S. (1999). Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasentanın gelişimine etkisi, Van Tıp Dergisi, 6(1): 28-30 s.

Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation, Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 591-8.

Klein , M.C. ,ve ark. "The Final Fetal Blow to Routine Episiotomy."Birth, Vol.20, No:3, 1993, s:162-163

Knight KL. (1995) Cryotherapy in Sport Injury Management. Human Kientics,Champaign, IL.

Kocaman G. ; Ağrı Kitabı, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, (1994)

Koçoğlu, D., Özdemir, L. (2011). "Yetişkin Nüfusta Ağrı ve Ağrı İnançlarının Sosyo-Demografik Ekonomik Özelliklerle İlişkisi", Ağrı, 23(2):64-70.

Kozier B, Berman A, Snyder S, Erb G. Fundamentals of nursing concepts, process and practice. 8nd Edition. New Jersey: Prentice Hall; 2008

Kömürcü, N.(2008), Doğum Ağrısı ve Yönetimi, I.Baskı, Bedray Yayıncılık, İstanbul

Kubsch SM, Neveau T, Vandertie K.: Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in emergency department patients. accident and emergency. Nursing 2001; 9: 143-151

Kurtuldu İ. : Epizyotomi İnsizyonunun İyileşmesinde Termik Ajanların Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1988.

Kuzu N, Uçar H. The effect of cold on the occurrence of bruising, haematoma and pain at the injection site in subcutaneous low molecular weight heparin. Int J Nurs Stud 2001; 38: (1), 51-59.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Dowswell T, Styles C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art.No.: CD003934

Leeuw JW, Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW. Mediolateral Episiotomy Reduces the Risk for anal sphincter injury During Operative Vaginal Delivery, BJOG (Electronic Journal), 2008; 115 (1): 104.

Leventhal LC, de Oliveira SM, Nobre MR & da Silva FM (2011) Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. Journal of Midwifery & Women's Health 56, 141-146

Lorenzi, E.A. ; Relaxation : Episiotomy Incisional Pain and Overall Discomfort , J. Adv Nurs, Vol: 16(6), 701-800, Jun 1991

Mackintosh, C., Bowless, S. (2009). "The Effect of an Acute Pain Service on Nurses Knowledge and Beliefs about Post Operative Pain", J Clin Nurs, 9(1):119-126.

Maier JS, Maloni JA. Nurse Advocacy For Selective Versus Routine Episiotomy. JOGNN, 1997; 26 (2): 155-161.

Mamuk, R. ,Marmara Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi, 2008 – Yüksek Lisans Tezi

Marakoğlu K, Sezer RE. (2003). Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4):157-164.

McGuinness, M., Norr, K., Macion, K.: Comparison Between Different Perineal Outcomes on Tissues Healing, Journal of Nurse-Midwifery, Vol:3683, May-June 1991

Mohamed HAEA. , El-Nagger NS. : Effect of Self Perineal Care Instructions on Episiotomy Pain and Wound Healing of Postpartum Women, Journal of American Science. 2012;8(6):640-650]. (ISSN:1545-1003). <http://www.americanscience.org>.

Nightingale, K.: Wound Closure, Nursing Times, Vol 86, April,1990

Oğuz H, Dursun E, Dursun N. Tıbbi rehabilitasyon. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.

On AY. Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar. Ağrı 2006; 18 (2): 5-14.

Önderoğlu LS. Epizyotomi ve Doğum Kanalının Laserasyonları. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı, 21. Baskı, Ankara: Günes Kitabevi, 2004: 138-141

Özer, S., Akyürek, B., Basbakkal, Z. (2006). "Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi", Ağrı, 18(4):36-44.

Potter P, Perry A. Fundamentals of nursing. 7th ed. Canada: Mosby Elsevier;2009.

Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. : Williams Obstetrics. 17. Baskı, Ankara: Günes Kitabevi, 1989; 435-439

Raïsaïnen S, Vehvilaïnen K, Heinonen S (2008). Need for and Consequences of Episiotomy in Vaginal Birth: A Critical Approach, Midwifery,doi:10.1016/j.midw.2008.07.007: 1-9

Rock JA, Jones HW. Te Linde' s Operative Gynecology. 9th. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2003: 838-843.

Rockville Q. Routine Usa of Episiotomy in Uncomplicated Births Offers No Benefits to Women, Agency for Healthcare Research 2005.

Russell L.: Healing alternatives, Nurs Times 1993;89:88-90.

Sabuncu, N., Akça, AF. (2011). Klinik Beceriler. Sabuncu N, Akçay AF.ed. Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

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

Sayner FD. : Vajinal Doğumlarda Perine Masajının Etkinliği. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.

Shiono P, Klebanof MA, Carey C. Midline Episiotomies: More Harm Than Good, Obstetrics &Gynecology (Electronic Journal), 1990; 75: 765-770.

Shy, K.K., ve Eschenbach, D.A., "Fatal Perineal Cellulits From an Episiotomy Site." Obstetric and Gynecology, Vol.54, No:3, 1979, s:293-298

Sleep J, Grant A. Effects of salt and Savlon bath concentratepost-partum, Nurs Times 1988;84:55-7.

Sloman, R., Resen, G., Rom, M., Shir, Y. (2005). "Nurses assesment of Pain in Surgical Patients", J Adv Nurs, 52(2):125-132.

Swann, J. (2010). "Why Your Approach to Pain Affects Quality of Life", Nursing&Residential Care, 12(10):487-492.

Taşkın, L. (2009), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, V. Baskı, Sistem Ofset Matbacılık, Ankara

Tay SK, Soong SL, Choo BM. Is routine procaine spirit application necessary in the care of episiotomy wound? Singapore Med J 1999; 40:581-3.

Tekirdağ A. İ., Çağlar B.,Dere K.,: Epizyotomili normal doğum mu? Yoksa sezeryan doğum mu?, 13-16 Eylül 3. Ulusal Jinekoloji&Obstetri Kongresi, İstanbul, 2001.

Thangaraju P, Moey CB.: Perineal cold pads versus oral analgesics in the relief of postpartum perineal wound pain, Singapore General Hospital Proceedings 2006;15(1):8–12.

The puerperium. In: Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al, editors, Williams obstetrics, 20th ed. Stamford, Conn: Appleton and Lange; 1997. p. 533-46

Thorp, J.M., Bowes, W.A., ‘Episiotomy: Can Its Routine Use Be Defended?’ American Journal of Obstetric And Gynecology, Vol.160, No:5, 1989, s:1027-1030

Toker Z., Eroğlu K. :Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005 ;12(1):49-61.

Tuğtul S., Köse D., Çaylarbaşı B., Oral Ö., Yıldırım G., Başaran T.: Postpartum hemorajide mediolateral epizyotominin etkinliği, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 33(4): 28-31,2002.

Turan, N., Öztürk, A., Kaya, N. (2010). “Hemsirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi”, M.Ü. Hemsirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(1):93-98.

Uludağ S. (Ed), (2009). Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı, İstanbul, s.403.

Ülker,S.: Yara ve Hemşirelik, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994

Üstünsöz A. Epizyotomi iyileşmesinde sıcak ve soğuk uygulamaların etkisi. [Yüksek Lisans Tezi] Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 1996

Viswanathan M, Hartman K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Throp JJ. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review Advancing.

Wang H L, Keck J F, ; Foot and Hand Massage As An Intervention For Postoperatif Pain. Pain Management Nursing, Vol:5, No:2 (june) Pp;59-65. ,(2004)

Weber AM, Meyn L. Episiotomy Use in the United States 1979-1997. American Collage of Obstetricians and Gynecologists(Electronic Journal), 2002; 100 (6): 1177-1182.

Wellbery C. A Call to End Routine Episiotomy, No Maternal Benefit. American Family Physician(Electronic Journal), 2005; 72 (9): 1881-1885.

Williams, R.L., Cooper, K.M., Nurse- Management Postpartum Home Care, JOGN, 25- 29, Jan, Feb, 1998

Woolley R.J.: Benefits and risks of episiotomy: a review of the english-language literature since 1980. Part II, Obstet Gynecol Sur., 50(II): 806-835, 1995

Yanık FF (2008). Epizyotomi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 18(1):: 50-54

Yarnitsky D. (1997) Quantitative sensory testing. Muscle Nerve 20:198-204

Yılmaztürk Y. (2010). Postpartum Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. E.O.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Fatma Deniz Saymer).

10.EKLER

EK1.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın

Sizi Çekirge Devlet Hastanesin 'de yürütülen "*Epizyotomi Sonrası Perineye Buz Uygulamasının Ağrıyla Azaltmaya ve Yara İyileşmesine Etkisi*" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Doç.Dr. Nurdan DEMİRCİ

Araştırmanın Amacı:

Yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, sosyal ve biyolojik bir olay olması ile birlikte, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal vajinal doğum için uygundur ve yeterli destek sağlanıp uygun müdahalede bulunulursa normal vajinal doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinide bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur Epizyotomi sonrasında kadınların en çok şikayet ettikleri sorunlar arasında perineal ağrı ilk sıralardadır. Bu şikayetler annenin öz bakımını yapmasına, bebeği ile ilgilenmesine ve daha birçok duruma engel teşkil etmektedir. Epizyolu Vajinal Doğum yapan kadınların doğum sonrası dönemlerinde perineye buz uygulamasının ağrılarını azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisini araştırmak amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırmacı tarafından Epizyolu Vajinal Doğum yapmış ve çalışma kriterlerine uygun kadınlara doğum olduktan hemen sonra Doğumhanede iken EK3 (Veri Toplama Formu) uygulanacaktır.

EK4 (REEDA Skalası) anne kliniğe alındıktan hemen sonra 0. dakikada, 1. saatin sonunda, 3. saatin sonunda, 24 saat sonunda(taburculukta) ve son olarak 7. gün kontrole geldiklerinde uygulanır.

EK5 (Görsel Kıyaslama Ölçeği) de EK4 (REEDA Skalası) 'nin uygulandığı zamanlarda aynı şekilde 5 defa uygulanacaktır. Hastanenin kadın doğum kliniğinde normal doğum yapmış hastalar için 6' şar kişilik 2 oda bulunmaktadır. Odalar standarttır ve odalara hastaların yatışları rastgele olmaktadır. Birer hafta dönüşümlü

olarak 1 nolu odaya yatan hastalara buz uygulaması yapılacak, 2 nolu odaya yatan hastalara buz uygulaması yapılmayacaktır.

0.-1. saatler arasında hastanın perine bölgesine 20 dakika buz uygulanacak 10 dakika ara verilecektir. Bu işlem 2 defa tekrarlanacaktır.

1.-3. saatler arasında ise buz uygulaması ise 4 defa tekrarlanacaktır.(20 dk. buz 10 dakika ara)

3. saatten sonra hastaya hiçbir uygulama yapılmayacaktır.

Yapılacak bütün bu uygulamaların hastaya veya bebeğine hiçbir olumsuz etkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Çekirge Devlet Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Doç. Dr.Nurdan DEMİRCİ

Yüksek Lisans Öğrencisi Elif VELİOĞLU

Araştırmanın Süresi: 2 Ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 100

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Yapılacak olan bu uygulamalar sizin doğum sonrası dönemde hissedeceğiniz ağrıyı azaltacak ve yara iyileşmesine olumlu etkilerde bulunacaktır. Bu çalışmaya katılarak ileride doğum yapmış annelerin sağlığına önemli katkılarda bulunmuş olacaksınız.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Yapılacak olan bu uygulamanın hiçbir riski bulunmamakla beraber herhangi bir rahatsızlığa da neden olmaz.

Katılma ve Çıkma:

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırıcı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Masraflar:

Araştırmanın bütün masrafları araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

İletişim Kurulacak Kişi(ler): Elif VELİOğLU 0537 206 95 75

Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurumkuruluşların erişebilmesine,

3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

EK2.BİLGİLENDİRİLMİŞ SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın

Sizi Çekirge Devlet Hastanesin 'de yürütülen *“Epizyotomi Sonrası Perineye Buz Uygulamasının Ağrıyı Azaltmaya ve Yara İyileşmesine Etkisi”* başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Siz bu araştırmanın **sağlıklı kontrol grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmanın diğer grubundan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılabacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın sağlıklı gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarımız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

Araştırmanın Amacı: Yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, sosyal ve biyolojik bir olay olması ile birlikte, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal vajinal doğum için uygundur ve yeterli destek sağlanıp uygun müdahalede bulunulursa normal vajinal doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetus başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinede bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur Epizyotomi sonrasında kadınların en çok şikayet ettikleri sorunlar arasında perineal ağrı ilk sıralardadır. Bu şikayetler annenin öz bakımını yapmasına, bebeği ile ilgilenmesine ve daha birçok duruma engel teşkil etmektedir. Epizyolu Vajinal Doğum yapan kadınların doğum sonrası dönemlerinde perineye buz uygulamasının ağrılarını azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisini araştırmak amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Yapılacak olan araştırmada sağlıklı gönüllüye herhangi bir işlem uygulanmayacak. Sadece sağlıklı gönüllünün verileri çalışma grubundaki gönüllülerin verileriyle karşılaştırılacaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Araştırmacı tarafından Epizyolu Vajinal Doğum yapmış ve çalışma kriterlerine uygun kadınlara doğum olduktan hemen sonra Doğumhanede iken EK3 (Veri Toplama Formu) uygulanacaktır.

EK4 (REEDA Skalası) anne kliniğe alındıktan hemen sonra 0. dakikada, 1. saatin sonunda, 3. saatin sonunda, 24 saat sonunda(taburculukta) ve son olarak 7. gün kontrole geldiklerinde uygulanır.

EK5 (Görsel Kıyaslama Ölçeği) de EK4 (REEDA Skalası) 'nin uygulandığı zamanlarda aynı şekilde 5 defa uygulanacaktır. Hastanenin kadın doğum kliniğinde

normal doğum yapmış hastalar için 6' şar kişilik 2 oda bulunmaktadır. Odalar standarttır ve odalara hastaların yatışları rastgele olmaktadır. Birer hafta dönüşümlü olarak 1 nolu odaya yatan hastalara buz uygulaması yapılacak, 2 nolu odaya yatan hastalara buz uygulaması yapılmayacaktır.

Araştırmanın Süresi:2 Ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:100

Size Getirebileceği Olası faydalar:

Yapılacak olan araştırma buz uygulamasının etkisi değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma henüz araştırma aşamasında olduğu için sağlıklı gönüllü olmak bu çalışmada sizleri daha güvenilir bir grubun içinde tutacaktır. Sağlıklı gönüllüler rutin doğum sonrası bakımlarını aynı şekilde hiçbir riske maruz kalmadan alacaklardır.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Sağlıklı gönüllü grubunda olduğunuzdan ve hiçbir uygulama yapılmayacağından sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Çekirge Devlet Hastanesi

Araştırmalara Katılan Araştırmacılar:

Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

Yüksek Lisans Öğrencisi ELİF VELİOĞLU

Katılma ve Çıkma:

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Masraflar:

Bütün masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

İletişim Kurulacak Kişi(ler): Elif VELİOĞLU 0537 206 95 75

Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (ocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurumkuruluşların erişebilmesine,

3) alışmada elde edilen bigilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../....

EK3. VERİ TOPLAMA FORMU

Araştırmada yer aldığı grup: () Deney () Kontrol

1)Hastanın yaşı:.....

2) Eğitim durumu;
() ilkokul () ortaöğretim () lise () üniversite

3)Mesleği:.....

4)Sosyal guvencesi?
()Var ()Yok

5)Kac yıllık evlisiniz?.....

6)Gebelik sayısı:

7)Doğum sayısı:

8)Doğum şekilleri:.....

9)Bundan önceki son doğum yapma tarihi:

10)Daha önceki doğumlarında epizyotomi uygulaması: () Var () Yok

11)Bebeklerinizin doğum ağırlıkları: 1: 2:..... 3:

12)Daha önceki doğumlarınızdan sonra dikişlerinle ilgili sorun yaşadınız mı?
() Hayır ()Evet

13)Travay süresi:...../saat

14)Fetusun prezentasyonu nasıldı?
()Baş ()Makat ()Diğer.....

15)Bebeğinizin doğum ağırlığı:.....

16)Hastanın ağırlıklı beslenme şekli:.....(etcil-otcul-hepsi)

17)Sigara kullanıyormusunuz?
() evet () hayır

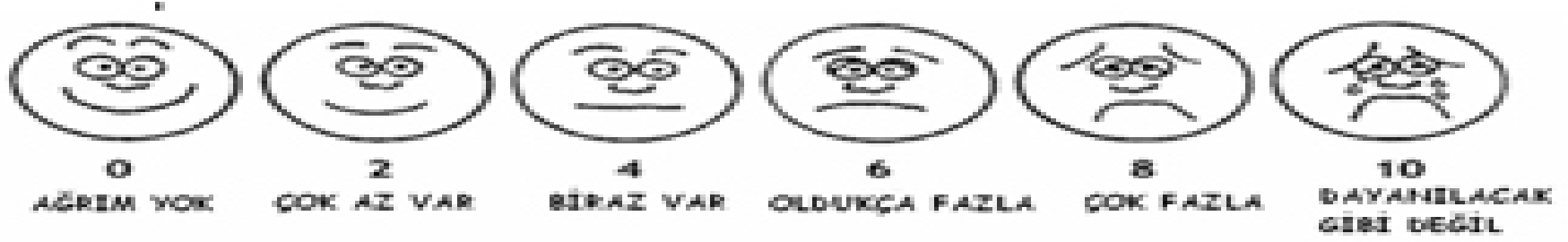
EK4: REEDA SKALASI

ÖLÇÜM ZAMANLARI	KIZARIKLIK(Redness)	ÖDEM(Edema)	EKİMOZ(Ecchymosis)	AKINTI(Discharge)	YARA KENARLARININ YAKLAŞMASI(Approximation)
0.dk.					
1.saat					
3.saat					
24.saat					
7.gün					

Çizelge 1. Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA Skoru)

PUAN	KIZARIKLİK(Redness)	ÖDEM(Edema)	EKİMOZ(Ecchymosis)	AKINTI(Discharge)	YARA KENARLARININ YAKLAŞMASI(Approximation)
0	Hiç yok	Hiç yok	Hiç yok	Hiç yok	Hiç ayrılma yok
1	İnsizyonun bilateral 0,25 cm içinde	Perinede, insizyonda 1 cm' den az	Bilateral 0,25 cm veya unilateral 0,5 cm	Serum	Deri ayrılması 3 mm veya daha az
2	İnsizyonun bilateral 0,5 cm içinde	Perinede ve/veya vulvada 1-2 cm arasında	Bilateral 0,25- 0,5 cm arası, unilateral 0,5 -2 cm	Sero sangionöz	Deri ve subkutan yağ dokusu ayrılıyor ise
3	İnsizyonun bilateral 0,5 cm ötesinde	Perinede ve/veya vulvada 2 cm' den büyük	Bilateral 1 cm'den, unilateral 2 cm'den büyük	Kanlı pürülan	Deri, subkutan yağ ve fasya tabakaları ayrılıyorsa

EK5:GKÖ(Görsel Kıyaslama Ölçeği)



0 _____ 10

EK6.Bursa Kamu Hastaneler Birliği Sekreterliği Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 69124690/27938

01 Ağustos 2013

Konu : Tez Çalışma

KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

Marmara Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 04.07.2013 tarih ve 1300121932 sayılı yazılarında; Sağlık Bilimler Enstitüsü Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi **Elif VELİOĞLU**'nun "**Epizyotomi Sonrası Perineye Buz Uygulamasının Ağrıyla Azaltmaya ve Yara İleşmesine Etkisi**" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmalarını Sekreterliğimize bağlı Çekirge Devlet Hastanesinde yapmak istemektedir. Söz konusu yüksek lisans tezi ile ilgili anket çalışmalarını Çekirge Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde yapabilmesi hususunu olurlarınıza arz ederim.

Dr. Alparslan AKKAYA
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
02.08/2013

Op. Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Kurum Yazısı (1 sayfa),
- 2- Dilekçe (1 adet),
- 3- Kurum İsimleri (1 sayfa),
- 3- Etik Kurul Kararı (3 sayfa),
- 4- Tez Öneri Formu (19 sayfa),
- 5-Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (1 sayfa).

İdari Hizmetler Başkanlığı
Kükürtlü mah. Konca sok. Çocuk Hast. Çekirge Kampüsü İdari Bina
Telefon: (0224) 275 20 00 (83 49 dahili) Faks: (0224) 234 44 00

İrtibat: Aynur.ŞEN

EK7.Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 66519339/

25.07.2013 - 09002

KONU : Etik Kurul Başvuru Dosyanız hk.

Sayın Hemş. Elif VELİOĞLU
Bursa Çekirge Devlet Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

İlgi: 22.07.2013 tarihli dilekçeniz.

İlgide kavutlu dilekçeleriniz ve ekinde yer alan dosyanız 24.07.2013 tarihinde Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda incelenmiş olup, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu yazımız ekindedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Ek: 1 Adet Karar Formu


Doç. Dr. Serdar KAHVECİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	24/07/2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24/07/2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	24/07/2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	24/07/2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BELGELERİ	Karar No:2013/13/2	Tarih: 24/07/2013					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ.DR.SERDAR KAHVECİOĞLU/NEFROLOJİ EĞİTİM SORUMLUSU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Doç.Dr.Serdar KAHVECİOĞLU	Nefroloji Eğitim Görevlisi	Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Uzm.Dr.Ayşe ERDOĞAN	Farmakoloji Uzmanı	Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Uzm.Tübanur USTAÖMER DİRE	Eczacı	Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç.Dr.Alpaslan ÖZTÜRK	Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Görevlisi	Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç.Dr.Ahmet Hakan ÇURAL	Kalp Damar Cerrahisi Uzmanı	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Hasan ARI	Kardiyoloji Uzmanı	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Uzm.Dr.Yasemin FİSİTİNDAG	Biyokimya Uzmanı	Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Uzm.Dr.Orhan KALKAN	Halk Sağlığı Uzmanı	Bursa Sağlık Müdürlüğü	E	K	E	H	E	H	
Utku Tuhan Kayhan ÇİZER	Biyomedikal Mühendisi	Bursa Kamu Hast. Birliği	E	K	E	H	E	H	
Av.Darınuş YAKAR	Avukat	Bursa Sağlık Müdürlüğü	E	K	E	H	E	H	
Kimber MARANGOZ	Öğretmen	Bursa Nedim Öztan İ.O.O.	E	K	E	H	E	H	

EK8.REEDA Skalası Kullanım İzni

Outlook - elif.ilgun@hotmail.com

Microsoft Corporation (US) https://dub110.mail.live.com/default.aspx?tid=64855#n=720519410&fid=c295144042364d678f42ac5166d7cab4&mid=2bd15f7b-d52c-11e2-4905-00215ad9bd58&v=1

Outlook | Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

E-postada ara

Klasörler

Gelen kutusu 487

Gereksiz 7

Taslaqlar 16

Gönderilmiş

Silinmiş

ayfer üstünsöz

nurcan hocadann

nurdan hocadan

seçilden

Yeni klasör

Hızlı görünüm

Belgeler 24

Fotoğraflar 1

İşaretli 8

Yeni kategori

Re: izin

ayfer ustunsoz 14.06.2013
Kime: elif.ilgun@hotmail.com

Sevgili Elif, REEDA skalasını kullanabilirsiniz. Kolay gelsin.
Doç.Dr. Ayfer Ustunsoz

From: ELİF İLGÜN <elif.ilgun@hotmail.com>;
To: ayfer ustunsoz <austunsoz@yahoo.com>;
Subject: izin
Sent: Fri, Jun 14, 2013 11:18:21 AM

Ben Marmara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği bölümünde Tezli Yüksek Lisans yapmaktayım.İzin veririseniz sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız REEDA skalasını, Epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının ağrıyı azaltmaya ve yara iyileşmesine etkisi konulu tezimde kullanmak istiyorum. Elif Veliöğlü

ayfer ustunsoz
Kişiyi görüntüle

sitesinden içerik
Daha fazla bilgi | Kapat

© 2014 Microsoft Koşullar Gizlilik Geliştiriciler Türkçe

25:18
24.2.2014

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Elif	Soyadı	VELİOĞLU
Doğum Yeri	ÇORUM/Osmancık	Doğum Tarihi	13.02.1987
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	26368709270
E-mail	eliff.ilgun@hotmail.com	Tel	537-206-95-75

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Devam Ediyor
Lisans	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	İzmir Ödemiş Hulusi Uçaçelik Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Servis Hemşiresi	Bursa Çekirge Devlet Hastanesi	2011-Halen
2.	Servis Hemşiresi	Özel Bursa Konur Hastanesi	2010Şubat-2011Şubat

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

ALES Puanı	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
2009	78	83	70

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok İyi
Excell	Çok İyi
Power Point	Çok İyi

