

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

**DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE EBENİN
UYGULADIĞI PERİNE MASAJININ GENİTAL
TRAVMALARI VE POSTPARTUM AĞRIYI
AZALTMADAKİ ROLÜ**

**Ebelik Anabilim Dalı Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Songül DEMİR
DANIŞMAN
Prof. Dr. Melek Gülsün ÖZENTÜRK**

**İZMİR
2011**

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

**DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE EBENİN
UYGULADIĞI PERİNE MASAJININ GENİTAL
TRAVMALARI VE POSTPARTUM AĞRIYI
AZALTMADAKİ ROLÜ**

**Ebelik Anabilim Dalı Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Songül DEMİR
DANIŞMAN
Prof. Dr. Melek Gülsün ÖZENTÜRK**

**İZMİR
2011**

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Prof. Dr. M. Gülsün ÖZENTÜRK

.....

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Mert KAZANDI

.....

Üye : Doç. Dr. Esin ÇEBER

.....

Üye : Doç. Dr. Neriman SOĞUKPINAR

.....

Üye : Yrd.Doç. Dr. Hafize Öztürk CAN

.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 07.02.2011

ÖNSÖZ

Tez çalışmalarım sırasında sağladıkları uyumlu, titiz ve bilimsel çalışma ortamıyla eğitimimde destek ve yardımlarını gördüğüm, öğrencisi olmaktan onur duyduğum tez danışmanım Prof. Dr. Melek Gülsün Özentürk'e,

Tez öneri aşamasında değerli katkılarıyla bana destek olan hocalarım Doç. Dr. Esin Çeber ve Doç. Dr. Neriman Soğukpınar'a,

Verilerin istatistiksel analizlerinde ve yorumlanmasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Dr. Serhat Yüksel'e,

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan izinlerin alınması aşamalarında desteğini gördüğüm arkadaşım Ali Ünal'a,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında uyum içinde çalıştığım, her zaman yardım ve desteklerini gördüğüm Bakırköy Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi doktor, ebe, hemşire ve diğer hastane personeline,

Çalışmaya katılarak, tezin veri tabanının oluşmasını sağlayan gebelere,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu zorlu dönemde de hiçbir fedakârlıktan kaçınmadan yanımda olan en değerli varlıklarım başta annem ve babam olmak üzere kardeşlerime teşekkür ederim.

İZMİR 2011

Songül DEMİR

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER ve GRAFİKLER	X
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Konusu	5
1.2 Araştırmanın Amacı.....	7
1.3 Hipotezler	7
1.4 Varsayımlar.....	8
1.5 Araştırmanın Önemi	8
1.6 Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	8
1.7 Tanımlar.....	10
1.7.1 Epizyotomi	10
1.7.2 Genital Travma.....	10
1.7.3 Multipar.....	10
1.7.4 Primipar.....	10
1.7.5 Perine	11
1.7.6 Perine Masajı.....	12
1.8 Genel Bilgiler.....	14

1.8.1	Genital (Perineal) Travma.....	14
1.8.2	Laserasyonlar	15
1.8.3	Epizyotomi	16
1.8.4	Perineal Travmayı Azaltmayı Amaçlayan Uygulamalar	20
1.8.5	Perine Masajı ve Perineal Travma	22
1.8.6	Perine Masajı ve Ağrı.....	25
1.8.7	Perine Masajı ve Sorunlar	26
1.8.8	Perineal Travma ve Postpartum Sorunlar	27
1.8.9	Doğumun Evreleri.....	29

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	31
2.1 Araştırmanın Tipi	31
2.2 Kullanılan Gereçler	31
2.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
2.4 Araştırmanın Evreni	33
2.5 Araştırmanın Örneklemi.....	34
2.6 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	34
2.7 Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	34
2.8 Verilerin Analizi.....	36
2.9 Süre ve Olanaklar	37
2.10 Etik Açıklamalar	39

2.11 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	41
---	----

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1 Sosyodemografik Özelliklerin Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı	43
3.2 Gebelik Öncesi Dönem ve Gebelik İle İlgili Bilgilerin Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı.....	44
3.3 Doğum ve Gebelik Sonucu İle İlgili Bilgilerin Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı	46
3.4 Önceki Doğum ve Yenidoğan İle İlgili Bilgilerin Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı	48
3.5 Doğum Sonu Dönemde Epizyotomi, Genital Travma ve Travma Derecelerine Ait Bilgilerin Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı.....	49
3.6 Doğum Sonrası Perine Ağrısı ile İlgili Değerlendirmelerin Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı.....	54

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	62
-----------------------	-----------

BÖLÜM V

SONUÇ.....	67
-------------------	-----------

ÖNERİLER	71
-----------------------	-----------

BÖLÜM VI

ÖZET.....	72
------------------	-----------

ABSTRACT	73
-----------------------	-----------

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	74
EKLER.....	81
EK-I Araştırma Akış Şeması.....	81
EK-II Gebe Tanıtım Formu.....	84
EK-III Genital Travma Oranı Tespit Formu	87
EK-IV Görsel Kıyaslama Ölçeği	90
EK-V McGill Melzak Ağrı Formu.....	91
EK-VI McGill Melzak Ağrı Formu İzin Yazısı.....	94
EK-VII Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	95
EK-VIII Etik Kurul Onay Yazısı	101
EK-IX İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	102
ÖZGEÇMİŞ.....	103

TABLÖLAR

TABLO NO	SAYFA NO:
1.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri.....	43
2.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Gebelik Dönemi (Gebelik Öncesi-Gebelikte) İle İlgili Bilgileri	44
3.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Mevcut Gebeliklerine Ait Doğum Sonuçları ve Doğum Süreci ile İlgili Bilgiler	46
4.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Önceki Gebeliklerinde Doğan Bebeklerinin Doğum Ağırlığı ve Doğum Süreci İle İlgili Bilgileri	48
5.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Genital Travma ve Çeşitli Derecelerdeki Travma Sıklıklarına Göre Dağılımları	49
6.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların VAS Skorlarının Karşılaştırması	54
7.Epizyotomi Uygulanan ve Uygulanmayan kadınların VAS skorlarının Karşılaştırması	55
8.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Ağrısı Algılama Düzeyleri	56
9.Deney Grubunda Yer Alan Kadınların Ağrısı Tarif Ederken Kullandıkları Sözcüklerin Sıklıkları.....	56
10.Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların Ağrısı Tarif Ederken Kullandıkları Sözcüklerin Sıklıkları.....	56
11. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda Ağrının Zamansal Gidişini Niteleyen Sözcüklerin Kullanım Sıklıkları	57

12.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların İfade Ettikleri Ağrıyı Rahatlatan ve Arttıran Faktörlerin Dağılımı	58
13.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Hissettikleri Ağrının Şiddetini Tanımlayan Sözcüklere Göre Dağılımı	59

ŞEKİLLER ve GRAFİKLER

ŞEKİL NO

SAYFA NO:

1.Perine	12
2.Epizyotomi Uygulama Şekilleri.....	19
3.Epizyotomi ve Onarımı	20
4.Doğumun Evreleri.....	30
5.Araştırmanın Zamanlaması	38
6.Kadınların İkinci Gebeliklerinden Doğan Bebeklerinin Baş Çevresi, 1. ve 5. dk Apgar skorları; Son Doğumlarında I. ve II. Evrelere ait süre	47
7.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda Genital Travma Oranları.....	50
8.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda I. Derece Perineal Travma Oranları	51
9. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınlarda II. derece Perineal Travma Oranları	52
10. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda III. derece Perineal Travma Oranları	53
11.Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda Ağrı Yaşantısı Oranları.....	55

BÖLÜM I

GİRİŞ

Genital travma, doğum sırasında sık karşılaşılan bir durumdur. Genital travma, epizyotomi, spontan laserasyon veya her ikisinin birden gerçekleştiği durumları tanımlamaktadır (1). Genital travma ile birlikte ortaya çıkan postpartum perineal ağrı, doğum sonrasında kadınların büyük çoğunluğu tarafından bildirilen bir yakınmadır (2,3).

Genital travma dünyada vajinal yolla normal spontan doğum yapan kadınlarda en sık görülen komplikasyondur. Amerika Birleşik Devleti'nde normal yolla doğum yapan 3 milyon kadından çoğu, epizyotomiden obstetrik laserasyonlara kadar değişebilen, genital travmaya maruz kalmaktadır. İngiltere'de vajinal yolla doğum yapan kadınların % 80'inde çeşitli derecelerde genital travma olduğu ve bu kadınların % 60 - 70 'inde epizyotomi uygulandığı saptanmıştır. Türkiye 'de istatistiklerin yeterli olmaması nedeniyle, kesin bir oran verilmemekle birlikte Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 1998'e göre epizyotomi oranı %44 olarak bildirilmiştir (2-5).

Albers ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları "Hands On Or Poised" (HOOP) isimli çalışmada, 5471 kadının %85'inde en azından minimal seviyede genital travma geliştiği saptanmıştır. Bu oran, epizyotomi ve diğer spontan travmaları da kapsamaktadır (6).

Epizyotomi oranları, ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir. Vajinal doğum sırasında kullanılan ve genital travmayı kontrollü bir şekilde oluşturarak istenmeyen perine hasarlarının (genital travma) önüne geçmeyi amaçlayan epizyotominin uygulanma oranları 1990-2000 arasındaki çalışmalarda, çeşitli ülkelerde %28-50 olarak bulunmuştur (7-9). Ağrı, pelvik taban işlev bozukluğu, cinsel işlevlerde olumsuz etkilenmeye neden olduğu; spontan perineal

laserasyonların önlenmesinde etkili bir yöntem olmadığı için epizyotomi uygulamasını sınırlama çabaları artmıştır. Son on yıldan bu yana, epizyotomi uygulamalarını azaltmaya yönelik girişimler artmış, 2000’li yıllarda yapılan çalışmalarda, epizyotomi oranları %13-32,7 olarak bulunmuştur (10-17). Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, 1999-2000 yıllarında epizyotomi uygulama oranı %64 olup, bu oranın yüksek olduğu belirtilmektedir (18).

Doğum sırasında perinenin hasarını değerlendirmek üzere yapılan bir çalışmada, kadınların %72.3’ünde I. derece laserasyon, %27.2’sinde II. derece laserasyon olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan kadınların hiçbirinde III. ve IV. derece laserasyon oluşmamıştır (19). Ebe ve hemşireler tarafından yaptırılan 1068 doğumun değerlendirildiği bir çalışmada, I. derece laserasyon oranları nullipar kadınlarda %22,2, multipar kadınlarda %11,7; II. derece laserasyon oranları nullipar kadınlarda %31,5, multipar kadınlarda %10,5 olarak saptanmıştır (20).

Doğum sırasında oluşan veya oluşturulan genital travma oranlarının yüksekliği, doğum sonrası ağrı yakınmalarının artmasına neden olmaktadır. Vajinal doğumdan sonra ortaya çıkan perineal ağrı, doğum sonrasında kadınların büyük çoğunluğunu etkilemektedir (21). Perinenin bütünlüğü bozulmadığında bile kadınların %38’inin postpartum 7 gün içinde perine ağrısından yakındıkları bildirilmiştir (22). Ancak, hem epizyotomi, hem de spontan perineal laserasyon, postpartum erken dönemde perinede oluşan ağrı ile güçlü bir ilişki göstermektedir (22, 23). Böylece, genital travmayı azaltmaya yönelik girişimlerin, postpartum sonuçları olumlu yönde etkilemesi beklenen bir durumdur. Bu amaca yönelik olarak perine masajı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır (24, 25).

Birçok ebeye perine masajının genital travmaları engellemedeki etkisi ile ilgili çalışmalar ilgi çekici gelmiştir. Renfrew ve arkadaşları 1998’de yoğun bir incelemeden sonra perine masajı, doğumda annenin pozisyonu ve ıkınma şekli ile ilgili yeterli çalışma olmadığı sonucuna varmışlardır (26) .

Kevin ve arkadaşları, 2003 yılında yaptıkları, vajinal doğumlarda perine yırtıklarını önleme isimli çalışmada, epizyotomi kullanımının ve müdahaleli vajinal doğumları sınırlamanın genital travmayı azalttığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada doğumdan önce yapılan perine masajının nullipar kadınlarda genital travmayı azalttığını belirtmişlerdir (27). Antenatal perine masajının özellikle ilk vajinal doğumlarda, genital travma riskini anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir (28).

İki ayrı çalışmada, doğuma birkaç hafta kala uygulanmaya başlanan perine masajının, genital travmayı azaltmada etkili olmadığı bulunmuştur (24, 25). Gebeliğin son birkaç haftasında uygulanan perine masajının genital travma üzerine etkisini değerlendiren dört çalışmanın metaanalizinde, perine masajının genital travma oranlarını (özellikle epizyotomi) ve postpartum perine ağrısını azalttığı sonucu çıkartılmıştır (29). Diğer bir çalışmada, doğumdan birkaç hafta önce başlanan perine masajının I. derece laserasyonları azaltmakla birlikte, II. derece laserasyonlarda hafif bir artışa neden olduğu bulunmuştur (30).

Doğumun ikinci evresinde uygulanan perine masajının genital travmayı azaltmadığını bildiren iki çalışma yanı sıra bu uygulamanın genital travmayı azalttığını bildiren başka çalışmalar da vardır (2).

Perine masajı doğumun birinci evresinde perineyi rahatlatmak, perine yırtıklarını önlemek, epizyotomi ihtiyacını azaltmak ve postpartum perine ağrısını azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (31). Perine masajına yönelik nitelikli araştırmaların 1989 ve sonraki yıllarda yokluğu dikkat çekici olmakla birlikte, konu ile ilgili çalışmalar 1995 ve 2000 yılından sonra yapılmaya başlanmıştır (2).

Gebelik sırasında uygulanan perine masajının genital travmaları ve postpartum perine ağrısını azaltmadaki rolüne yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Davidson ve arkadaşlarının 1979 ve 1995 yılları arasında retrospektif olarak yaptıkları çalışmada prenatal perine masajının laserasyonları azalttığı saptanmıştır (26). Eogan ve arkadaşlarının perine masajının postnatal perine ağrısına etkisini incelemek üzere yaptıkları çalışmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, postnatal perine ağrısının masaj grubunda azaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen; perine masajının anal sfinkter yırtıklarında koruyucu etkisi olduğu saptanmıştır (31).

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Genital travma ve perineal travma literatürde sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Genital travma, kısa ve uzun vadeli hastalık nedenidir (1, 21). Vajinal doğum yapan kadınların çoğu, doğumdan sonraki birkaç gün ağrı veya sızı ile karşı karşıya kalırlar. Kadınların %40'ının postpartum ilk iki hafta, %20'sinin postpartum sekiz haftaya kadar ağrıları olduğu, %7-9'unda ağrıların postpartum üçüncü ayda da devam edebildiği, ayrıca postpartum 1, 2, 10 ve 90 gün sonra değerlendirilen ve doğum sırasında perine travması olmayan kadınlarda ağrı bildirme sıklığının perine travması olanlardan daha az olduğu belirtilmektedir (6, 23). Perineal ağrı veya sızı sık bildirilen bir yakınma olup, cinsel işlevi etkileyebilir (32). Vajinal doğum yapan kadınlarda ilk üç ayda %60, ilk altı ayda %30 oranında disparoni (ağrılı cinsel ilişki) geliştiği, hatta %15'inin üç yıl sonra da ağrılı cinsel ilişkiden şikâyet ettikleri belirtilmektedir (33). Vajinal doğum, bir taraftan pelvik organ prolapsusu oluşma riskini arttırırken, diğer taraftan perineal travma üriner ve fekal inkontinansa da neden olabilmektedir (34). Bu nedenler göz önünde bulundurularak, vajinal doğum yapan kadınların beden sağlığı ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla, perineal travmanın önlenmesi yönünde çok sayıda yöntem ve faktörün araştırılmaya başlandığı belirtilmektedir (2, 35).

Perine yırtıkları ve epizyotomi uygulamasının vajinal doğum sırasında, özellikle ilk vajinal doğumlarda, en sık görülen komplikasyonlar olduğu belirtilmektedir (36).

Perine masajı uygulamasının; ilk vajinal doğumlarda epizyotomi riskini %15 azalttığı, multipar gebelerin doğumlarında oluşan genital travmayı etkilemediği, ancak doğumdan sonra ilk üç ayda içinde oluşan perineal ağrıyı azaltabileceği bildirilmektedir (36).

Doğum sırasında genital travmaların olmaması doğum yapan kadın ve doğumu yaptıran ebe / hemşire için çok önemlidir. Laserasyonlar 1800'lerin sonlarından bu yana profesyonellerin aralarında ve kliniklerde tartışma konusu olmuştur. Dele ve Pomeray yaygın olarak kullanılan epizyotominin rutinde (her doğumda) kullanılmasını sağlayarak perineal laserasyonların önleneceğini tanımlamışlardır (26).

Ancak 1970 yılından sonra yapılan araştırmalar ile epizyotominin yapılmasının yalnızca perineal laserasyonları önlemediği, aynı zamanda sayı ve şiddetini de etkilediği ortaya koyulmuştur (26) . Epizyotomiden kaçınmak sonraki doğumlarda oluşacak genital travma oranını azaltmaktadır (37) . Rutin epizyotomiye bağlı gelişen genital travma, ağrıya neden olmasının yanı sıra, kadının cinselliğini ve kendine olan güvenini de olumsuz yönde etkilemektedir (37).

Epizyotomi uygulamasının gerekli olup, olmadığı pek çok araştırmacı tarafından tartışılmaktadır (38, 39) . Son yıllarda yapılan çalışmalar epizyotominin rutin uygulanmamasını desteklemektedir (40) . Epizyotominin III. derece yırtık oranını azaltmakla birlikte, IV. derece yırtık oranını artırdığı belirtilmektedir (37, 41).

Bütün bu çalışmalara rağmen epizyotomi hala yaygın / rutin olarak uygulanmaktadır. Epizyotomi obstetride en fazla kullanılan cerrahi işlemler arasında yer almaktadır (40, 42, 43).

Perineal travma, çok sayıda faktörle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Perineal travma, nulliparlarda daha sık görülmekle birlikte fetal baş çevresi, vücut ağırlığı artışı ve fetal malpozisyon ile travmanın görülme sıklığının da arttığı belirtilmektedir (44, 45). Epizyotomi uygulamasının sınırlandırılması ile perineal travma olasılığının azaldığı, ayrıca vakum ekstraksiyonunun da forsepe göre daha az sıklıkta perineal

travmaya neden olduğu belirtilmektedir (46). Yapılan alışmalar ile perinenin korunması, ıkınma, maternal pozisyon ya da doğumun ikinci evresinde perine masajının uygulanması gibi yöntemlerin genital travma oranını azaltıp azaltmadığı konusunda görüş birliğine varılamadığı bildirilmektedir (47).

Perine masajı ile ilgili olarak yapılan araştırma sayısının yeterli olmadığı, yapılan araştırmaların genelde perine masajının gebeliğin son birkaç haftasında ve doğumun II. evresinde uygulandığını tanımlayan çalışmalar olduğu, ancak gebelik sırasında uygulanan perine masajının perineal travma oranlarına etkisini değerlendiren iki randomize çalışma ile gebeliğin son birkaç haftasında ve doğumun II. evresinde uygulanan perine masajının yararlı olmadığının saptandığı belirtilmektedir (24, 25). Yapılan alışmalar ile gebelikte perine masajı uygulamasının doğum sırasında etkili olmayabileceği, doğumun II. Evresinde ise perinenin oldukça gergin sayılabilecek bir aşamada olması nedeni ile perineal masajın doğumun I. evresinde uygulanması akla uygun göründüğü belirtilmektedir (15, 16, 18, 48).

1.2. ARAşTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajının genital travmaları ve postpartum perine ağrısını azaltmaktaki etkisini saptamaktır.

1.3. HİPOTEZLER

Doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajının genital travmaları ve postpartum perineal ağrıyı azaltmaktaki etkisini saptamak amacıyla planlanan bu çalışmanın hipotezi:

H0: Doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajının, genital travmaları engellemede ve postpartum perineal ağrıyı azaltmada etkisi yoktur.

H1: Doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajı, genital travmaları engeller.

H2: Doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajı postpartum perineal ağrıyı azaltır.

1.4 VARSAYIMLAR

Bu çalışma, küçük ölçekli bir çalışmadır. Ancak, deney ve kontrol grubu, sosyodemografik özellikler, gebelik (ilk ve ikinci) ve doğuma ait bir çok değişken açısından benzerleştirilerek, perine masajının genital travma ve postpartum ağrı üzerine etkisi karıştırıcı faktörlerden bağımsız olarak saptanmaya çalışılmıştır.

1.5 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilen genital travma; ağrı, ürogenital sorunlar ve cinsel işlev sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğum yapan kadının, eşinin ve ailenin yaşam kalitesini etkileyen genital travmaların önüne geçmek, bedensel sağlığın olduğu kadar psikososyal sağlığın kötüleşmemesi anlamına da gelmektedir.

Doğumla birlikte oluşan hastalıklar; kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini etkileyerek doğum sonu periyodun da uzamasına neden olmaktadır. Ayrıca perine de oluşan rahatsızlık kadının emzirme, aile yaşantısı ve seksüel hayatını da etkilemektedir. İngiltere’de kadınların ortalama % 23 – 42 ’sinin doğumunu takip eden günlerde perine ağrısı ve konforsuzluk yaşadıkları , % 8 -10’ nun şikâyetlerinin doğumu izleyen 3 - 18 aylarda sürdüğü belirtilmektedir (49).

1.6 SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Araştırmanın süresi, çalışmayı yürüten araştırmacının iş gücü (bir kişi) ve zamanı yeterli olmadığından uzatılmıştır.

Araştırma için alınması gereken yasal izin sürecinde, etik kurulların kapalı olması nedeniyle sıkıntılar yaşanmıştır. Araştırmanın planlanan zamanı ve gerçekleşen zaman arasında fark oluşmuştur.

Araştırmaya alınacak örneklem sayısı 30 deney, 30 kontrol grubu olarak planlanmasına rağmen; araştırma süresinin kısıtlı olması ve araştırmaya alınan gebelerin araştırma kapsamı dışına çıkarılmaları nedeniyle; örneklem 25 deney, 28 kontrol grubundan oluşmuştur.

Araştırmaya alınan gebelerde amniyotomi uygulanması veya uygulanmaması bir kriter olarak belirlenmemiştir. Araştırmaya amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan gebeler alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlar, hastane protekolü gereği postpartum dönemde erken taburcu olmuştur. Postpartum 3-4 saat arası perine ağrısının ölçülmesi gerekmiştir.

Perine ağrısını değerlendirecek uygun bir ölçek olmaması nedeniyle McGill Melzack Ağrı Formu ve Vas Ağrı skorlaması kullanılmıştır.

Genital travma durumunu belirlemek için kullanılacak bir ölçek olmaması nedeniyle, literatür bilgilerden yararlanılarak, araştırmacı tarafından Genital Travma Tespit Formu oluşturulmuştur.

Perineal travma oranları, bireysel uygulama çeşitliliğine göre farklılıklar göstermektedir (50, 51). Bu nedenle, hem kontrol, hem de deney grubunun doğumlarının çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından yapılması gerekmiştir. Doğumları yaptıran araştırmacının masaj grubuna kör olmamasından yola çıkarak Tip I hatayı (H_0 gerçek durumda doğruyken hipotez testi sonucunda reddedilir) önlemek amacıyla, epizyotomi uygulanan olgular toplam genital travma olguları arasına dahil edilmemiştir. Bu bağlamda, epizyotomi uygulanan olgulara, epizyotomi

uygulanmadığında diğ er genital travma tiplerinden birinin oluşup oluşmayacağına dair bilgimiz olmadığından, bu yaklaşımla olası Tip II hata (H_0 gerçek durumda yanlışken hipotez testi sonucunda reddedilemez) kabul edilmiştir.

1.7 TANIMLAR

1.7.1 Epizyotomi

Epizyotomi normal vajinal doğum sırasında, vajinal açıklığı artırmak amacıyla musculus bulbokavernöz kasına yapılan kesidir (52).

1.7.2 Genital (Perineal) Travma

Genital travma ve perineal travma literatürde eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (1, 21).

Genital travma (perinenin yaralanması); vajinal doğum sonrası perinede oluşan spontan laserasyonlardır (49). Anterior perineal travma; labia, anterior vajina, üretra ve klitoriste normal doğum sonrası yaralanmaların oluşması olarak tanımlanabilir (49). Posterior perineal travma; arka vajina duvarı, perine kasları, anal sfinkter veya anal epitelyum dokusunu da içeren, normal doğum sonrası oluşan yaralanmalar olarak tanımlanabilir (53). Vajinal doğum sırasında doğumu kolaylaştırmak amacıyla açılan cerrahi insizyonda (epizyotomi) perineal travma olarak adlandırılır. Epizyotomi sırasında da spontan laserasyonlar ( rneğin 3. derece) oluşması mümkündür (52, 53).

 ntakt perineum, perineal dokuların bütünlüğünün korunmuş olduğu anlamına gelmektedir (35).

1.7.3 Multipar

Bir veya daha fazla vajinal doğum yapmış olan kadınlara multipar denir. Multipar kadınların önceki gebeliklerinde sezaryen öyküsü yoktur (41).

1.7.4 Primipar

 lk doğumunu yapacak olan gebe kadınlara primipar denir (41).

1.7.5 Perine

Perine, perine cismi ve çevresindeki yapıları kapsayan bölgeyi işaret eder. Bu bölge, simfizis pubis ile koksiks arasında yer alır. Gövdenin alt yüzeyindeki elmas biçimli bu yapı, anüs ve vajinayı kapsar. Bazı durumlarda sadece yüzeysel yapıları, bazı durumlarda ise hem yüzeysel hem de derin yapıları işaret eder (**Şekil 1.1**).

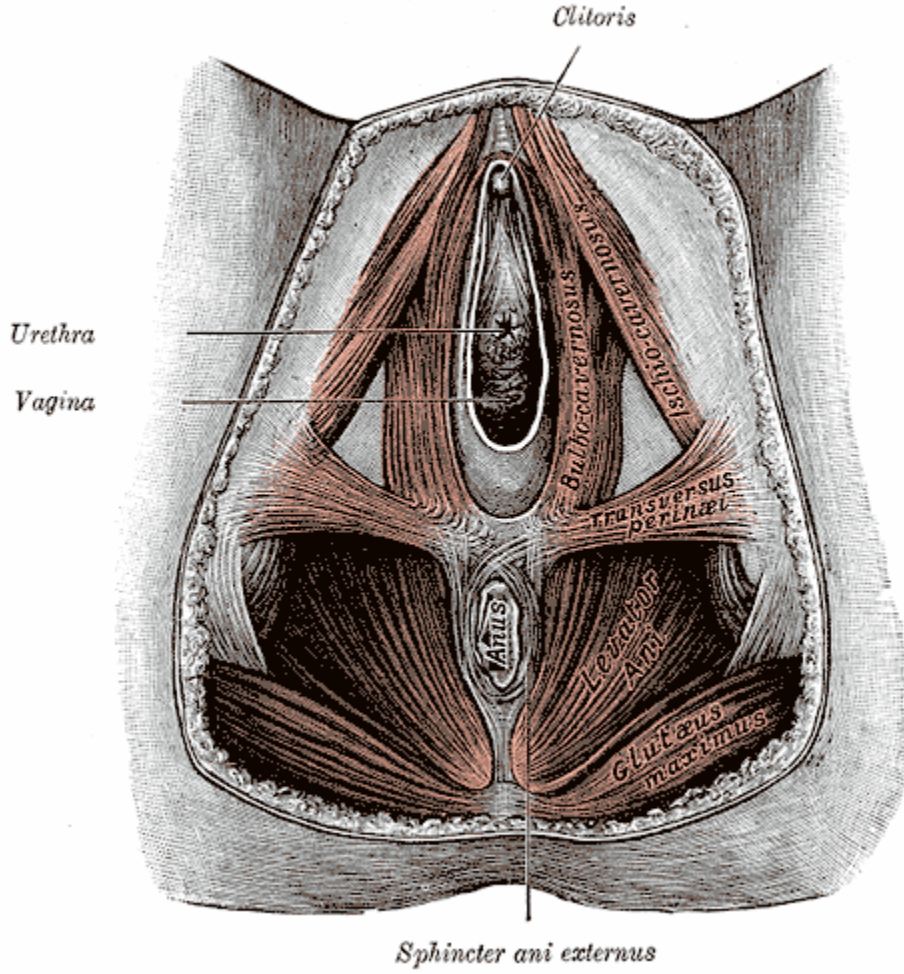
Aynı zamanda perine; transver perine kasları ve bulbokavernozus kasıyla biçimlenmiş vajina ve rektum arasındaki bölge olarak da tanımlanabilir (54, 55). Anatomik olarak perine, pubik alandan koksise doğru posterior anal üçgen ve anterior ürogenital organın ayrımına kadar uzanır (49).

Perinenin sınırları:

- Önde: pubik ark ve pubisin “arkuat ligament”i
- Arkada: “coccyx”
- Yanlarda: pubisin inferior kolu ve “ischial tuberosity” ve “sacrotuberous ligament”tir.

Perinenin tabakaları:

- Cilt
- Yüzeysel perineal fasya: 1-Yüzeysel yağ tabakası, 2- Colles’ fasya
- Derin perineal fasya ve kaslar
- Pelvik tabanın fasya ve kasları (56).



Şekil 1. Perine

1.7.6 Perine Masajı

Perine masajı; perine dokularını doğuma hazırlamak ve elastikiyetini artırmak için kullanılan bir tekniktir. Gebelere doğumdan 6-8 hafta önce perine masajına başlamaları önerilir (56, 57).

Doğumun I. evresinde her kontraksiyon sırasında perinenin kaslarını gererek genişletmek için nazikçe ve yavaşça yapılan masaja perine masajı denir (2, 56, 58). Doğum sırasında uygulanan perine masajı bebeğin kafasının vajinadan geçişini hızlandırır (58). Ebe perine masajını uygularken iki parmağını 3 - 4 cm vajinanın içine sokar, genişletme hareketi yaparak perine kaslarını nazikçe genişletir.

Perine masajı uygularken önce perine dokusuna ve vajina duvarına suda eriyen kayganlaştırıcı steril jel dökülür (2, 56, 58). Ebe iki parmağıyla ritmik bir ‘U’ hareketi yapar gibi vajina çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirir. Yanlamasına yapılan her hareketle rektum ya da anüse doğru hafifçe bastırılır. Anüse ya da rektuma doğru bastırdıktan sonra 1 – 2 dakika beklenir. Bu hareket kasların elastikiyetini artırır (3, 4, 55, 57).

Perine masajı uygularken bir kenardan diğer kenara , ‘U’ şekli ve baskı metodlarının üçü birden kullanılabilir. Perine masajı uygulayacak olan kişinin tırnakları kısa olmalıdır. Her uygulamadan önce ellerini yıkayıp, eldiven giymesi gerekmektedir (4) .

Perine masajı aktif herpes simplex enfeksiyonu olan gebelere yapılmaz (58).

Perine masajı uygularken gebeye bebeğin uterustan itilmesine neden olmamak için ıkmaması gerektiği söylenir. Servikal dilatasyon tamamlanmadan yapılan erken bir ıknma hareketi perine de yırtıklara neden olabilir (59).

Gebeye masajı uygularken yanma ve ağrı hissettiğinde bunu ebeye iletmesi söylenir. Gebe, perine masajının durdurulmasını istediğinde masaja ara verilir. Gebe devam edilmesini istemezse masaj tamamen sonlandırılır (2-4, 56, 58).

1.8 GENEL BİLGİLER

1.8.1 Genital (Perineal Travma)

Perineal travma, genital bölgede doğum sırasında ya kendiliğinden oluşan laserasyonlar (yırtıklar) ya da cerrahi insizyon veya epizyotomiye bağlı olarak gelişen herhangi bir hasar olarak tanımlanır (60, 61).

Laserasyon: Keskin olmayan cisimle kuvvet uygulanarak oluşan aşırı gerilme, yırtılmadır. Laserasyonlarda yara kenarları düzensiz olur (91,132).

Obstetrik perineal laserasyonlar, doğum sırasında her yaş grubundan kadında oluşabilir (23, 60). Laserasyonlara neden olduğu belirtilen maternal ve fetal faktörler vardır. Maternal faktörler; yaş, gebelikte alınan kilo, son prenatal hematokrit, doğum pozisyonu, doğumun I. evresinin süresi, önceki doğumlarda epizyotomi öyküsü ve prenatal perine masajıdır. Fetal faktörler; bebeğin kilosu, iri bebek ve bebeğin başının fleksiyonudur (26).

Perineal Travmanın Sınıflandırılması

1-Birinci derece: Sadece perineal cilt etkilenmiştir. Sadece vajinal mukozoyu etkileyen ve perine derisinde olan yırtıklardır.

2-İkinci derece: Perineal kaslar ve cilt etkilenmiştir. Perine dokusunu da kapsayarak perineal kaslara uzanan ancak; anal sfinkteri etkilemeyen yırtıklardır.

3-Üçüncü derece: Anal sfinkter kompleksi de dâhil olmuştur (3a< %50 eksternal anal sfinkter yırtığı; 3b> %50 eksternal anal sfinkter yırtığı; 3c'de hem eksternal, hem de internal anal sfinkter etkilenmiştir). Perine dokusunu ve external anal sfinkleri kapsayan yırtıklardır.

4-Dördüncü derece: Anal sfinkter kompleksi ve anal epiteli kapsayan perineum etkilenmiştir. Perine dokusunu, anal sfinkleri, anal epiteli ve anorektal mukozayı kapsayan yırtıklardır (62-64).

Perineal travma ve onarımı, dünya üzerinde doğum yapan milyonlarca kadını etkileyen bir durumdur. Perineal travma oranları, bireysel uygulama çeşitliliğine göre farklılıklar göstermektedir (50, 51).

Doğum yaptıran kişinin pratiği ve tecrübesi genital travma oranını ve derecesini etkileyebilir. Epizyotomi oranı, uygulayıcının tecrübesine ve ülke politikalarına göre değişebilmektedir. Epizyotomi oranı, İngiltere’de % 14, Amerika’da % 50 olarak belirtilmektedir. Türkiye için bu oran bilinmemekle birlikte ülkemizde, hastanelerde gerçekleştirilen doğumlarda yeni doğanın doğum travmasına maruz kalmasını önlemek için rutin epizyotomi uygulanmaktadır (39, 49).

1.8.2 Laserasyonlar

Son yıllarda epizyotomi sıklığında azalma olmasına karşın perineal travma oranları hala yüksektir (65). Samuelson tarafından 2002 yılında İsveç’te genital travmalar konusunda yapılan bir çalışma ile kadınların %78’inde laserasyon, %47.1’inde ikinci derece perineal laserasyon olduğu bildirilmiştir (66).

Araujo ve Oliveira tarafından 2008 yılında Brezilya’da doğum sırasında perine hasarını değerlendirmek üzere yapılan bir çalışma ile, perineal travmaların %72.3’ünün birinci derece laserasyon, %27.2’sinin ikinci derece laserasyon olduğu, hiçbir olguda üçüncü ve dördüncü derece laserasyonların gözlenmediği belirlenmiştir. Birinci derece laserasyon kontrol grubunda %78.3, petroleum jel (lubrikant) kullanılan deney grubunda %66.7 olmakla birlikte iki oran arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (19). Stamp ve arkadaşları tarafından 2001 yılında İngiltere’de yapılan diğer bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmış olup, masaj uygulanan kadınlarda gelişen ikinci derece laserasyon oranları (%35.7) ile kontrol grubunda gelişen laserasyon oranları arasında (%35.5) fark olmadığı saptanmıştır (2). Murphy ve Feinland tarafından 1998 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde evde doğum sırasında oluşan perineal travmalar

konusunda yapılan prospektif bir çalışma ile ebe ve hemşireler tarafından yaptırılan 1068 doğum değerlendirilmiştir. Nullipar kadınların %22.2'sinde, multipar kadınların ise %11.7'sinde birinci derece laserasyonlar gözlenirken, nullipar kadınlardaki ikinci derece laserasyon oranı %31.5, multipar kadınlarda %10.5 olarak saptanmıştır. Araştırmacılar, çalışmaya dahil edilen olguların %19.9'unu oluşturan nullipar kadınlarda perineal travma ile ilişkili faktörün doğum sırasındaki perine masajının olduğu sonucunu çıkarmışlardır (20).

Klinik çalışmalar epizyotomi uygulanmayan kadınların yarısından fazlasında suture edilmesi gereken laserasyonlar oluştuğunu göstermiştir (65). Perineal laserasyonlar onarılrken ebeler ve doktorlar tarafından kullanılan çeşitli yöntemler olmakla birlikte bu girişimler uygun ve etkin tedavi ile ilgili çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Perineal laserasyonların suture edilmesi, kanamanın durdurulması ve yara iyileşme sürecinin hızlandırılması amacıyla en sık kullanılan yöntemdir. Çoğu vajinal doğumda genital yollarda laserasyonlar gelişebilir, epizyotomi gerekebilir veya her iki durum birden gerçekleşebilir. Bu durum, özellikle ilk doğumlarını yapan kadınlarda ortaya çıkar. Birinci derece laserasyonun suture edilmesine gerek yoktur. İkinci derece laserasyon kolayca suture edilerek genellikle de komplikasyonsuz iyileşirler. Ancak, üçüncü derece laserasyonların daha ciddi sonuçları vardır. Bu laserasyonların bir uzman tarafından suture edilmesi, bu girişimle ortaya çıkma olasılığı yüksek olan fistül veya fekal inkontinans gibi sorunların önlenebileceği belirtilmektedir (67).

1.8.3 Epizyotomi

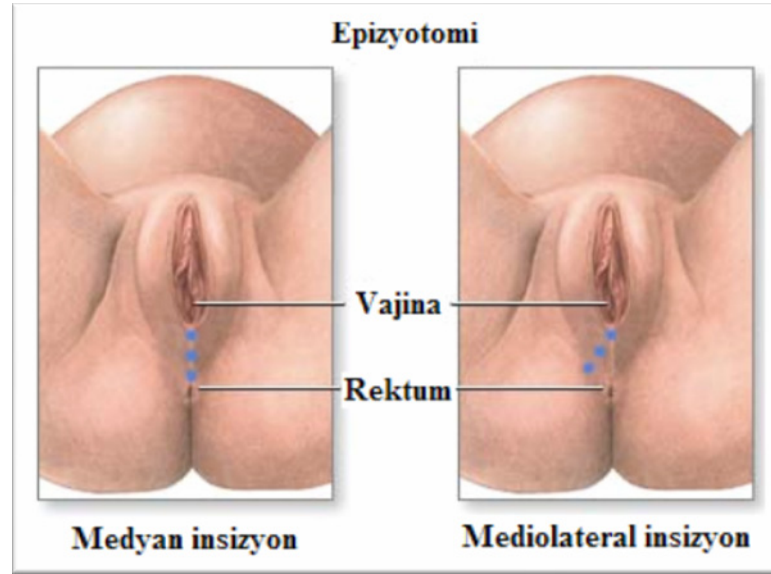
Perineal laserasyonlar 1800'lerin sonlarından itibaren birçok bilim adamı tarafından araştırılmıştır (68-70). On dokuzuncu yüzyılın başlarında Delee ve Pomeroy, perineal laserasyonları önlemek amacı ile epizyotominin rutin olarak uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (71, 72).

Daha sonra, 1970 ve 80'li yıllarda, yapılan araştırmalarda epizyotominin perineal laserasyonlara karşı koruyucu etkisinin olmadığını, ancak laserasyonların şiddeti ve sayısındaki artışla ilişkili olduğunu bildirmektedir (14, 73, 74). Bu sonuç Woolley tarafından 1995 yılında yayımlanan iki ayrı derlemede vurgulanmıştır. Woolley 1983 yılında 189 makaleyi gözden geçirerek hazırladığı derlemelerde epizyotominin tek avantajının anterior laserasyonlardaki azalma olduğunu bildirmiştir (75, 76). Lede, Belizan ve Carroli, 1996 yılında yaptıkları çalışma ile epizyotominin rutin kullanımının yararlı olduğuna dair geçerli kanıtlar olmadığı sonucunu çıkartmışlardır (77). Renfrew, Hannah, Albers ve Floyd 1998 yılında 77 bilimsel çalışmayı (25 randomize, 4 meta analiz, 4 prospektif, 36 retrospektif, 8 referans kitap) gözden geçirdikten sonra epizyotomi uygulamasının sınırlanması gerektiği sonucuna varmışlardır (1). Epizyotomi uygulamasının perineal laserasyonların önlenmesinde etkin bir yöntem olmadığı sonucuna varılmasının ardından perineal laserasyonların önlenebilmesine yönelik girişimler araştırılmaya başlanmıştır (13, 14). Bu çalışmaların çoğu oksitosin indiksiyonu ve/veya oksitosin indiksiyonunun güçlendirilmesi, epidural anestezi ve forsepsli doğum girişimlerinin araştırılması ile ilgilidir (45, 74, 78).

Epizyotomi, doğum kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi işlemdir (52). Epizyotomi oranlarının İngilizce konuşulan ölkelerde (Güney Amerika-Kanada: %23.8 ve Birleşik Devletler: %32.7) düşük ancak diğer birçok ölkede (Güney Amerika ve Orta Amerika-Brezilya: %94.2, Güney Afrika-%63.3 ve Asya-in: %82) halen yüksek olduğu belirtilmektedir (79). Epizyotomi ile ilgili çalışmalar, bu cerrahi girişimin ölkeler arası %9.7 (Kuzey Avrupa-İsveç) ile %96.2 (Güney Amerika-Ekvator) arasında değişen farklılıklar olduğunu göstermektedir (19).

Birleşmiş Milletlere bağlı ülkelerde epizyotomi uygulama sıklığının son 25 yılda azaldığı bildirilmekle birlikte, 2003 yılında tüm vajinal doğumların yaklaşık %25'inde epizyotomi uygulandığı saptanmıştır. Bu sonuçlar aynı zamanda epizyotomi uygulama sıklığının 2003 yılında artış gösterdiğini destekleyen önemli bir bulgudur (80). Althabe ve arkadaşları tarafından 2002 yılında epizyotomi oranını belirlemek üzere Latin Amerika'da 16 ülkede primipar kadınlarda yapılan çalışmada, epizyotomi uygulama oranının 91 hastanede %80'den, 69 hastanede %90'dan fazla olduğunu bulmuşlardır (81). Allen ve Hanson tarafından 2005 yılında epizyotomi uygulama sıklığını belirlemek üzere 3120 hasta ile yapılan çalışmada, epizyotomi uygulama sıklığını (insidans) %48 olarak saptamışlardır (82).

Perineal travmaların en sık nedeni epizyotomidir. Epizyotomi, ikinci derece perineal laserasyonlara benzer bir travmaya neden olur. Yakın zamanda yapılan randomize kontrollü çalışmalar, rutin epizyotominin yararı olmadığı gibi zararlı olduğunu da göstermiştir (83, 84). Epizyotomi uygulamasının sınırlandırılması perineal travma riskini azaltırken, epizyotomi olmaksızın doğum eylemi gerçekleşen kadınların yaklaşık %50'sinde de birçok tabakayı içeren laserasyonlar olduğu belirtilmiştir (85, 86).



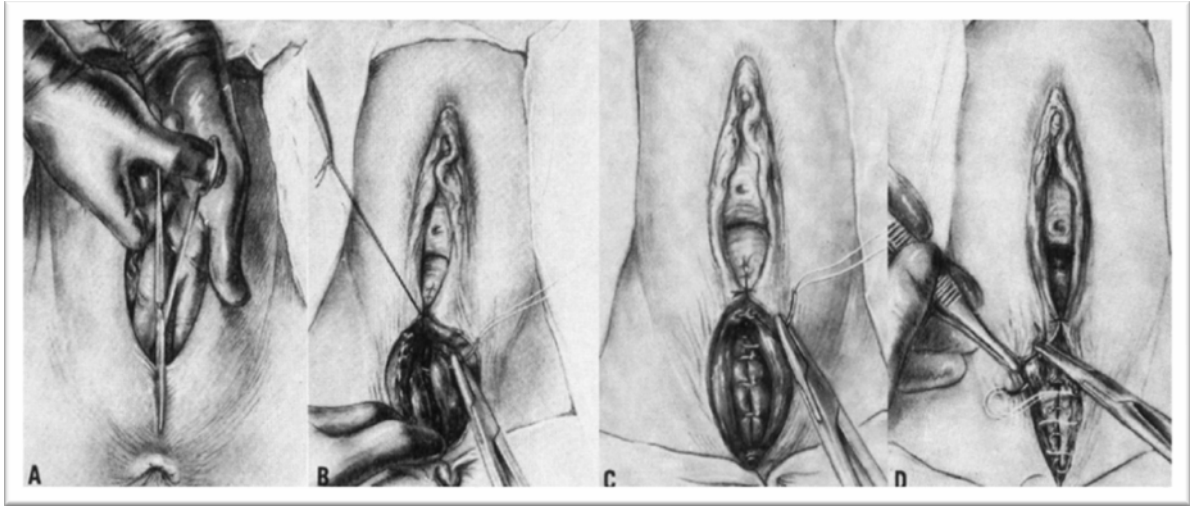
Şekil 2. Epizyotomi Uygulama Şekilleri.

Epizyotominin primipar kadınlarda multipar kadınlara göre daha sık kullanıldığına dair veriler giderek artmaktadır (87). Kanada’da yapılan bir çalışmanın sonuçları, epizyotomi oranlarının primiparlarda %80’in üzerinde ve multiparlarda %50-60 arasında olduğunu göstermiştir (88). Epizyotomi ile ilgili oranların yüksek olması bu girişimin rutin uygulamaya girmesini öneren bilimsel çalışmaların yapılmasına neden olmakla birlikte, elde edilen sonuçların rutin uygulamanın yararlı olduğunu destekleyecek netlikte olmadığı, ayrıca randomize kontrollü klinik çalışmalar ile epizyotomiden kaçınmanın perineal bütünlüğün korunmasına da katkıda bulunduğu gösterilmiştir (29, 89).

Perineal travma sonucu oluşan ağrı yanı sıra kadının cinsel yaşantısı ve özsaygısının olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koyan çalışma sonuçlarından yola çıkarak epizyotomi uygulamasına sınırlama getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (10, 12).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), vajinal doğum esnasında maternal lacerasyonlara karşı koruma, doğumu kolaylaştırma veya hızlandırma gibi maternal veya fetal endikasyon durumlarında epizyotominin

uygulanabileceğini, bu endikasyonlar olmadıkça epizyotomi uygulamasına sınırlama getirilmesi gerektiğini belirtmektedir (90). American College of Nurse-Midwives (ACNM), vaginal doğumda epizyotomiye genellikle gereksinim olmadığını, ancak bebeğin hızlı bir şekilde doğurtulması gereken durumlarda epizyotominin uygulanabileceğini belirtmektedir. ACNM ayrıca, epizyotomi uygulamadan önce hastanın bilgilendirilmesi ve sorularının yanıtlanmasını önermektedir (91). Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) ise, rutin epizyotomi uygulanmasının vajinal bir doğumu desteklemek için gerekli olmadığını ancak, fetal risk veya maternal distress oluştuğunda doğum sürecini hızlandırmak amacıyla kullanılabileceğini bildirmiştir (92).



Şekil 3. Epizyotomi ve Onarımı.

1.8.4 Perineal Travmayı Azaltmayı Amaçlayan Uygulamalar

Doğumun en iyi şekilde sonuçlanmasını sağlayacak koşulların belirlenmesine yönelik yapılan araştırma sonuçları perineal travma riskini arttıran veya azaltan risk faktörleri konusunda bir uzlaşmaya varılamadığını ortaya koymakla birlikte perineal

laserasyonu engelleyecek geçerli bir tekniğin olmadığını ileri süren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (13, 89, 93, 94). Perineyi korumak amacı ile uygulanan yöntemler arasında; perine masajı, ıkınma, vertikal ve lateral doğum pozisyonları, sefalik geliş için perineal koruma teknikleri, sıcak kompres ve lubrikant kullanımı sayılabilir (2, 13, 95).

Nullipar kadınlarda, doğumdan birkaç hafta önce uygulanmaya başlanan perine masajının perineal travma riskini azalttığı, doğumun II. evresinde kayganlaştırıcılarla yapılan perineal masajın II. evrenin süresini azaltmakla birlikte, perineal bütünlük üzerine anlamlı etkisinin olmadığı belirtilmiştir (2, 96).

Araujo ve Oliveria tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışma ile petroleum jel kullanılan grup (%63.0) ile kullanılmayan grup (%60.5) arasında laserasyon görülme oranları arasında fark olmadığı saptanmış, bu çalışmaya katılan spontan vajinal doğum yapan kadınlarda (tüm katılımcılar) gözlenen laserasyon oranı %38.2'dir (19). Diğer bir çalışmada primipar kadınlarda vajinal doğuma bağlı travma oranı benzerdir (%73.3) (66). Stam ve arkadaşlarının 2001 yılında doğumun 2. evresinde yapılan perine masajının etkisini değerlendiren bir çalışmada ise, spontan laserasyon oranları deney grubunda %60.9, kontrol grubunda %63.6 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada suda çözünen lubrikant uygulaması da yapılmış (ekspulsif dönemde), iki grubun laserasyon oranları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı saptanmıştır (2).

Albers ve arkadaşlarının 1995 yılında yaptıkları prospektif randomize olmayan diğer bir çalışmada 1211 spontan vajinal doğum değerlendirilmiş, sıcak kompres ve perineal kayganlaştırmanın (ekspulsif dönemde) perineal laserasyonda artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Su bazlı lubrikant kullanan kadınlarda laserasyon oranı %50.0,

kullanmayalarda %26.0 olup, aralarında bulunan farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (13).

Albers ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları ebe hemşirelerin yardımıyla gerçekleşen 3049 doğumun değerlendirildiği bir çalışmada, perineal travmanın lateral doğum pozisyonu ve sıcak kompres ile azaldığı saptanmıştır. Bu azalma dokuların beslenmesi ve buna bağlı olarak dokudaki gevşemenin kolaylaşması ile ilişkilendirilmiştir (65). Shorten ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları doğum pozisyonu ile perineal travma arasında ilişki olduğunu gösteren bir çalışmada, lateral pozisyonun intakt perineum oranlarındaki artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (97).

Gupta ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada, doğumun ikinci evresinde kadına verilen pozisyonun, epizyotomi uygulaması ve perineal laserasyonlar üzerine etkilerini ele alan 19 çalışma değerlendirilmiş, dik veya lateral pozisyonun supin veya litotomi pozisyonundan daha az epizyotomi gerektirdiği ancak, ikinci derece perineal laserasyonlarda artışa neden olduğu bildirilmiştir (98).

Epizyotominin perineal laserasyonları azaltmada etkisiz bir yöntem olması nedeniyle perineal laserasyonların oranını etkileyebilecek epizyotomiden çok diğer bileşenleri (perine masajı) inceleyen çalışmalarda artış olmuştur (26).

1.8.5 Perine Masajı ve Perineal Travma

Ebeler, perine masajı ve doğumu yöneterek, çoğu kadının epizyotomiye gerek kalmaksızın doğum yapmasını sağlayabilirler.

Keenan ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılan bir çalışmada, doğum esnasında eşleri tarafından masaj yapılan kadınlarda perineal travma oranlarının azaldığı bildirilmiştir (99). Perine masajı ve bebeğin başının doğum sırasında

özellikle taçlanma evresinde desteklenmesi ile perineal laserasyonların önüne geçilebileceği ileri sürülmektedir (100).

Gebelik sırasında perine masajının koruyucu etkisi iki randomize çalışmayla değerlendirilmiştir. Birleşik Krallık'da 861 nullipar kadınla yapılan çalışmada, gebelik sırasında perine masajı yapılanlarda perineal travma oranı %69.0, yapılmayanlarda %75.0 bulunmuştur. Bu sonuçlar perine masajının yaklaşık %6.0 oranında yarar sağladığını göstermekle birlikte aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (24). Kanada'da yapılan çalışmada, ilk vajinal doğumunu gerçekleştirecek kadınların, antenatal perine masajı ile perineal travma oranlarında artış olduğu (%10.0 oranında) belirlenmekle birlikte bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (25). Aynı araştırmacılar tarafından, bu kadınların üç aylık izleminde perine masajı uygulanan ve uygulanmayan gruplarda perineal işlev açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (101).

Perine masajı doğumun II. evresinde de uygulanabilen bir yöntemdir (102). Doğumun II. evresinde yapılan perine masajını değerlendiren iki randomize kontrollü çalışma ile perine masajının perineal travma olasılığını azaltmadığı gibi arttırmadığı da gösterilmiştir (29, 96).

Stamp ve arkadaşları, 2001 yılında doğumun 2. evresinde yapılan perine masajının perinatal sonuçlara etkisini incelemek üzere yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ilk doğum sırasında yapılan perine masajının perine travmasına, perinede oluşan ağrıya, üriner ve seksüel sonuçlar üzerine hiçbir yararı olmadığı gibi, herhangi bir zararın da olmadığını belirtmişlerdir (2, 28) .

Gebeliğin son haftalarında kadın ya da partneri tarafından düzenli yapılan perine masajının perineal elastikiyeti arttırdığını savunan çalışmalar olmakla birlikte,

bu tekniğin perineal travmayı azaltmadaki etkinliğinin halen tartışmalı olduğu, daha fazla sayıda olguyla çalışılması gerektiği belirtilmektedir (24, 103).

Labrecque ve arkadaşları, 2000 yılında yaptıkları, gebelik sırasında uygulanan perine masajının doğumu takip eden 3 ay süresince perineal semptomlar üzerine etkisi isimli çalışmada, gebeliğin 34 – 35. haftalarında yapılan perine masajının postpartum 3 ay süresince perineal semptomlar üzerine etkisini araştırmışlardır. Bu çalışma ile deney grubundaki kadınlara perine masajı teknikleri öğretilerek gebeliğin 34 – 35. hastasından doğuma kadar, her gün 10 dakika perine masajı yapmaları istenmiştir. Kadınlar, perine ağrısı, disparoni, cinsel doyum, gaz, gaita, dışkı inkontinansı ile ilgili bulguların görülme zamanlarını, doğumdan sonra 3 ay boyunca kaydetmişlerdir. Daha önce vajinal doğum yapmamış kadınlar arasında postpartum 3 aylık dönemde, masaj ve kontrol grubunda perine ağrısı, disparoni, cinsel doyum, gaz, gaita ve idrar açısından fark bulunmamıştır. Ancak multipar kadınlarda ise deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha az perine ağrısı yaşadıkları, disparoni, gaz, gaita ve idrar inkontinansı açısından 2 grubun birbirine benzer oldukları saptanmıştır (25).

Ayrıca, postpartum dönemdeki ağrı ve sızının epizyotomi ile ilişkili olduğu, hatta epizyotomi sonrasında gelişen enfeksiyonlara bağlı olarak maternal mortalite oranında da artış olduğu belirtilmektedir (100).

Daha sonra Renfrew ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılan prenatal perine masajının perineal laserasyonların önlenmesinde gelecek vadeden üç yöntemden biri olduğu (diğerleri; maternal pozisyon ve ıkınma şekli) bildirilmiştir. Davidson ve arkadaşlarının 1975-1995 yılları arasında retrospektif olarak yaptıkları bir çalışmada laserasyonun derecesi ile parite ve perine masajının ilişkili olduğu bildirilmiştir. Prenatal perine masajının laserasyonları azalttığı bildirilmiştir (26).

Bazı perineal laserasyonlarda ise sütür kullanılmamasının daha doğru olduğu, sütür kullanılmayan kadınlarda ağrı şiddetinin daha az olduğu belirtilmektedir (104).

Epizyotomi uygulama oranlarının düşürülmesinde masajın perine üzerindeki etkisini tanımlayacak çalışma sonuçlarına ihtiyaç bulunduğu, daha önce yapılan çalışmalar ile bu problemin uzun yıllar göz ardı edildiği belirtilmektedir (47, 105).

1.8.6 Perine Masajı ve Ağrı

Doğum ağrısı, genellikle ağrının en dayanılmaz biçimi olarak tarif edilebilir. Doğum ağrısına; uterus kontraksiyonları, serviks dilatasyonu, pelvik kasların ve vajina duvarının genişlemesi ve fetusun doğum kanalında ilerlemesi neden olur (106). Birçok kadın mümkün olduğunca doğumun II. evresine kadar ağrıya katlanır. Nonfarmakolojik teknikler (masaj, duş, vs.) doğumun I. evresinde oluşan ağrıda epidural aneljezi ihtiyacını azaltır. Fakat doğumun II. evresinde ağrı çok acı verebilir ve epidural aneljeziye gereksinim duyulabilir (106) .

Normal vajinal doğumlarda doğumun II. evresinde oluşan perine ağrısında aneljezi kullanımı önerilmez. İngiltere’ de ebelerin klinik uygulamalarda perinede oluşan ağrıyı azaltmak için bazı gebelerde aneljezi kullandıkları belirtilmektedir (107). Ülkemizde klinik uygulamada epizyotomi oranının yüksek olması nedeniyle, doğumun II. evresinde aneljezi kullanımına sık rastlanmaktadır.

Multipar kadınlara uygulanan perine masajı perine travmasına, dolayısıyla da perine ağrısına neden olmamaktadır. Perine ağrısının perineal travmaya bağlı olarak gelişebileceği düşünülmektedir (103, 108).Doğumdan sonra yaklaşık üç ay içinde gelişen postpartum perine ağrısı frekans oranlarının %10 ile %56 (23) arasında değiştiği, multipar kadınlarda %6, primipar kadınlarda %22 oranında perineal sızı geliştiği belirtilmektedir (101).

Epizyotomi ile ilişkili sfinkter dışı genital travmaların postpartum perine ağrısına ve inkontinansa neden olduğu bilinmektedir (66). Ayrıca, çalışmalar epizyotominin perineal laserasyondan daha şiddetli ağrı, cinsel disfonksiyon ve enfeksiyonlara neden olduğunu göstermiştir (93).

Eason ve arkadaşları, 1996 yılında yaptıkları, doğumdan sonraki anal inkontinans isimli çalışmada, anal sfinkter yırtıkları ve perine masajı arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (109) . Anal sfinkter yırtıklarının ilgili olduğu faktörler; primipar olma, bebeğin doğum ağırlığı, epizyotomi ve forseps doğumlardır. Anal sfinkter yırtıklarında en önemli risk faktörü; primipar gebeliklerdir. Ayrıca perine masajı uygulama ve annenin pozisyonu gibi anal sfinkter yırtıklarını etkileyebilecek faktörde mevcuttur (41). Epizyotomiden kaçınmak, eğer gerekli ise mediolateral epizyotomi kullanmak, anal sfinkterde oluşabilecek travmaları azaltır (31, 37, 110).

1.8.7 Perine Masajı ve Sorunlar

Bazı sağlık çalışanları, perine masajının perinede oluşan gerginliği azalttığını ve vajina girişinde genişleme sağladığını düşünmektedirler. Bu durum, üriner inkontinans artışına neden olabildiği gibi cinsel ilişki sırasındaki uyarılmayı da azaltabilir. Bu durumu açıklamak amacıyla önerilen mekanizma, perine kaslarının ve derinin gerilmesidir. Müsküler gerilme ile ilgili çalışmalar, masajın, elastikiteyi arttırmaktan çok perine ve pelvik taban kaslarında uzamaya neden olduğunu düşündürmektedir (111, 112).

Perinedeki gerilme, küçük deformasyonların kaynağıdır. Gerilme oranı, doku uzunluğunun oranının, orijinal doku uzunluğundaki gerilmenin altında olmasıdır. Vajinal doğum sırasında orta pubis – koksiz kası, levator ani kasının her

genişlemesinde gerilir. Buradaki en büyük risk kasların genişleyince yırtılmasıdır (113). En uzun doku genişlemesi 3.26 cm genişleme oranı ile orta pubis-koksis kasına aittir. En kısa genişleme oranına sahip olan kaslar orta ve ventral levator ani kasıdır. İleo koksis, pubikoksis ve puborektalis kasları 2.73 cm, 2.50 cm ve 2.28 cm oranları ile maksimum genişleme oranlarına ulaşırlar. Dokuların genişleme oranları fetal başın büyüklüğü ile doğru orantılıdır. Örneğin; fetal başın çapı (kutru) % 9 oranında artığında, orta pubikoksis kasının genişlemesinde aynı orandadır. Kasların gerilme oranları, bebeğin baş çevresi ile doğru orantılıdır (113).

1.8.8 Perineal Travma ve Postpartum Sorunlar

Son on yılda doğum yaralanması ile postpartum pelvik taban disfonksiyonu arasında bir bağlantı olduğu gösterilmiştir (114). Vajinal doğum pelvik organ prolapsusu gelişim riskini 4-11 kat arttırırken, stres üriner inkontinans riskini 2.7 kez arttırmaktadır (115). Doğum sırasında gelişen perine travması üriner ve fekal inkontinansla sonuçlanabilir. Ayrıca cinsel ilişki sırasında ağrı ve dirençli perine ağrısına neden olabilir (34). Anal sfinkter rüptürü ve fekal inkontinanstaki sorumlu obstetrik faktörler arasında forseps kullanımı, epizyotomi uygulaması ve II. evrenin uzaması yer almaktadır (114, 116-119). Diğer çalışmalarda II. evre uzamasının pelvik taban yaralanmalarında önemli risk faktörü olduğu gösterilmiştir (117, 120). Doğumun II. evresinin uzaması, yenidoğanı etkilememekle birlikte, nullipar kadınlarda maternal morbidite ve müdahale gerektiren doğuma neden olduğu, multipar kadınlarda doğumun II. evresinin uzaması maternal ve neonatal morbiditeye neden olduğu belirtilmektedir (120). Doğumun II. evresi iki saati aştığında müdahale gerektiren vajinal doğum riski artarken, bu süre üç saati aştığında perineal laserasyonlar ve yenidoğana yönelik riskin de arttığı belirtilmektedir (121).

Perine travması oluşan kadınlarda üriñer ve fekal inkontinans, ağırlı cinsel ilişki ve direñçli perine ağrısı gibi sorunların ortaya çıkma olasılığı daha düşüktür (23).

Perine travması, doğum anında veya doğumdan sonra kadınlar için bir hastalık tehlikesi oluşturmaktadır. Doğumda oluşan genital travma uzun ve kısa dönemli problemlere yol açmaktadır. Kısa süreli problemler kan kaybı, sütür ihtiyacı ve ağrıdır. Uzun süreli problemler pelvik kasların zayıflaması ile ortaya çıkan üriñer inkontinans ve ağırlı cinsel ilişkidir. Dikkatsizce yapılan epizyotomi sonrası oluşan perine travması kadının seksüel yaşantısını ve özsaygısını etkileyebilir. Fakat epizyotomi uygulamasını kısıtlamaya destek olan güçlü kanıtlar ancak sürekli tekrarlanan sistematik araştırmalarla elde edilebilir (2, 3).

Diğēr bir perine travması olarak bildirilen anal sfinkter yırtıkları için multipar kadınlarda en önemli klinik risk faktörleri; epizyotomi, omuz distozisi, önceki sfinkter yırtıkları, doğumun II . Evresinin süresi ve forseps doğumlarıdır (122, 123) . Doğumun vakumla gerçekleşmesi, epidural anestezi ve bebeğın verteks pozisyonunda olması anal sfinkter yırtıklarında risk oranını artırmaz (122) . Genel olarak obstetrik yırtıkların risk faktörleri; primipar olma, epizyotomi uygulanması, bebeğın iri olması, müdahaleli doğum ve omuz distozileridir (122, 123).

Kadınlarda ağrı ile ilgili olarak görüñen cinsel işlev bozukları kapsamında yer alan bozukluklardan biride disparonidir (124). Disparoninin yaygın olarak yaşandığı dönemlerden biride postpartum dönemdir. Ülkemizde cinsel ilişkiye başlama zamanı postpartum 40. günden sonradır. Ancak perine bölgesinde doğum süresince oluşan laserasyonlara bağılı oluşan disparoni, cinsel ilişkiye başlama zamanını belirlemede temel etken olabilir (124) .

Kadın doğum hekimlerinin üriner inkontinanstaki korunmak için perine masajını önermelerine rağmen, Eason ve arkadaşları, 1995 yılında yaptıkları gebeliğin ve doğumda kullanılan tekniğin üriner inkontinansa etkisi isimli randomize kontrollü çalışmada, periüretal yırtıkların üriner inkontinans riskini arttırmadığını saptamışlardır. Ayrıca perine kaslarını germek için yapılan perine masajının üriner inkontinanstaki korunmada etkisi olmadığı, ancak herhangi bir olumsuz sonuca da yol açmadığını belirtmişlerdir (125).

1.8.9 Doğumun evreleri

Doğumun dört evresi vardır.

1. Dilatasyon (Açılma) Evresi: Gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Bu evre kendi içinde; latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (126-128).

- **Latent Faz:** Düzenli kontraksiyonlar ile başlar, silinme tamam yakın(%100), dilatasyon 2-3cm olduğunda sonlanır. Primiparlarda ortalama 8 saat, multiparlarda ise ortalama 5 saat sürer. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelir ve 15-20 saniye sürer (126-128).

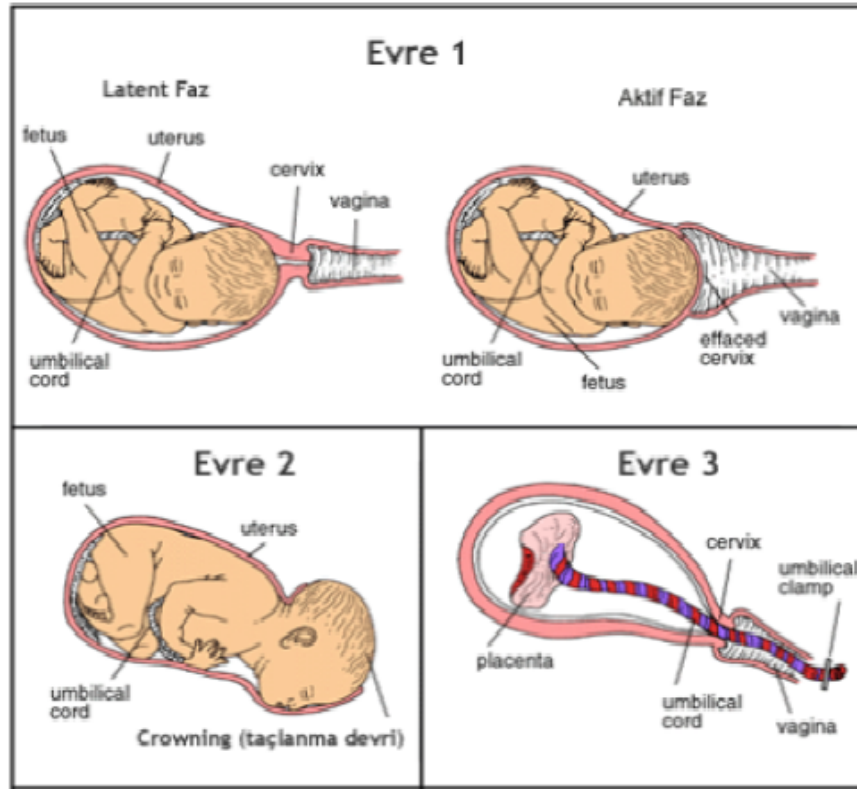
- **Aktif Faz:** Servikal açıklık 3cm olduğunda başlar, 8cm olduğunda biter. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelir ve ortalama 45-60 saniye sürer. Aktif faz ortalama primiparlarda 4 saat, multiparlarda 2 saat sürer (126-128).

- **Geçiş Fazı:** Dilatasyon yaklaşık 8cm olduğunda başlar, 10cm olunca sonlanır. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. Geçiş fazının süresi primiparlarda yaklaşık 1 saat, multiparlarda ise 30 dakikadır. Gebe için doğum eyleminin en güç dönemidir (126-128).

2. Ekspulsiyon (İtilme) Evresi: Serviksin tam olarak dilate olması ile başlar, bebeğin doğması ile sona erer. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. İkinci evre serviksin dilate olmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda 5 ile 30 dakika kadar sürer (126-128).

3. Halas (Plasentanın Ayrılması) Evresi: Bebeğin doğması ile başlar, plasenta ve membranlarının atılması ile sona erer. Bu evre yaklaşık 15-30 dakika sürer (126-128).

4. Kanama Kontrol Evresi: Plasentanın ayrılması ile başlar, 4 saatlik süreyi kapsar. Doğum sonrası erken dönem olarak nitelendirilen bu evre anne ve bebek için çeşitli tehlikeler oluşturabileceğinden yakın gözlem gerektirir (126-128).



Şekil 4. Doğumun Evreleri.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, doğumun I. evresinde ebe tarafından uygulanan perine masajının genital travma ve postpartum ağrıyı azaltmadaki rolünü belirlemek amacı ile planlanmış bir müdahale çalışmasıdır.

2.2 KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmaya alınan gebelere aşağıda belirtilen veri toplama araçları uygulanmıştır.

Bunlar:

2.2.1 Gebe Tanıtım Formu

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu) ve gebeliğe ilişkin bilgileri belirlemek amacıyla literatür bilgilerine dayalı olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış 32 maddelik bir formdur (3, 26, 31, 41, 106, 109, 113, 123, 125). (Ek II)

2.2.2 Genital Travma Tespit Formu

Gebelerin doğum sonu epizyotomi, genital travma derecesi (1, 2, 3, 4 derece laserasyon) ve travma lokalizasyonunu belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından, literatürde yer alan bilgiler desteğinde, hazırlanmış 25 maddelik bir formdur (2, 3, 26, 40, 42, 43, 106, 109, 129). (Ek III)

2.2.3 Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala = VAS)

Görsel Kıyaslama Ölçeği algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrıyı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde ağrı şiddeti işaretlenmektedir. VAS'da standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda VAS'ın dikey kullanımının daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir.

Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde duyarlılığın yüksek olduğu bildirilmiştir (130-132). (Ek IV)

2.2.4 McGill Melzack Ağrı Formu (MASF)

Melzack ve Targerson tarafından 1971 yılında geliştirilen bu soru formu 1975 yılından bu yana kullanılmaktadır (133). Türkiye’ de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kuğuoğlu, Eti-Aslan ve Olgun tarafından 1998 yılında yapılmıştır (131).

Bu form dört bölümden oluşmaktadır. Formun ilk bölümünde hastanın adı ve soyadı, yaşı, tıbbi tanısı, aneljezik kullanıyor ise tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği ve zamanla ilişki ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır (134).

Birinci bölüm: Bu bölümde hastanın, ağrısının yerini vücut şekli üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyor ise ‘D’, vücut yüzeyinde ise ‘Y’, hem derinde hem de yüzeyde ise ‘DY’ harfleri ile belirtmesi istenir (134).

İkinci bölüm: Bu bölümde ağrıyı duysal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleriyle tanımlayan 2-6 kelimeden oluşmaktadır. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği küme içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi istenmektedir. İkinci bölümde yer alan 20 kelime kümesinin ilk onu ağrının duygusal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşturmaktadır (134).

Üçüncü bölüm: Bu bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer almaktadır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelimeler vardır (134).

Dördüncü bölüm: Bu bölümde ağrının şiddetini belirlemeye yönelik ‘hafif’ ağrı ile ‘dayanılmaz’ ağrı arasında değişen beş kelime grubu vardır. Ayrıca bu bölümde ‘yaşanabilir = hedef ağrı ‘ olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği ve ya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almaktadır (134). (Ek V)

2.3 ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma, İstanbul İli Bakırköy İlçesi T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Doğum Servisinde 14.10.2010-14.12.2010 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanenin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri arasında gebe, lohusa ve yenidoğan izlemeleri yer almaktadır.

Doğum servisinde normal vajinal ve müdahaleli doğumlar yaptırılmaktadır. Hastanenin hizmet vermekte olduğu nüfus, genelde İstanbul’a göç eden ve gecekondu mahallelerinde oturan ailelerden oluşmaktadır. Hastane genelde düşük gelirli aileler tarafından sağlık hizmeti almak üzere tercih edilen bir hastanedir. Hastaneye başvuranların çoğunluğunun sağlık güvenceleri yoktur. Hastaneye doğum için başvuran gebelerin genelde eğitim seviyesi düşüktür.

Hastaneye başvuran gebelerin, herhangi bir komplikasyon olmadığı sürece, genelde tercihleri normal vajinal doğumdur.

Bu nedenler ile çalışmanın Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması planlanmıştır.

2.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evren ve örneklemini, 14.10.2010-14.12.2010 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığının İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğumhane servisine doğum yapmak için başvuran gebeler oluşturmuştur.

2.5 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Hastaneye başvuran gebeler arasından, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan gebe (25 deney, 28 kontrol grubu) çalışmaya dahil edilmiştir.

2.6 BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı – bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler, araştırmanın deney (perine masajı uygulanan) – kontrol (perine masajı uygulanmayan) gruplarında yer alan kadınlara göre değerlendirilmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Gebelerin sosyodemografik özellikleri; önceki ve mevcut gebeliklerine bağlı genel sağlık bilgileri (obstetrik).

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin genital (perineal) travmaya maruz kalma durumları ile postpartum (0. Gün) ağrı düzeyleri.

2.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Veri toplama işlemine, 14.10.2010 tarihinde başlanmıştır. Araştırmacı tarafından Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, örnekleme alınmış gebelerde karşılıklı görüşme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma için, önce deney grubu, daha sonra da kontrol grubu belirlenmiştir.

Genital travma oranını belirlemek için araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak hazırlanmış Genital Travma Tespit Formu kullanılmıştır (Ek III) (2, 3, 26, 40, 42, 43, 106, 109, 129).

Postpartum ağrı düzeyini belirlemek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala = VSA) ve McGill Melzak Ağrı Soru Formu (MASF) kullanılmıştır.

Veriler deney ve kontrol grubu olmak üzere iki grup olarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, doğum eyleminin aktif fazında servikal açıklık 5 cm ve üzerinde olan gebelere doğumun I. Evresindenden doğum eylemi gerçekleşene kadar her kontraksiyonda perine masajı uygulanmıştır. Doğumlar araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı perine masajına başlamadan önce ellerini yıkayıp sağ eline steril eldiven giymiştir. Perine masajını uygulamaya başlamadan önce perine dokusuna ve vajina duvarına kayganlaştırıcı steril jel (savlon) dökülmüştür. Perine masajı uygulanmaya başlandığında, gebe sırtüstü pozisyonda yatakta uzanmıştır. Araştırmacı gebenin sağ tarafında ve gebe ile yüz yüze gelecek şekilde yatağın kenarına oturmuştur.

Araştırmacı perine masajını uygulamada kullanılan üç metoduda (bir kenardan diğer kenara, 'U' şekli ve baskı) ayırt etmeksizin her gebeye uygulamıştır. Araştırmacı iki parmağını (işaret ve orta parmak) ritmik bir 'U' hareketi yapar gibi vajina çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirmiştir. Yanlamasına yapılan her harekette rektuma ve anüse doğru hafifçe bastırmıştır. Anüs ve rektuma doğru bastırdıktan sonra 1-2 dakika beklemiştir. Gebelerin kontraksiyonları NST ile değerlendirilmiştir. Perine masajından rahatsız olduğunu belirten ve masajın sonlandırılmasını isteyen gebelerde perine masajına son verilmiştir.

Kontrol grubu olarak izlenen gebelerde ise araştırmacı rutin uygulamayı kullanmış ve doğum normal seyrinde devam ettirmiştir. Araştırmacı tarafından kontrol grubunda yer alan gebelere perine masajı uygulanmamıştır. Kontrol grubunda da doğumlar araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Araştırma üç aşamada gerçekleşmiştir.

- Araştırmanın ilk aşamasında aktif doğum eylemi başlamadan önce deney ve kontrol grubundaki gebelere sosyo-demografik özellikleri ve gebeliğe ilişkin bilgilerini içeren tanımlayıcı soru formu (gebe tanıtım formu) uygulanmıştır.
- Araştırmanın ikinci aşamasında deney grubundaki gebelere doğum eylemi gerçekleşene kadar araştırmacı tarafından perine masajı uygulanmış ve doğumları gerçekleştirilmiştir.
- Araştırmanın üçüncü evresinde genital travma oranı ve postpartum perinal ağrı düzeyi belirlenmiştir.

Doğum eylemi tamamlandıktan sonra araştırmacı tarafından loğusalar servise alınmadan önce doğumhanede “Genital Travma Tespit Formu” dosyadaki bilgiler de göz önüne alınarak doldurulmuştur.

Lohusalar servise alındıktan sonra mobilize edilmişlerdir. Son olarak postpartum 0. Günde (3.-4. Saatler arası), lohusalar taburcu olmadan önce, araştırmacı tarafından MASF ve VAS ile lohusanın ağrı düzeyi belirlenmiştir.

2.8 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 11.5 for Windows paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde çalışmaya katılan kadınlara ait nominal değişkenlere ait frekanslar sayı ve yüzde dağılımı, sürekli değişkenlere ait değerler ortalama (Ort)±standart sapma (SS) olarak ifade edilmiştir.

İki grubun nominal değişkenler açısından karşılaştırıldığı analizlerde “*Fisher exact test*” ve “*Yates test*”; sürekli değişkenler açısından karşılaştırıldığı analizlerde “*Mann Whitney U test*” kullanılmıştır.

Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

2.9 SÜRE VE OLANAKLAR

Literatür inceleme ve konu seçimi 2007 yılı içinde yapılmıştır. Ocak 2008 tarihinde araştırma deseni seçilmiştir. Şubat 2008 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Çalışmanın verileri ise Ekim 2010 tarihinde toplanmaya başlanmıştır (Şekil 5).

Şekil 5. Araştırmanın Zamanlaması

Yapılan Çalışmalar	Ağustos-Aralık 2007	Ocak 2008	Şubat 2008	Ekim 2008	Şubat 2009	Şubat 2010	Ekim 2010	Aralık 2010	Ocak 2011
Literatür inceleme ve konu seçimi	X								
Araştırma deseninin seçimi		X							
Tez önerisi			X						
Tez uzatma ve öğrenime ara verme				X					
Tez uzatma					X				
Tez uzatma (Yönetim kurulu kararı ile)						X			
Veri toplama aşaması							X		
Verilerin değerlendirilmesi analizi								X	
Tez yazımı									X

2.10 ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilebilmesi için; Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Etik Kurul'u, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılmak isteyen gebelere araştırmanın amacı açıklanarak sözel/yazılı onayları alınmıştır. Araştırmacı; çalışmaya katılan her bireyden çalışmanın amaçları, yöntemleri, hedefleri ve olası tehlikeleri açıklandıktan sonra ve çalışmayla ilişkili herhangi bir işlem yapılmadan önce yazılı bilgilendirilmiş onay almıştır. (Ek VII)

Katılmak istemeyen gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmacı tarafından çalışmanın başında gebelere çalışmaya girmeyi reddetme ya da herhangi bir zaman herhangi bir nedenden dolayı çalışmadan ayrılma konusunda tamamen özgür oldukları açıklanmıştır. Gerektiği takdirde onam formunun yenileneceği ve güncelleneceği; tüm gebelere yeni bilgi verileceği, imzalanmış formun bir kopyasının verileceği ve onlardan çalışmaya devam etmeleri için onam alınacağı açıklanmıştır.

Araştırmacı, çalışmayı "Helsinki Bildirgesi"nin ilkeleri ile ya da araştırmanın yürütüldüğü ülkenin yasaları ve yönetmelikleri ile tam bir uyum içinde yürütülmesini sağlayacağı ve çalışmanın İyi Klinik Uygulamalarında açıklanan ilkelere ya da bireye daha fazla koruma sağlıyorsa, yerel yasalara tam anlamıyla bağlı kalacağını açıklanmıştır.

Araştırmacı hastaların isimlerinin saklı kalmasını ve bireylerin kimliklerinin yetkisiz kişilerden korunmasını temin etmiştir. Kadınları yalnızca formların üzerindeki isim-soyisim baş harfleri ile tanımlamıştır. Gebelerin tanınmasını sağlayan herhangi bir belgenin araştırmacı tarafından tam bir gizlilikle saklanacağı, İyi Klinik Uygulamaları ve

yasal gereklilikler doğrultusunda araştırmacının gebelerin dosyalarını incelemek üzere uygun yasal otorite /otoritelere izin verebileceği açıklanmıştır.

Tüm protokol düzenlemeleri, protokolde yapılacak herhangi bir değişikliğin hayata geçirilmesinden önce, gebelerin güvenliğini ya da çalışmanın yürütölmesini etkileyebilecek herhangi bir düzenleme için yerel etik kuruldan onay alınması gerektiği ile acil bir riski bertaraf etmek için değişikliğin gerekli açıklanmıştır.

Bu protokol ve gebeye verilen bütün eklerin (birey bilgilendirme formları ya da bilgilendirilmiş olur almak için kullanılan çalışma tanımları gibi araştırmacı tarafından Yerel Etik Kurula sunulacağı, çalışma başlatılmadan önce Yerel Etik Kurulun hangi tarihte toplandığını ve onayın alındığı da belirten yazı şeklinde belgelenip araştırmacıya verileceği, yerel etik kurul onayı alındıktan sonra protokolde yapılan herhangi bir değişikliğin de yerel prosedörlere ve düzenleme gereksinimlerine göre araştırmacı tarafından Etik Kurul'a sunulması gerektiği açıklanmıştır.

Araştırmacının tüm advers ve ciddi advers olayları yerel etik kurula bildirmek ve yıllık rapor sunmak ve ilave herhangi bir lokal bildirim gereğini yerine getirmek zorunda olduğu belirtilmiştir.

Araştırmacı çalışmanın idaresinin tamamen belgelenebilmesi ve çalışma verilerinin daha sonradan doğrulanabilmesi için yeterli ve doğru kayıtları tutmuştur.

Bu belgeler iki ayrı kategori halinde sınıflandırılmıştır:

- 1) Araştırmacının alışma dosyası
- 2) Gebenin klinik kaynak belgeleri.

Çalışma kayıtları arasında hastayı tanımlayıcı nitelik taşıyanlar gizli tutulmuştur; ancak istisna olarak bu kayıtlar, devlet kuruluşlarına verilebilir ve bunlar tarafından denetlenebilir.

Rutin dışı işlemlerin masraflarının ve araştırma kapsamında gönüllünün zarar gördüğü durumlarda masrafların araştırmacı tarafından karşılanacağı, çalışmanın protokolü dışına çıkmaları durumunda ise mali ve cezai sorumluluğun sorumlu araştırmacıya ait olduğu belirtilmiştir.

Çalışmanın izlenmesi ve denetlenmesi sorumlu araştırmacı ve tez danışmanı tarafından yapılmıştır.(Ek VII-IX)

2.11 ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya;

T.C. Sağlık Bakanlığının İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğumhane servisine 14.10.2010 – 14.12.2010 tarihleri arasında doğum yapmak için başvuran gebeler arasından:

- 20-30 yaş arası okur-yazar olan
- Servikal açıklığı 5 cm veya üzerinde olan (gebelere ulaşabilmek için)
- 38 ve üzeri gebelik haftasında olan
- 2. gebeliği olan (bir vajinal doğum yapmış)
- Normal baş geliş pozisyonunda fetusu olan (left oksiput anterior geliş pozisyonunda olan)
- Düzenli uterus kontraksiyonu olan (NST ile tespit edilen) alınmıştır.

Riskli gebelikler, kronik sistemik hastalığı (kalp hastalığı, hipertansiyon, böbrek hastalığı vs) olan, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan, çoğul gebeliği olan, abortus küretaj öyküsü olan, sezaryen doğum yapması planlanan, ilk doğumunu sezaryen doğum ile gerçekleştirmiş, doğum öncesi hazırlık sınıfı almış, doğum öncesi dönemde perine masajı uygulanmış, aktif herpes simplex virüsü bulunan ve baş-pelvis uygunsuzluğu olan gebeler çalışmaya alınmamıştır.

Doğum esnasında epizyotomi uygulanan gebeler istatistiksel analizlerde araştırma kapsamı dışına alınmıştır.

Ayrıca verilerin toplanması aşamasında özellikle perine masajı sırasında gebe herhangi bir rahatsızlık hissettiğinde uygulamaya gebenin isteği doğrultusunda devam edilmiş, ya da son verilmiştir.

Doğum eylemi sırasında, gebe ve bebeği risk altında bırakan bir komplikasyon geliştiği veya normal doğum eyleminin sezaryen doğuma dönüştüğü durumlarda uygulamaya son verilerek, çalışmaya araştırma kriterlerine uygun bir başka gebe ile devam edilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN KADINLARA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 1 Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri.

Sosyo-demografik Özellikler		GRUPLAR				P
		Olgu Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
		Ort.±SS	Min-Maks	Ort.±SS	Min-Maks	
Yaş		24.56±2.95	21-30	24.21±2.32	21-30	0.843*
		n	%	n	%	
Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve Altı	21	84.0	23	81.1	1.000**
	Lise ve Üzeri	4	16.0	5	17.9	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	3	12.0	3	10.7	1.000**
	Çalışmıyor	22	88.0	25	89.3	

*Mann-Whitney U testi

**Fisher Exact Test

Tablo 1 de çalışmada yer alan kadınların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir.

Bu çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında kadınların 20-30 yaş arasında ve okur-yazar olmaları yer almaktadır. Deney (24.56±2.95) ve kontrol (24.21±2.32) gruplarında yer alan kadınların yaş ortalamaları birbirine yakındır (p=0.843). Deney ve kontrol gruplarının eğitim düzeylerini karşılaştırmak üzere yapılan istatistik analizler ilkokul ve altında eğitim alanlar ile ortaokul ve üzerinde eğitim alanlar birleştirilerek yapılmış, iki grup arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=1.000). Her iki grubun çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p=1.000) (**Tablo 1**).

3.2. GEBELİK ÖNCESİ DÖNEM VE GEBELİKLE İLE İLGİLİ BİLGİLERİN DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN KADINLARA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Gebelik Dönemi (Gebelik öncesi – Gebelikte) ile İlgili Bilgileri.

Gebelik Öncesi (GÖ) ve Gebelik (G)		GRUPLAR				p [‡]
		Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
		Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks	
Boy (cm)		160.32±6.98	150-180	161.07±7.26	150-175	0.724
Vücut Ağırlığı GÖ (kg)		55.88±7.73	45-75	61.57±9.13	45-82	0.025
Vücut Ağırlığı G (kg)		67.92±8.07	55-82	73.18±8.84	60-90	0.047
BKİ GÖ (kg/m ²)		21.75±2.76	16.53-28.89	23.84±4.01	16.53-34.13	0.034
Gebelikte Kilo Alımı (kg)		12.44±5.97	5-26	11.61±4.15	5-20	0.814
Gebelik Süresi (hafta)		39.90±0.64	38-41	39.78±0.43	39-40	0.325
Perine Masajı Süresi (dk)		37.20±12.34	30-55	-	-	-
		N	%	n	%	P
Gebelikte Sorun Yaşama	Var	7	28.0	4	14.3	0.374*
	Yok	18	72.0	24	85.7	
Gebelikte İlaç Kullanımı	Evet	25	100.0	26	92.9	-
	Hayır	0	0.0	2	7.1	
Gebelikte Düzenli Kontrol	Evet	22	88.0	21	75.0	0.302**
	Hayır	3	12.0	7	25.0	
Gebelikte Düzenli Egzersiz	Evet	8	32.0	6	21.4	0.576*
	Hayır	17	68.0	22	78.6	

‡Mann-Whitney U testi

*Yates Test

** Fisher Exact Test

Tablo 2 ile deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların gebelik öncesi ve gebelikte saptanan ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri, gebelik süreleri ve gebelik dönemine ait bilgileri irdelenmiştir. Deney grubunda yer alan kadınların gebelik öncesi ve gebelikte vücut ağırlık ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik öncesi ve gebelikte vücut ağırlık ortalamalarından daha az olup, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0.025; p=0.047). Deney grubunda yer alan kadınların gebelik öncesi BKİ ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların BKİ ortalamalarından daha düşük olup, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0.034). Deney ve

kontrol grubunda yer alan kadınlar gebelikte kilo alımı ($p=0.814$) ve gebelik süreleri ($p=0.325$) yönünden irdelendiğinde, elde edilen ortalamaların birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Deney grubu ve kontrol grubundaki kadınların gebelik süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0.325$). Tüm gebelere 37.20 ± 12.34 (ortalama $\pm$ standart sapma) dk masaj uygulanmıştır (**Tablo 2**).

Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların gebelik ve gebelik sonucu ile ilgili bilgilerine göre dağılımı incelendiğinde, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.374$). İki grupta gebelikte düzenli kontrole giden kadınların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0.302$). Her iki grup arasında, gebelikte düzenli egzersiz (yürüyüş) değişkeni açısından bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.576$) (**Tablo 2**).

3.3 DOĞUM VE GEBELİK SONUCU İLE İLGİLİ BİLGİLERİN DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN KADINLARA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 3. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Mevcut Gebeliklerine Ait Doğum Sonuçları ve Doğum Süreci ile İlgili Bilgiler.

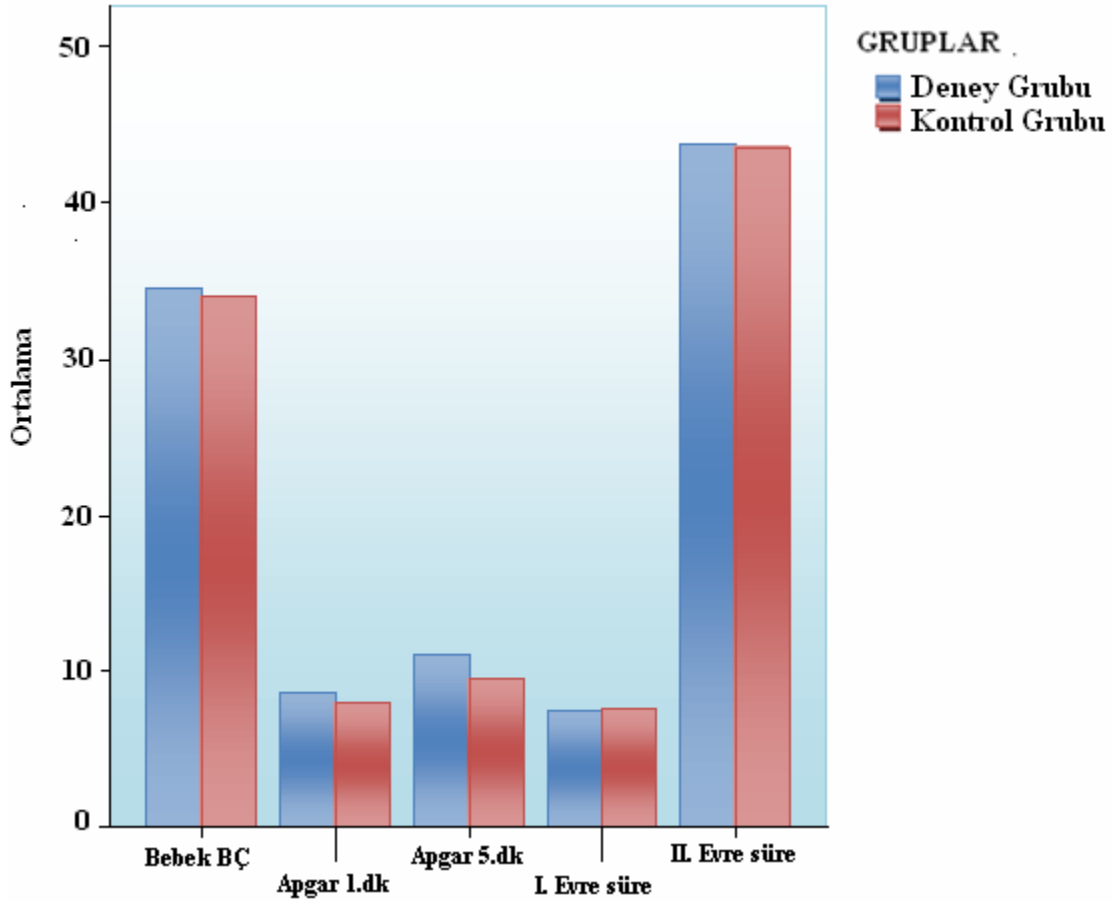
Yenidoğan ve Doğum Süreci ile İlgili Bilgiler		GRUPLAR				p‡
		Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
		Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks	
Bebek DA (kg)		3344.40±437.08	2300-4150	3200.00±447.34	2240-3970	0.297
Bebek BÇ (cm)		34.52±1.58	32-38	34.00±1.56	31-37	0.297
Apgar 1. Dk		8.56±0.82	7-9	7.86±0.97	7-9	0.008
Apgar 5. Dk		9.80±0.41	9-10	9.43±0.57	8-10	0.011
I. Evre Süre (sa)		7.42±1.19	5-10	7.50±1.26	5-10	0.787
II. Evre Süre (dk)		43.80±25.75	20-120	43.57±26.52	15-120	0.893
Mevcut Doğum ile İlgili Bilgiler		n	%	n	%	p
Doğumda Lokal Anestezi Kullanma Durumu	Evet	9	36.0	15	53.6	0.314**
	Hayır	16	64.0	13	46.4	
Oksitosin Uygulama Durumu	Evet	5	20.0	9	32.1	0.491**
	Hayır	20	80.0	19	67.9	
Doğuma Müdahale	Evet	1	4.0	2	7.1	1.000*
	Hayır	24	96.0	26	92.9	
Doğumu Hızlandırma Durumu	Evet	13	52.0	16	57.1	0.921**
	Hayır	12	48.0	12	42.9	

†Mann-Whitney U testi

* Fisher Exact Test

**Yates Test

Deney grubunda yer alan kadınların bebeklerinin 1. ve 5.dk apgar skoru ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların bebeklerinden daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (1.dk p=0.008; 5.dk p=0.011). Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların mevcut gebeliklerine ait bebeklerin doğum ağırlığı, baş çevresi ve doğumun I. ve II. evrelerine ait süre ortalamaları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (**Tablo 3, Şekil 6**).



Şekil 6. Kadınların İkinci Gebeliklerinden Doğan Bebeklerinin Baş Çevresi, 1. ve 5. dk Apgar Skorları; Son Doğumlarında I. ve II. Evrelere Ait Süre.

Tüm gebelerin doğum eylemleri litotomi pozisyonunda gerçekleşmiştir. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doğum sırasında sorun yaşayan kadınların oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p=1.000$). İki grubun lokal anestezi uygulanan kadın oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0.314$). Her iki grup arasında; oksitosin uygulanan kadınların oranı ($p=0.491$) doğuma müdahale edilen kadınların oranları ($p=1.000$); doğumu hızlandırılan kadınların oranları ($p=0.921$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark göstermemiştir (**Tablo 3**).

3.4 ÖNCEKİ DOĞUM VE YENİDOĞAN İLE İLGİLİ BİLGİLERİN DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN KADINLARA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 4. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Önceki Gebeliklerinde Doğan Bebeklerinin Doğum Ağırlığı ve Doğum Süreci İle İlgili Bilgiler.

Önceki Doğuma Ait Bilgiler		GRUPLAR				p‡
		Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
		Ort	SS	Ort	SS	
İlk Bebek DA (kg)		3128.33	300.44	3048.21	263.69	0.432
		n	%	n	%	P
Önceki Doğumda Perineal Travma	Var	22	88.0	21	75.0	0.302*
	Yok	3	12.0	7	25.0	
Önceki Doğumda Zorluk	Evet	11	44.0	16	57.1	0.496**
	Hayır	14	56.0	12	42.9	

‡Mann-Whitney U testi

* Fisher Exact Test

**Yates Test

Deney ve kontrol gruplarının, önceki doğumdaki bebek doğum ağırlıkları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.432). Grupların önceki doğumunda perineal travma öyküsü olan kadınların oranları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.302) Deney ve kontrol gruplarındaki kadınlarda önceki doğumunda zorlandığını belirten kadınların oranları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.496) (**Tablo 4**).

3.5. DOĞUM SONU DÖNEMDE GENİTAL (PERİNEAL) TRAVMA VE TRAVMA DERECELERİNE AİT BİLGİLERİN DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN KADINLARA GÖRE DAĞILIMI

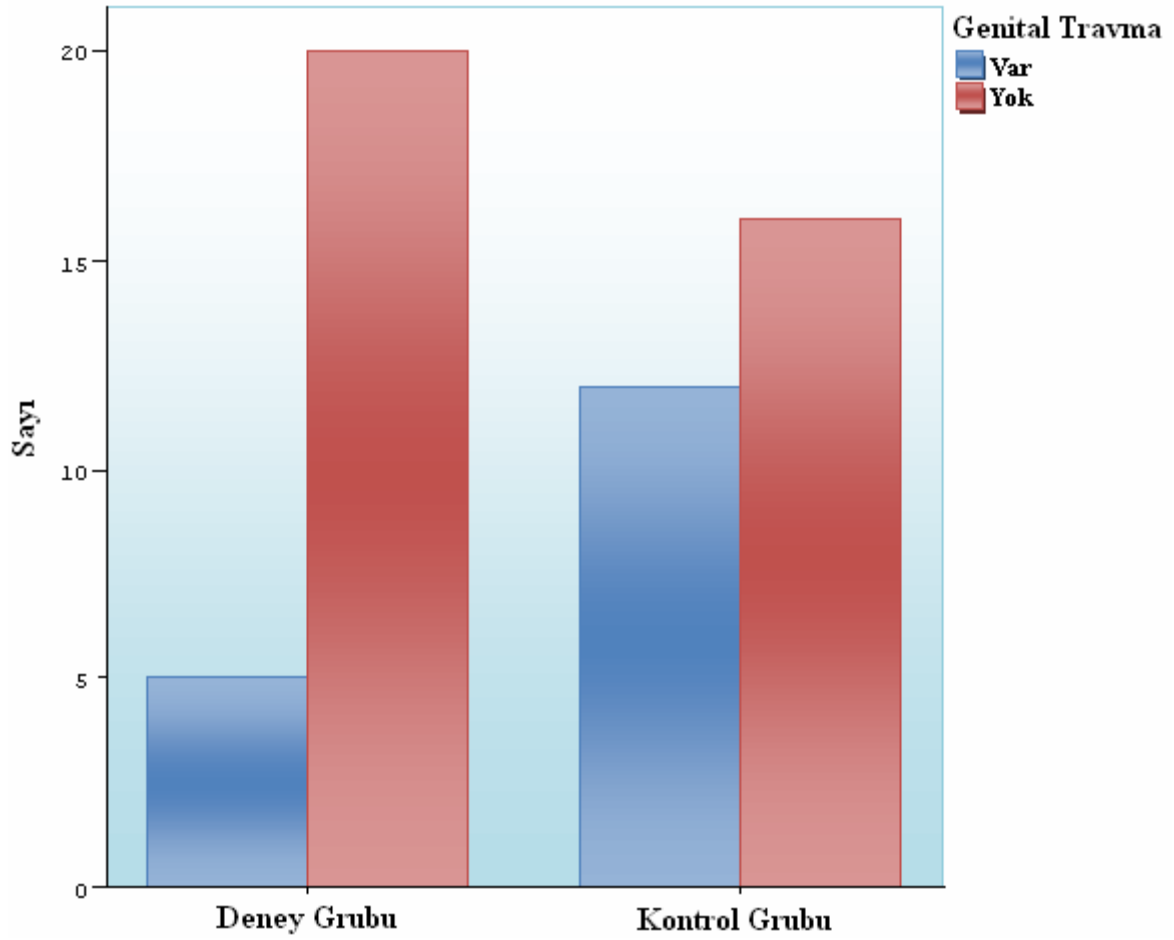
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Genital Travma ve Çeşitli Derecelerdeki Travma Sıklıklarına Göre Dağılımları.

		GRUPLAR				p
		Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
		n	%	n	%	
Genital (Perineal) Travma	Var	5	20.0	12	43.0	0.138*
	Yok	20	80.0	16	0.57	
I.Derece Perineal Travma	Var	4	16.0	7	25.0	0.640*
	Yok	21	84.0	21	75.0	
II.Derece Perineal Travma	Var	1	4.0	4	14.3	0.355**
	Yok	24	96.0	24	85.7	
III.Derece Perineal Travma	Var	0	0.0	1	3.6	-
	Yok	25	100.0	27	96.4	
Sütüre Edilen Travma	Var	1	4.3	4	14.3	0.362**
	Yok	22	95.7	24	85.7	

*Yates Testi

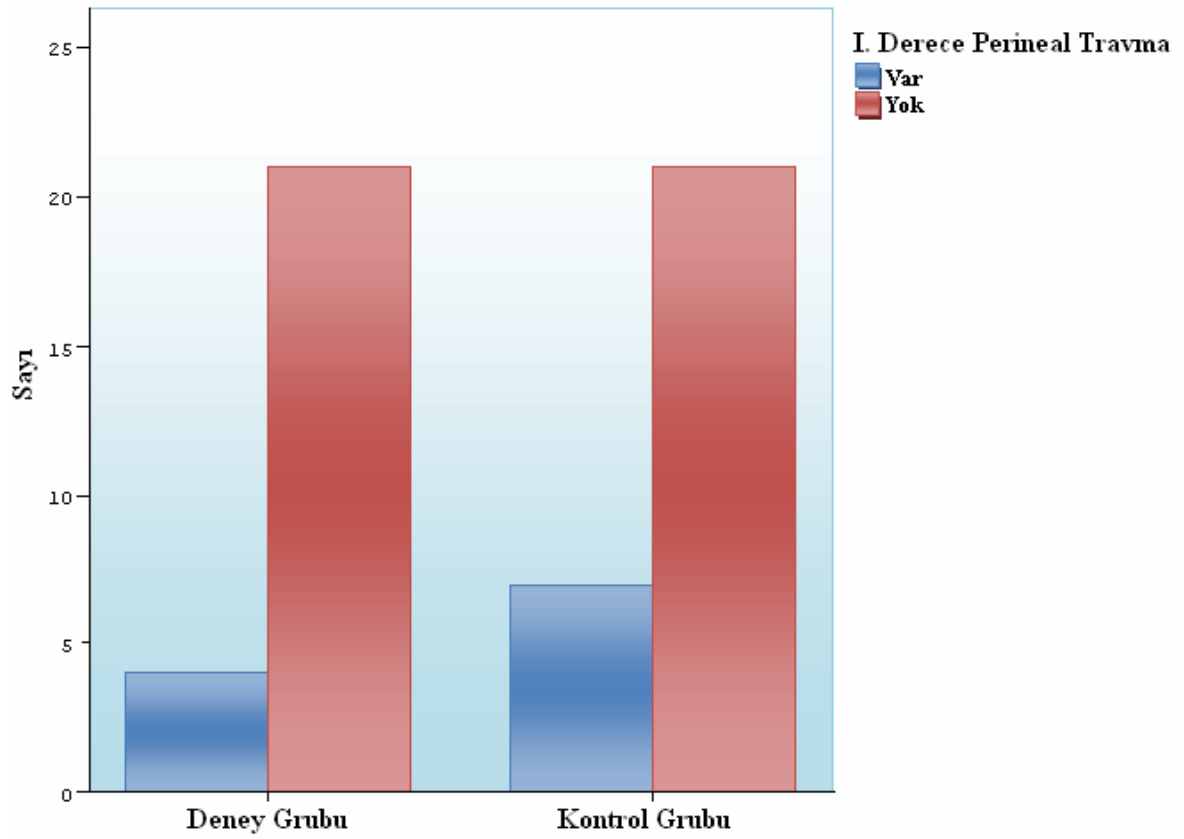
** Fisher Exact Test

Epizyotomi uygulanan hastalar genital travma analizlerine dahil edilmemiştir.



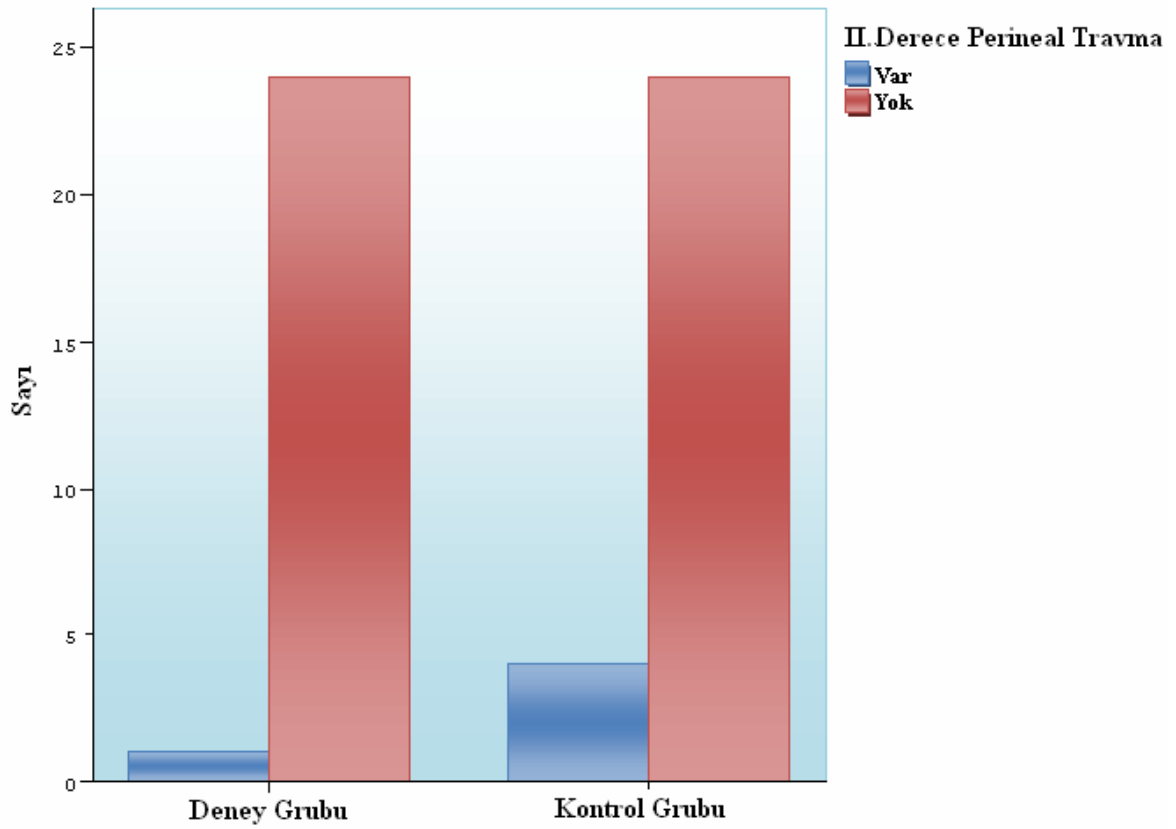
Şekil 7. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda Genital Travma Oranları

Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların genital travma ve çeşitli derecelerdeki travma oranları incelendiğinde (Tablo 5, Şekil 7) deney grubunda genital travması olan kadınların oranı ile kontrol grubundaki kadınların oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.018$). Bu sonuçlar, kontrol grubunda yer alan ve perine masajı yapılmayan kadınların deney grubunda yer alan ve perine masajı yapılan kadınlara oranla daha fazla genital travmaya maruz kaldıklarını göstermektedir (Tablo 5).



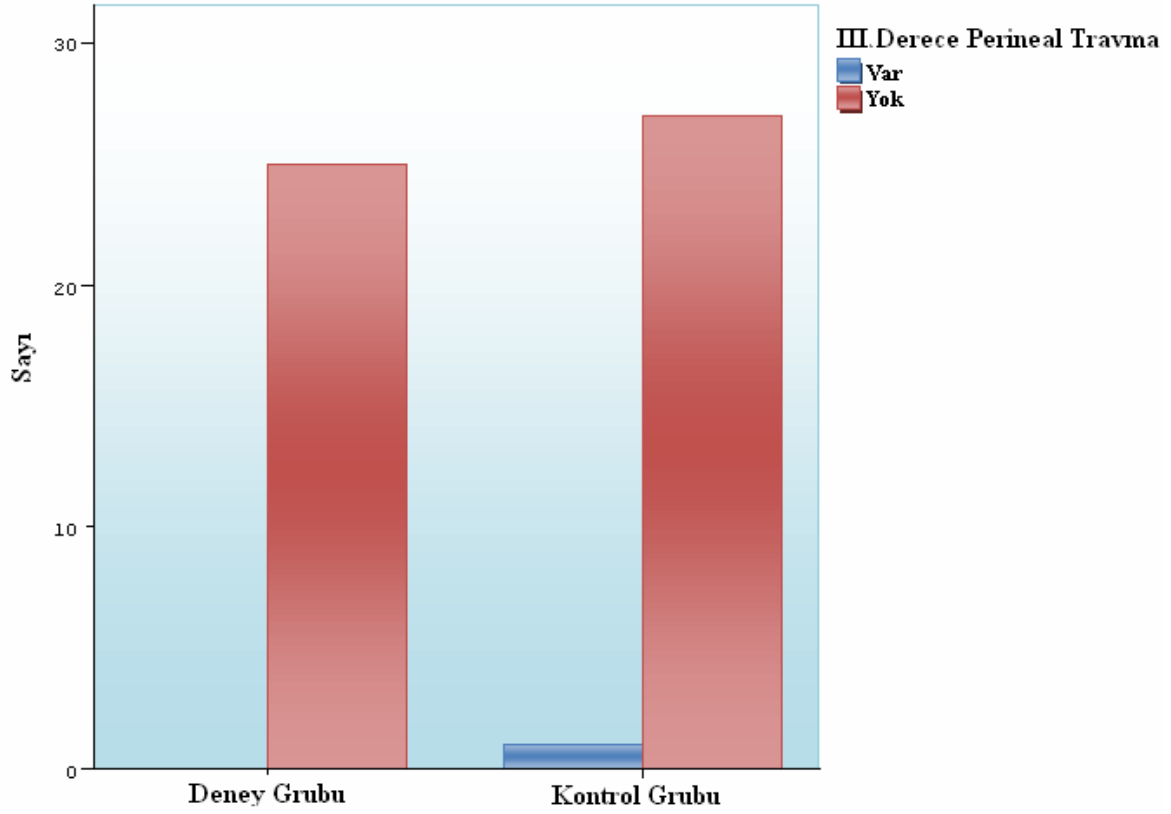
Şekil 8. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda I. Derece Perineal Travma Oranları

Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların I. Derece Perineal Travma durumu incelendiğinde; birinci derece perineal travması olan kadınların oranları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0.640$). (Tablo 5, Şekil 8).



Şekil 9. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda II. Derece Perineal Travma Oranları

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınlar II. derece perineal travma oranları açısından incelendiğinde; deney grubunda II. derece perineal travması olmayan kadınların oranları ile kontrol grubundaki kadınların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p=0.355$) (**Tablo 5, Şekil 9**).



Şekil 10. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda III. derece Perineal Travma Oranları

Üçüncü Derece Perineal Travma Oranlarının Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlara Göre Dağılımı incelendiğinde deney grubunda III. derece perineal travmaya maruz kalan kadın olmadığı, kontrol grubunda III. derece perineal travmaya maruz kalan kadın oranının %3.6 olduğu saptanmıştır (**Tablo 5, Şekil 10**).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınlarda IV. derece perineal travmaya rastlanmamıştır.

Deney grubunda periüretal bölgede travması olan kadınların oranı %4, klitoriste travması olanların oranı %4, servikste travması olanların oranı %4'iken, periüretal+serviks, periüretal+klitoris, periüretal+serviks+labia ve periüretal+serviks+klitoris travması olan kadın bulunmamıştır. Kontrol grubunda periüretal bölgede travması olan kadınların oranı %7.1, periüretal+serviks travması olanların oranı %7.1, periüretal+klitoriste travması olanların oranı %3.6,

periüretal+serviks+labialarda travması olanların oranı %3.6 ve periüretal+serviks+klitoris travması olanların oranı %3.6'iken; klitoris ve serviks travması olan kadın bulunmamıştır. Deney grubunda suture edilen travma oranı %4.3, suture edilmeyen travma oranı %95.7'idi. Kontrol grubunda suture edilen travma oranı %14.3, doğumda suture edilmeyen travma oranı %85.7'idi. İki grubun suture kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği elde edilmiştir (p=0.362) (**Tablo 5**).

3.6 DOĞUM SONRASI PERİNE AĞRISI İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİN DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN KADINLARA GÖRE DAĞILIMI

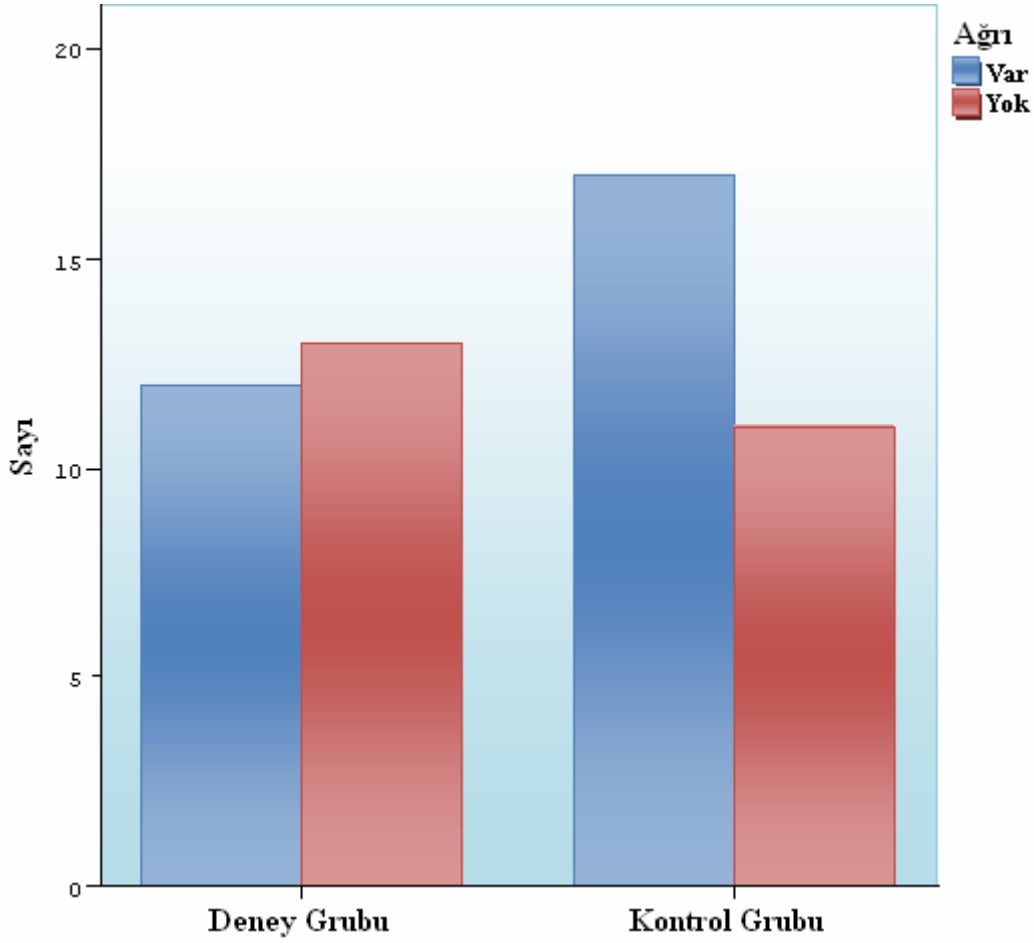
Tablo 6. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların VAS Skorlarının Karşılaştırması.

		GRUPLAR				p
		Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
		Ort.±SS		Ort.±SS		
VAS		1.56±2.06		3.21±3.08		0.061*
		n	%	n	%	
Ağrı	Var	12	48	17	60.7	0.514**
	Yok	13	52	11	39.3	

*Mann-Whitney U testi

**Yates Test

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların VAS skorlarına göre ağrı değerleri karşılaştırıldığında, iki grup arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.061). (**Tablo 6, Şekil 12**).



Şekil 11. Deney ve Kontrol Gruplarında Postpartum Ağrı Yaşantısı Oranları

Tablo 7. Epizyotomi Uygulanan ve Uygulanmayan Kadınların VAS Skorlarının Karşılaştırması

		GRUPLAR				p
		Epizyotomi Uygulananlar (n=20)		Epizyotomi Uygulanmayanlar (n=33)		
		Ort.±SS		Ort.±SS		
VAS		5.25±2.17		0.73±1.26		<0.001*
		n	%	n	%	
Ağrı	Var	19	65.5	10	34.5	<0.001**
	Yok	1	4.2	23	95.8	

*Mann-Whitney U testi

**Yates Test

Epizyotomi uygulanan kadınların VAS ortalamaları, epizyotomi uygulanmayan kadınların VAS ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.001$). Epizyotomi uygulanan gruplarda ağrı şikâyeti olan 19 kadın, ağrı şikâyeti olmayan 1 kadın vardı. Epizyotomi uygulanmayan gruplarda ağrı şikâyeti olan 10 kadın, ağrı şikâyeti olmayan 23 kadın vardı. Epizyotomi uygulanan kadınların ağrı şikâyeti oranı,

epizyotomi uygulanmayan kadınların oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.001$) (**Tablo 7**).

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ağrısı Algılama Düzeyleri

	GRUPLAR				P
	Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=28)		
	Ort.±SS		Ort.±SS		
Ağrıyı Algılama	2.88±1.09		2.64±0.99		0.461
	n	%	n	%	
Derin	2	18.2	8	47.1	
Yüzeyel	8	72.7	5	29.4	
Derin+Yüzeyel	1	9.1	4	23.5	

Mann-Whitney U testi

Deney grubu ve kontrol grubundaki kadınların ağrı algılama ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p=0.461$). (**Tablo 8**).

Tablo 9. Deney Grubundaki Kadınların Ağrı Tarif Ederken Kullandıkları Sözcüklerin Sıklıkları.

Yineleme Sayısı	Sözcükler
6	Kasılır tarzda
4	Üşüten
3	Korkunç, rahatsız eden
2	Titreyen, yansıyan, kaşıntılı, hassas, keskin, tüketici, kör eden, perişan eden, sürekli
1	Zonklayan, kesiliyor gibi, eziliyor gibi, burkucu, iğne batar gibi, gergin, törpüleyen, korku veren, bitap düşürücü, dayanılmaz, dağılan, içe işleyen, uyuşuklaştıran, sıkıştırıcı, ızdırap veren

Tablo 10. Kontrol Grubundaki Kadınların Ağrı Tarif Ederken Kullandıkları Sözcüklerin Sıklıkları.

Yineleme Sayısı	Sözcükler
11	Kasılır tarzda
5	Yoğun
4	Yakıyor gibi, kaşıntılı, rahatsız eden, ızdırap veren
3	Şiş saplanır gibi, yırtılıyor gibi, sızlıyor gibi, acıtıcı, çıldırtan, gergin, dayanılmaz, üşüten
2	Vuran, fırlayan, çok keskin, korkunç, şiddetli, sıkıntılı, dağılan, içe işleyen, uyuşuklaştıran, hissizleştiren, bulantı veren
1	Çarpan, zonklayan, yansıyan, diken diken, oyuluyor gibi, kesiliyor gibi, eziliyor gibi, sürükleyici, burkucu, tüketici, boğucu, tüketici, dehşetli, cezalandırıcı, perişan eden, dayanılmaz, yırtıcı, donduran, berbat, işkence eder tarzda

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınlara, ağrılarının neye benzediği ve ağrılarını nasıl tarif edebilecekleri sorulmuştur. Deney grubunda yer alan kadınların en sık; kasılır tarzda, üşüten, korkunç, rahatsız eden sözcüklerini kullandıkları belirlenirken, kontrol grubunda yer alan kadınların ağırlıklı olarak kasılır tarzda, yoğun, yakıyor gibi, kalıntılı, rahatsız eden, ızdırap veren sözcüklerini kullandıkları belirlenmiştir (**Tablo 9,10**).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınlarda Ağrının Zamansal Gidişini Niteleyen Sözcüklerin Kullanım Sıklığı.

GRUPLAR				
	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
Sözcükler	n	%	n	%
Devamlı	5	55.6	6	37.5
Kararlı	1	11.1	2	12.5
Sabit	3	33.3	8	50.0
Ritmik	3	37.5	4	28.6
Periyodik	3	37.5	4	28.6
Aralıklı	2	25	6	42.9
Genel	5	55.6	5	38.5
Anlık	4	44.4	6	46.2
Geçici	0	0	2	15.4

Zaman ve ağrı ilişkisi değerlendirildiğinde; ağrıyı tanımlamak için deney grubundaki kadınlardan 5'i “devamlı”, 1'i “kararlı”, 3'ü “sabit”, 3'ü “ritmik”, 3'ü “periyodik”, 2'si “aralıklı”, 5' “genel”, 4' “anlık” sözcüklerini kullandılar. Deney grubunda “geçici” kelimesini kullanan kadın yoktu. Kontrol grubundaki kadınların 6'sı “devamlı”, 2'si “kararlı”, 8'i “sabit”, 4'ü “ritmik”, 4'ü “periyodik”, 6'sı “aralıklı”, 5'i “genel”, 6'sı “anlık” ve 2'si “geçici” sözcüklerini kullandılar (**Tablo 11**).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların İfade Ettikleri Ağrıyı Rahatlatan ve Arttıran Faktörlerin Dağılımı.

		GRUPLAR			
		Deney Grubu (n=11)		Kontrol Grubu (n=17)	
		N	%	n	%
Ağrıyı Rahatlatan Faktörler	Yok	8	72.7	13	76.5
	Emzirme	1	9.1	0	0
	Dokunma	1	9.1	3	17.6
	Hareket	1	9.1	0	0
	Masaj	0	0	1	5.9
	Toplam	11	100	11	100
Ağrıyı Arttıran Faktörler	Yok	6	54.5	11	64.7
	Hareket	5	45.5	5	29.4
	Dokunma	0	0	1	5.9
	Toplam	11	100	17	100

Deney grubunda ağrısını rahatlatan durum olarak emzirmeyi bildiren kadınların oranı %9.1, dokunma bildirenlerin oranı %9.1, hareketi belirtenlerin oranı %9.1 idi. Bu grupta ağrıyan bölgeye yapılan masajın ağrısını rahatlatıldığını bildiren kadın olmadı. Deney grubundaki kadınların %72.7'si ağrısını rahatlatan herhangi bir durum bildirmedi. Kontrol grubundaki kadınların %17.6'sı dokunmanın, %5.9'u masajın ağrısını rahatlatıldığını bildirdi. Bu gruptaki kadınların %76.5'i ağrısını rahatlatan herhangi bir durum veya hareket olmadığını bildirdi. Kontrol grubunda emzirmenin ve hareketin ağrısını rahatlatıldığını bildiren olmadı. Deney grubundaki kadınların %45.5'i hareketin ağrısını arttırdığını bildirdi. Bu gruptaki kadınların %54.5'i ağrısını arttıran herhangi bir durum olmadığını bildirdi. Kontrol grubundaki kadınlardan %29.4'ü hareketin, %5.9'u dokunmanın ağrısını arttırdığını bildirdi. Bu gruptaki kadınlardan %64.7'si ağrısını arttıran bir durum bildirmedi (**Tablo 12**).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Kadınların Hissettikleri Ağrının Şiddetini Tanımlayan Sözcüklere Göre Dağılımı

Ağrının Şiddeti (*)		GRUPLAR			
		Deney Grubu (n=11)		Kontrol Grubu (n=17)	
		n	%	n	%
I Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?	Hafif	2	18.2	1	5.9
	Rahatsız Edici	2	18.2	0	0
	Şiddetli	2	18.2	1	5.9
	Çok Şiddetli	4	36.4	6	35.3
	Dayanılmaz	1	9.1	9	52.9
II Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?	Hafif	0	0	0	0
	Rahatsız Edici	1	9.1	0	0
	Şiddetli	3	27.3	0	0
	Çok Şiddetli	4	36.4	6	35.3
	Dayanılmaz	3	27.3	11	64.7
III Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?	Hafif	5	45.5	7	41.2
	Rahatsız Edici	5	45.5	9	52.9
	Şiddetli	0	0	1	5.9
	Çok Şiddetli	1	9.1	0	0
	Dayanılmaz	0	0	0	0
IV Şu ana kadar geçirmiş olduğunuz en kötü diş ağrısını hangi kelime tanımlar?	Hafif	0	0	1	5.9
	Rahatsız Edici	2	18.2	0	0
	Şiddetli	4	36.4	3	17.6
	Çok Şiddetli	5	45.5	12	70.6
	Dayanılmaz	0	0	1	5.9
V Şu ana kadar geçirmiş olduğunuz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?	Hafif	0	0	1	5.9
	Rahatsız Edici	1	9.1	0	0
	Şiddetli	4	36.4	4	23.5
	Çok Şiddetli	5	45.5	7	41.2
	Dayanılmaz	1	9.1	5	29.4
VI Şu ana kadar geçirmiş olduğunuz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?	Hafif	1	9.1	2	11.8
	Rahatsız Edici	1	9.1	0	0
	Şiddetli	5	45.5	4	23.5
	Çok Şiddetli	4	36.4	5	29.4
	Dayanılmaz	0	0	6	35.3

(*) Kadınlara artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten 5 kelime sunuldu.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların hissettikleri ağrının şiddetini tanımlayan sözcüklere göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki kadınlardan I. soruya “hafif”, “rahatsız edici” ve “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %18.2, “çok şiddetli” %36.4 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranı %9.1’dir. Kontrol grubunda ise kadınların %5.9’u “hafif”, %5.9’u “şiddetli”, %35.3’ü “çok şiddetli” ve %52.9’u “dayanılmaz” yanıtı vermiş olup, bu grupta “rahatsız edici” yanıtı veren kadın olmamıştır. Deney grubundaki kadınlardan II. soruya “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranı %9.1, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %27.3, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %36.4 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranı %27.3 olup, bu grupta “hafif” yanıtı veren kadın olmamıştır. Kontrol grubunda II. soruya “çok şiddetli” cevabını veren kadınların oranı %35.3 ve “dayanılmaz” yanıtını verenlerin oranı %64.7 olup, bu grupta “hafif”, “rahatsız edici”, “şiddetli” yanıtı veren kadın olmamıştır. Deney grubunda III. soruya “hafif” yanıtı verenlerin oranı %45.5, “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranı %45.5, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %9.1 olup, bu grupta “şiddetli” ve “dayanılmaz” yanıtı veren kadın olmamıştır. Kontrol grubunda III. soruya “hafif” yanıtı verenlerin oranı %41.2, “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranı %52.9, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %5.9 olup, bu grupta “çok şiddetli” ve “dayanılmaz” yanıtı veren kadın olmamıştır. Deney grubunda IV. soruya “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranı %18.2, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %36.4, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %45.5 ti. Bu grupta “hafif” ve “dayanılmaz” yanıtı veren deney yoktu. Kontrol grubunda IV. soruya “hafif” yanıtı verenlerin oranı %5.9, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %17.6, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %70.6 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranı %5.9 olup, bu grupta “rahatsız edici” yanıtı veren kadın olmamıştır. Deney grubunda V. soruya “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranı %9.1, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %36.4, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %45.5 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranı %9.1 olup, bu grupta “hafif” yanıtı veren kadın

olmamıştır. Kontrol grubunda V. soruya “hafif” yanıtı verenlerin oranı %5.9, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %23.5, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %41.2 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranı %29.4 olup, bu grupta “rahatsız edici” yanıtı veren kadın olmamıştır. Deney grubundaki kadınlardan VI. soruya “hafif” yanıtı verenlerin oranı %9.1, “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranı %9.1, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %45.5 ve “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %36.4 olup, bu grupta “dayanılmaz” yanıtı veren kadın olmamıştır. Kontrol grubunda VI. soruya “hafif” yanıtı verenlerin oranı %11.8, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %23.5, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranı %29.4 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin %35.3 olup, bu grupta “rahatsız edici” yanıtı veren kadın olmamıştır (**Tablo 13**).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Perineal travma, genital bölgede doğum sırasında ya kendiliğinden oluşan yırtıklar (laserasyonlar) ya da cerrahi insizyon veya epizyotomiye bağlı olarak gelişen herhangi bir hasar olup, obstetrik perineal laserasyonların doğum sırasında her yaş grubundan kadında oluşabildiği belirtilmektedir (60, 61). Perine yırtıkları ve epizyotomi uygulamasının vajinal doğum sırasında, özellikle ilk vajinal doğumlarda, en sık karşılaşılan komplikasyon ve girişimler olduğu, bu nedenle perine dokularını doğuma hazırlamak ve elastikiyetini artırmak için perine masajının doğumdan 6-8 hafta önce başlanması gerektiği belirtilmektedir (36, 56, 57).

Bu çalışma ile doğumun birinci evresinde yapılan perine masajının genital (perineal) travmaları önlemedeki etkisi araştırılmış; çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında kadınların 20-30 yaş arasında, ve okur-yazar olmaları; ikinci gebelik ve ikinci vajinal doğumlarını yapıyor olmaları; 38 ve üzeri gebelik haftasında olmaları; servikal açıklığın 5 cm veya üzerinde olması; normal baş geliş pozisyonunda fetusu (left oksiput anterior geliş pozisyonunda olan) ve düzenli uterus kontraksiyonu olan gebeler olmasına yer verilmiştir.

Genital travma riskini arttıran faktörler arasında gebelik süresince alınan kilonun önemli olduğunu ve bu artışın 18 kg'dan az olması gerektiğini, 18kg ve üzerinde kilo almanın suture edilmesi gereken travma oranını etkilediğini bildiren çalışmalar olmakla birlikte annenin beden ağırlığı ve BKİ değerinin doğumdaki genital travma (perineal laserasyon veya epizyotomi) oranları üzerine etkisi olmadığını, özellikle obez kadınlarda doğumun ikinci evresindeki intrauterin baskıların normal kilolu kadınlardan farklı olmadığını bildiren çalışmalarda vardır (135-137).

Bu çalışma ile deney grubunda yer alan kadınların, gebelik öncesi ve gebelikte vücut ağırlık ve gebelik öncesi BKİ ortalamalarının kontrol grubunda yer alan kadınlardan

daha düşük bulunmuş, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olmakla birlikte her iki grubun gebelik süresince aldıkları kilo ortalamaları yaklaşık 12 kg'dır. Bu sonuçlar ile gebelik öncesi kiloya göre hesaplanan BKİ'nin normal değerlerde olması nedeniyle perineal travma açısından risk oluşturmadığı düşünülebilir.

Gebelik sırasında yapılan egzersizin doğum sonuçları üzerine etkisi olmadığı, ancak, fiziksel inaktivitenin annenin BKİ'sinden bağımsız olarak doğum ağırlığı veya fetal makrozomiye katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (138, 139). Bu çalışma ile gebelikte düzenli egzersiz yapma durumunun deney ve kontrol gruplarında birbirinden farklı olmadığı, kadınların egzersiz olarak düzenli yürüyüşü tercih ettikleri belirlenmiştir.

Yenidoğan doğum ağırlığının 4000 gr ve üzerinde ve / veya bebeğin cinsiyetinin erkek olmasının genital travma riskini artırdığı ve genital travma açısından doğum ağırlığı risk eşiğinin 4200 gr olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (138). Bu çalışma ile deney grubunda doğan erkek bebek oranı, kontrol grubunda doğan bebeklerden daha fazla olmakla birlikte her iki grupta doğan bebeklerin ortalama ağırlıkları 4000 gr'ın altındadır. Bu bakımdan her iki grupta yer alan gebeler herhangi bir risk taşımadıkları düşünülebilir.

Birinci ve beşinci dakikalara ait APGAR Skorunun 7'nin altında olmasının yenidoğan sağlığı açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (140). Bu çalışma ile deney grubunda yer alan bebeklerin 1. ve 5. dk apgar skoru ortalamaları kontrol grubunda yer alan bebeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu saptanmış olmakla birlikte her iki grupta yer alan bebeklerden hiçbirinin birinci ve beşinci dakika APGAR Skorunun 7'nin altında olmaması önemlidir. Bu sonuç, perine masajının pelvis çıkımında fetal ekspulsiyonu hızlandırması ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Doğumun II. evresinin uzamasının, pelvik taban yaralanmalarında önemli risk faktörü olduğu, yenidoğanı etkilememekle birlikte, nullipar kadınlarda maternal morbidite ve müdahale gerektiren doğuma, multipar kadınlarda maternal ve neonatal morbiditeye neden olduğu belirtilmektedir (65, 120). Cheng ve arkadaşları 2007 yılında yapılan bir çalışma ile doğumun II. evresinin 60 dakikadan daha uzun sürmesinin, suture edilmesi gereken durumları ve diğer genital travma oranlarını arttırdığını (süre iki saati aştığında müdahale gerektiren vajinal doğum riskinin, süre üç saati aştığında perineal laserasyonlar ve yenidoğana yönelik riskin de arttığı) belirtmişlerdir (121). Bu çalışma ile deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların doğumlarının II. Evre süresinin ortalaması 44dk (deney grubunda 43.87dk; kontrol grubunda 43.57dk) olarak belirlenmiş olup, bu süre genital travma riskine neden olacak sürenin çok altındadır.

Perine masajının epizyotomi uygulama durumunu etkileyip, etkilemediğini belirlemek üzere yapılan çalışmalar ile elde edilen sonuçlar, perine masajının epizyotomi uygulama oranları üzerinde etkili olduğunu göstermekle birlikte bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığını, ayrıca perine masajının epizyotomi uygulama oranları üzerinde etkili olmadığını gösteren sonuçlarında bulunduğunu göstermektedir (24, 25, 108, 141). Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar epizyotomi uygulanan kadınların oranının deney grubunda %32.0, kontrol grubunda %57.1 olduğunu, ancak iki grup arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Bu sonuçlar yapılan diğer çalışma sonuçları ile de uyumlu bulunmuş olup, perine masajının genital (perineal) travma üzerindeki etkisini değerlendirecek daha fazla sayıda randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Yapılan çalışmalar ile önceki doğumlarında epizyotomi uygulanan veya suture edilmiş travması olan kadınların sonraki doğumlarında genital travma riskinin daha yüksek olduğu; litotomi pozisyonunda yapılan doğumlarda genital travma riskinin lateral

pozisyonundan daha yüksek olduğu; bebek doğum ağırlığının, 4000 gr veya 4200 gr üzerinde olmasının genital travma riskini artırdığı belirtilmektedir (2).

Bu çalışma ile önceki gebeliklerinde genital travmaya maruz kaldığını belirten kadınların oranı deney grubunda %88.0, kontrol grubunda %75.0 olup, iki grup arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.302$). Ancak bu doğumlarında genital (perineal) travmaya maruz kalma durumu deney grubunda %52.0 (ki, %32.0'sine epizyotomi uygulanmış olup, I.derece perineal travma oranı %16.0; II.derece perineal travma oranı %4.0; III.derece perineal travmaya maruz kalmamıştır; sütüre edilen travma oranı %4.3'tür), kontrol grubunda %85.7 (ki, %42.9'una epizyotomi uygulanmış olup, I.derece perineal travma oranı %25.0; II.derece perineal travma oranı %14.3; III.derece perineal travma oranı %3.6; sütüre edilen travma oranı %14.3'tür) olup, iki grup arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.018$).

Bu sonuçlar ile çalışmada deney grubunda yer alan ve ilk vajinal doğumlarında genital (perineal) travmaya maruz kalan kadınların oranı kontrol grubunda yer alan kadınlardan daha fazla olmakla birlikte, deney grubunda yer alan kadınlara ikinci vajinal doğumlarında ve doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajı ile genital (perineal) travmaya maruz kalma oranının azaltıldığı söylenebilir.

Doğum sırasında oluşan veya oluşturulan genital travma oranlarının yüksekliği, doğum sonrası ağrı yakınmalarının artmasına neden olmaktadır. Vajinal doğumdan sonra ortaya çıkan perine ağrısı, doğum sonrasında kadınların büyük çoğunluğunu etkilemektedir (21). Perinenin bütünlüğü bozulmadığında bile kadınların %38'inin postpartum 7 gün içinde perine ağrısından yakındıkları bildirilmiştir (22). Ancak, hem epizyotomi, hem de spontan perineal laserasyon, postpartum erken dönemde perinede oluşan ağrı ile güçlü bir ilişki göstermektedir (22, 23). Böylece, genital travmayı azaltmaya yönelik girişimlerin,

postpartum sonuçları olumlu yönde etkilemesi beklenen bir durumdur. Bu amaca yönelik olarak perine masajı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır (24, 25).

Bu çalışmada postpartum ağrı düzeyini belirlemek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala = VSA) ve McGill Melzak Ağrı Soru Formu (MASF) kullanılmıştır. Deney grubunda ağrı şikayeti olan kadınların oranı %48, kontrol grubunda %60.7 bulunmuştur. İki grup arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p=0.514$); deney grubunda perinede oluşan ağrının çoğunlukla yüzeysel (%72.7) kontrol grubunda derin hissedildiği (%47.1) saptanmıştır. VAS skorlarına göre perineal ağrı değerleri karşılaştırıldığında, iki grup arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p=0.061$) kontrol grubunun VAS skorları ortalaması, deney grubunun VAS skorları ortalamasından yüksek bulunmuş olup, doğumun birinci evresinde yapılan perine masajının postpartum perineal ağrıyı etkilemediği söylenebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ

Bu çalışma ile:

1. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların yaş ve eğitim düzeyleri arasında fark olmadığı,
2. Deney grubunda yer alan kadınların gebelik öncesi ve gebelikte vücut ağırlık ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik öncesi ve gebelikte vücut ağırlık ortalamalarından daha az olup, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
3. Deney grubunda yer alan kadınların gebelik öncesi BKİ ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların BKİ ortalamalarından daha düşük olup, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
4. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınlar gebelikte kilo alımı ve gebelik süreleri yönünden irdelendiğinde, elde edilen ortalamalar birbirine yakın olup iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
5. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların gebelik ve gebelik sonucu ile ilgili bilgilerine göre dağılımı incelendiğinde, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
6. Deney grubunda yer alan kadınların bebeklerinin 1. ve 5.dk apgar skoru ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların bebeklerinden daha yüksek olup, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
7. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların ikinci gebeliklerine ait bebeklerin doğum ağırlığı, baş çevresi ve doğumun I. ve II. evrelerine ait süre ortalamaları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
8. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların doğum eylemlerinin litotomi pozisyonunda gerçekleştiği, iki grubun doğum sırasında sorun yaşayan kadınların oranı,

lokal anestezi uygulanan kadın oranı, doğuma müdahale edilen kadınların oranı, doğumu hızlandırılan ve bebeklerinde omuz distozisi olan kadınların oranı karşılaştırıldığında; gruplar arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

9. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların ilk doğumlarına ait bebek doğum ağırlıkları, perineal travma ve zor doğum öyküleri arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

10. Deney grubunda yer alan ve genital travması olmayan kadınların oranının kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu; deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların epizyotomi ve çeşitli derecelerdeki travma oranları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve her iki grupta yer alan kadınların hiçbirinde IV. derece perineal travma oluşmadığı,

11. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların suture edilen travma oranları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

12. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların VAS skorları ve ağrı şikâyetleri arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

13. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların ağrıyı algılama düzeyleri arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

14. Deney grubunda yer alan kadınların ağrılarını en sık kasılır tarzda, üşüten, korkunç, rahatsız eden sözcükleri; kontrol grubundaki kadınların ağrılarını en sık; kasılır tarzda, yoğun, yakıyor gibi, kalıntılı, rahatsız eden, ızdırap veren sözcükleri ile tarif ettiği,

15. Ağrının zamanla ilişkisinin değerlendirirken; deney grubundaki kadınlardan 5'inin "devamlı", 1'i nin "kararlı", 3'ünün "sabit", 3'ünün "ritmik", 3'ü nün "periyodik", 2'sinin "aralıklı", 5'inin "genel", 4'ünün "anlık" sözcüklerini; kontrol grubundaki kadınların 6'sının "devamlı", 2'sinin "kararlı", 8'inin "sabit", 4'ünün "ritmik", 4'ünün

“periyodik”, 6’sının “aralıklı”, 5’inin “genel”, 6’sının “anlık” ve 2’sinin “geçici” sözcüklerini kullandığı,

16. Deney grubunda yer alan ve ağrısı emzirme ile rahatlayan kadınların oranının %9.1, dokunma ile rahatlayanların oranının %9.1, hareket ile rahatlayanların oranının %9.1 olduğu ve %72.7’sinin ağrısını rahatlatan herhangi bir eylem bildirmediği; kontrol grubunda yer alan kadınların %17.6’sında dokunmanın, %5.9’unda masajın ağrısını rahatlattığını bildirdiği ve %76.5’inin ağrısını rahatlatan herhangi bir durum veya eylem bildirmediği,

17. Deney grubunda yer alan kadınların %45.5’inde, kontrol grubunda yer alan kadınların %29.4’ünde hareketin ağrıyı arttırdığı,

18. Deney grubunda yer alan kadınlardan I. soruya “hafif”, “rahatsız edici” ve “şiddetli” yanıtı verenlerin oranının %18.2, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranının %36.4 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranının %9.1 olduğu; kontrol grubunda yer alan kadınların ise %5.9’unun “hafif”, %5.9’unun “şiddetli”, %35.3’ünün “çok şiddetli” ve %52.9’unun “dayanılmaz” yanıtı verdiği;

19. Deney grubunda yer alan kadınlardan II. soruya “rahatsız edici” yanıtı verenlerin oranının %9.1, “şiddetli” yanıtı verenlerin oranının %27.3, “çok şiddetli” yanıtı verenlerin oranının %36.4 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranının %27.3 olduğu; kontrol grubunda yer alan ve II. soruya “çok şiddetli” yanıtı veren kadınların oranının %35.3 ve “dayanılmaz” yanıtı verenlerin oranının %64.7 olduğu,

20. Deney grubunda yer alan kadınlardan III. soruya %45.5’inin “hafif”, %45.5’inin “rahatsız edici”, %9.1’inin “çok şiddetli” yanıtını; kontrol grubunda yer alan kadınların ise %41.2’sinin “hafif”, %52.9’unun “rahatsız edici”, %5.9’unun “şiddetli” yanıtını verdikleri,

21. Deney grubunda yer alan kadınlardan IV. soruya %18.2'si “rahatsız edici”, %36.4'ü “şiddetli”, %45.5'i “çok şiddetli”; kontrol grubunda yer alan kadınların ise; %5.9'unun “hafif”, %17.6'sının “şiddetli”, %70.6'sının “çok şiddetli”, %5.9'unun “dayanılmaz” yanıtını verdikleri,

22. Deney grubunda yer alan kadınlardan V. soruya %9.1'inin “rahatsız edici”, %36.4'ünün “şiddetli”, %45.5'inin “çok şiddetli”, %9.1'inin “dayanılmaz” cevabını verdikleri; kontrol grubunda yer alan kadınların ise; %5.9'unun “hafif”, %23.5'inin “şiddetli”, %41.2'sinin “çok şiddetli”, %29.4'ünün “dayanılmaz” cevabını verdikleri,

23. Deney grubunda yer alan kadınlardan VI. soruya %9.1'inin “hafif”, %9.1'inin “rahatsız edici”, %45.5'inin “şiddetli”, %36.4'ünün “çok şiddetli” cevabını verdikleri; kontrol grubunda yer alan kadınların; %11.8'inin “hafif”, %23.5'inin “şiddetli”, %29.4'ünün “çok şiddetli”, %35.3'ünün “dayanılmaz” yanıtı verdikleri saptanmıştır.

ÖNERİLER

Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar da doğumun I. evresinde ebe tarafından uygulanan perine masajının genital travmaları önlemediği, I. derece perineal laserasyon gelişme olasılığını etkilemediği, epizyotomi girişimini azaltmadığı, ancak genital (perineal) travmaya bağlı olarak gelişen doğum sonrası ağrı üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Ancak ebeler tarafından uygulanacak perine masajının hangi dönemde (gebeliğin son döneminde ve / veya doğumun I.evresinde ve /veya II. evresinde uygulanan perine masajını değerlendirecek) daha yararlı olacağı konusunda net sonuçlar elde edilebilmek için büyük ölçekli randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğu açıktır.

Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

1. McGill Melzack ağrı formunun genital (perineal) travmalara bağlı ağrıyı değerlendirmek üzere kullanılmasının gerekli olmadığı, bu durumda ağrı skorlamasında VAS'ın kullanılmış olmasının yeterli sayılabileceği, ancak doğrudan genital (perineal) travmaya bağlı gelişen ağrıyı değerlendirmek üzere oluşturulacak yeni bir ölçeğin çok daha uygun olacağı
2. Doğumu normal seyreden gebelerle araştırmaya devam edilmesinin uygun olacağı, oksitosin uygulanan gebelerin araştırma dışında bırakılması gereken kriterler arasında yer alması gerektiği,
3. Perine masajının etkili olup, olmadığını net değerlendirebilmek için masaj tekniklerinden birini tercih ederek uygulamak gerektiği,
4. Araştırmacı tarafından literatür desteğinde hazırlanmış “Genital travma Tespit Formu” yerine genital (perineal) travma durumunu belirleyen bir ölçek geliştirmek gerektiği,
5. Ebelik eğitim-öğretim programı kapsamında perine masajında yer verilmesi gerektiği önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE EBENİN UYGULADIĞI PERİNE MASAJININ GENİTAL TRAVMALARI VE POSTPARTUM AĞRIYI AZALTMADAKİ ROLÜ

Genital travma, vajinal doğum sonrasında oldukça sıktır ve postpartum dönemin hemen başında ortaya çıkan tipik perinel ağrı ile sonuçlanır. Gebeliğin 34-35. haftasından doğuma kadar olan dönemde veya doğumun ikinci evresinde uygulanan masajın perineal travma ve ağrı insidansını azaltmada etkili olduğu ileri sürülmektedir.

Bu deneysel çalışmanın amacı, doğumun birinci evresinde ebeler tarafından uygulanan perine masajının daha önce bir kez doğum yapmış kadınlarda genital travma oranını ve postpartum perineal ağrıyı azaltmadaki etkisini değerlendirmektir.

Doğum sırasında oluşan genital travma ve postpartum perineal ağrı ile ilgili müdahale çalışması 53 (deney grubu n=25; kontrol grubu n=28) kadın ile yürütülmüştür. Çalışmanın değerlendirilme aşaması genital travma, görsel kıyaslama ölçeği (VAS) ve McGill-Melzak ağrı ölçeği ile yapılmıştır.

Deney grubundaki toplam genital travma sıklığı, kontrol grubununki ile benzerdi ($p=0.138$). İki grubun I. (deney grubu %16.0 ve kontrol grubu %25.0) ($p=0.640$) ve II. (deney grubu %96.0 ve kontrol grubu %85.) ($p=0.355$) derece laserasyon sıklıkları benzerdi. Kontrol grubunun VAS skorları deney grubunun VAS skorlarından yüksek bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu arasındaki bu fark anlamlılığa eğilimliydi ($p=0.061$).

Doğumun birinci evresinde uygulanan perine masajı, daha önce bir kez doğum yapmış kadınların doğumdan intakt perineumla ayrılma olasılığını etkilememesine karşın, postpartum perineal ağrıyı azaltan bir yaklaşımdır.

Anahtar sözcükler: Perine masajı, genital travma, postpartum perineal ağrı, ebelik

ABSTRACT

ROLE OF PERINEAL MASSAGE PERFORMING BY MIDWIFE DURING THE FIRST STAGE OF LABOUR IN REDUCING GENITAL TRAUMA AND POSTPARTUM PAIN

Genital trauma is common following vaginal childbirth and the resultant perineal pain typically present in the immediate postpartum period. Perineal massage performed from the 34th or 35th week of pregnancy until delivery or in the second stage of labour has been proposed as two methods of decreasing the incidence of perineal trauma and perineal pain.

The aim of this study were to evaluate the effects of perineal massage performing by midwife in the first stage of labour on genital trauma frequency and postpartum perineal pain in women with a previous vaginal birth.

This experimental study of genital trauma at birth and assessment of postpartum perineal pain was conducted in 53 (cases n=25; controls n=28) women. Perineal pain was assessed using the visual analog scale (VAS) and McGill-Melzak pain scale.

The frequency of total genital trauma in cases (20.0%) and controls (43.0%) was similar ($p=0.138$). The frequencies of I. (cases 16.0% versus control 25.0%) ($p=0.640$) and II. (cases 96.0% versus control 85.7%) ($p=0.355$) degree laceration were similar in both groups. The mean VAS score of controls were higher than that of cases. The difference between the groups showed a tendency to significance ($p=0.061$).

Although perineal massage performed in the first stage of labour has no effect on increasing the chance of delivery with an intact perineum, this approach decreases postpartum perineal pain for women with a previous vaginal birth.

Key words: Perineal massage, genital trauma, postpartum perineal pain, midwifery

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Renfrew, M. J., Hannah, W., Albers, L. and Floyd, E. (1998). Practises That Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature, *Birth*, 25: 143-160
2. Stamp, G., Kruzins, G. and Crowther, C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial, *BMJ*, 322: 1277-1280
3. Albera, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D. and Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: a randomized Trial, *J Midwifery Women Healt*, 50: 365
4. http://www.midwife.org/siteFiles/news/sharewithwomen50_1.pdf. (Erişim tarihi: Ekim 2007).
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (1999). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK.
6. Albers, L., Garcia, J., Renfrew, M., McCandlish, R. and Elbourne, D. (1999). Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain, *Birth*, 26: 11-17
7. Graves, E. J. (1995). National Hospital Discharge Survey. Advance Data from Vital and Health Statistics. No 264. National Center for Health Statistics: Hyattsville, MD
8. Graham, I. D. and Graham, D. F. (1997). Episiotomy counts: trends and prevalence in Canada, 1981/1982 to 1993/1994, *Birth*, 24: 141-147
9. Audit Commission. (1997). First Class Delivery: Improving Maternity Services in England and Wales. Audit Commission Publications: London
10. Carulli, G. and Belizan, J. (2001). Episiotomy for vaginal birth, *Cochrane Database Syst Rev*, 1
11. Health Canada. (2000). Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Minister of Public Works and Government Services: Ottawa
12. Kitzinger, S. and Simkin, P. (1984). Episiotomy and the second stage of labour. Pennypress: Seattle
13. Lydon-Rochelle, M. T., Albers, L. and Teaf, D. (1995). Perineal outcomes and nurse-midwifery management, *J Nurse Midwifery*, 40: 13-18
14. Thorp, J. M., Jr. and Bowes, W. A., Jr. (1989). Episiotomy: can its routine use be defended?, *Am J Obstet Gynecol*, 160: 1027-1030
15. Kozak, L. J., Hall, M. J. and Owings, M. F. (2002). National Hospital Discharge Survey: 2000. Annual Summary with Detailed Diagnosis and Procedure Data. National Center for Health Statistics: Hyattsville, Maryland
16. Latin American Center for Perinatology and Human Development. (2004). Best Practices for Labor and Perinatal Care: A Special Award Program to Maternities that Provide High Quality Services for Mothers and Children. <http://www.paho.org/English/CLAP/invpro14.htm>
17. Department of Health. (2004). NHS Maternity Statistics, England: 2002-03. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/08/23/04080823.pdf>
18. Karacam, Z. and Eroglu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health, *J Adv Nurs*, 43: 384-394
19. Araujo, N. M. and Oliveira, S. M. (2008). The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth, *Rev Lat Am Enfermagem*, 16: 375-381
20. Murphy, P. A. and Feinland, J. B. (1998). Perineal outcomes in a home birth setting, *Birth*, 25: 226-234

21. Leeman, L., Fullilove, A. M., Borders, N., Manocchio, R., Albers, L. L. and Rogers, R. G. (2009). Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables, *Birth*, 36: 283-288
22. Macarthur, A. J. and Macarthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study, *Am J Obstet Gynecol*, 191: 1199-1204
23. Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D., Johnson, B., Waghorn, K., Gelfand, M. M., Guralnick, M. S. and et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation, *Am J Obstet Gynecol*, 171: 591-598
24. Shipman, M. K., Boniface, D. R., Tefft, M. E. and McCloghry, F. (1997). Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial, *Br J Obstet Gynaecol*, 104: 787-791
25. Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., Pinault, J. J., Feldman, P. and Laperriere, L. (1999). Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, 180: 593-600
26. Davidson, K., Jacoby, S. and Brown, M. S. (2000). Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 29: 474-479
27. World Health Organization. (2000). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Section 3-Procedures. http://www.who.int/reproductive-health/impac/procedures/episiotomy_P71_P75.html
28. <http://www.bmj.com/pdf>. (Erişim tarihi: Kasım 2008).
29. Beckmann, M. M. and Garrett, A. J. (2006). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma, *Cochrane Database Syst Rev*: CD005123
30. Mei-dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A. and Hallak, M. (2008). Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial, *Isr Med Assoc J*, 10: 499-502
31. Eogan, M., Daly, L. and O'Herlihy, C. (2006). The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study, *J Matern Fetal Neonatal Med*, 19: 225-229
32. Rogers, R. G., Borders, N., Leeman, L. M. and Albers, L. L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function?, *J Midwifery Womens Health*, 54: 98-103
33. Sleep, J. and Grant, A. (1987). West Berkshire perineal management trial: three year follow up, *Br Med J (Clin Res Ed)*, 295: 749-751
34. Johanson, R. (2000). Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth, *Lancet*, 355: 250-251
35. Stamp, G. E. (1997). Care of the perineum in the second stage of labour: a study of views and practices of Australian midwives, *Midwifery*, 13
36. <http://www.bmj.com/cgi/pdf>. (Erişim tarihi: Kasım 2007).
37. Romano, M. A. (2006). Research Summaries for Normal Birth, *Journal of Perinatal Education*, 15: 46-49
38. Signorello, L., Harlow, B., Chekos, A. and Repke, J. (2000). Midline episiotomy and anal incontinence: Retrospektif Cohort Study, *BMJ*, 320: 86-90
39. Duran, H., Eroğlu, D., Sandıkçı, D., Lembed, A., Bağış, T. and Zeyneloğlu, H. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliliği Üzerine Bir Prospektif Randomize Çalışma, *T Klin Jinekolo Obst*, 12: 16-19
40. Step, K. J., Siddiqui, N. Y., Emery, S. P. and Matthew, D. B. (2006). Textbook Recommendations for Preventing and Treating Perineal Injury at Vaginal Delivery, *Obstet Gynecol*, 107: 361-366
41. Victoria, L. H., Beate, H. D. and William, M. G. (2001). Obstetric Anal Sphincter Lacerations, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*: 98-102

42. Hartmon, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J. and John, K. N. (2005). Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review, *JAMA*, 293:: 2141-2148
43. Peleg, D., Kennedy, C., Merrill, D. and Zlatnik, F. (1999). Risk of Repetition of Severe Perineal Laceration, *Obstet Gynecol*, 93: 1021-1024
44. Mayerhofer, K., Bodner-Adler, B., Bodner, K., Rabl, M., Kaider, A., Wagenbichler, P., Joura, E. A. and Husslein, P. (2002). Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women, *J Reprod Med*, 47: 477-482
45. Nodine, P. M. and Roberts, J. (1987). Factors associated with perineal outcome during childbirth, *J Nurse Midwifery*, 32: 123-130
46. Johanson, R. B., Heycock, E., Carter, J., Sultan, A. H., Walklate, K. and Jones, P. W. (1999). Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse, *Br J Obstet Gynaecol*, 106: 544-549
47. Starr, E. W. (1985). Prenatal perineal massage and perineal integrity (episiotomy, laceration, childbirth).
48. Health Canada. (2003). Canadian Perinatal Health Report 2003. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cphr-rspc03/index.html>
49. Royal Collage, o. O. a. G. (2004). Methods and Materials Used in Perineal Repair. RCOG Pres: Guideline No. 23 London
50. Wilkerson, V. A. (1984). The use of episiotomy in normal delivery, *Midwives Chron*, 97: 106-110
51. Klein, M. C., Gauthier, R. J., Jorgensen, S. H., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Johnson, B., Corriveau, M., Westreich, R., Waghorn, K., Gelfand, M. M. and et al. (1992). Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation?, *Online J Curr Clin Trials*
52. Duran, E. H., Eroğlu, D. and Sandıkçı, N. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliği Üzerine Prospektif Bir Randomize Çalışma, *T Klin Jinekolo Obst*, 12: 16-19
53. Gynaecologist, R. C. o. O. a. (2004). Methods and Materials Used in Perineal Repair, Guideline No. 23. RCOG Pres: London
54. Leeman, L., Spearman, M. and Rogers, R. (2003). Repair of Obstetric Perineal Lacerations,, *Am Fam Physician*, 68: 1585-1590
55. <http://www.womenofspirit.asn.au/pdf>. (Erişim tarihi: Aralık 2007).
56. www.ensantlotions.com/massage.pdf. (Erisim tarihi: Kasım 2007).
57. <http://www.parlonicollet.com/obgyn/pregnancyChildbirth/prenatal/preparing.cfm>. (Erişim tarihi: Ekim 2007).
58. www.essenture.com.au/pdf/perinealMassage.pdf. (Erişim tarihi: Ekim 2007).
59. www.enjoybirth.co.uk/pdf/New%20perspectives%20on%20perineal%20massage.pdf. (Erişim tarihi: Ekim 2007).
60. Kettle, C. (1999). Perineal care, *Clin Evid*, 2: 522-532
61. Kettle, C. (1999). Perineal Tears. *Nursing Times Books*: London
62. Fernando, R., Sultan, A. H., Kettle, C., Thakar, R. and Radley, S. (2006). Methods of repair for obstetric anal sphincter injury, *Cochrane Database Syst Rev*, 3: CD002866
63. Fernando, R. J., Sultan, A. H., Kettle, C., Radley, S., Jones, P. and O'Brien, P. M. (2006). Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized controlled trial, *Obstet Gynecol*, 107: 1261-1268
64. Cunningham, F. G., Grant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C. and Wenstrom, K. D. (1997). *Williams obstetrics*. McGraw-Hill: New York
65. Albers, L. L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S. M., Hunter, C., Sedler, K. D. and Teaf, D. (1996). Factors related to perineal trauma in childbirth, *J Nurse Midwifery*, 41: 269-276

66. Samuelsson, E., Ladfors, L., Lindblom, B. G. and Hagberg, H. (2002). A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81: 44-49
67. Saude-OMS., O. M. d., Assistência ao parto normal: um guia prático. 1996, OPAS/USAID. [OMS/SRF/MSM/96.24]. Brasília.
68. Clarke, A. P. (1889). The management of the perineum during labor, *Trans-American Association of Obstetricians and Gynecologists*, 2: 206
69. Dewees, W. B. (1889). Relaxation and management of the perineum during parturition, *Journal of the American Medical Association*, 13: 804-849
70. Manton, W. P. (1885). A plea for episiotomy, *American Journal of Obstetric Diseases of Women and Children*, 18: 225
71. Pomeroy, R. H. (1918). Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara?, *American Journal of Obstetrical Diseases of Women and Children*, 78: 211
72. Delee, J. B. (1920). The prophylactic forceps operation, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1: 34
73. Rockner, G., Wahlberg, V. and Olund, A. (1989). Episiotomy and perineal trauma during childbirth, *J Adv Nurs*, 14: 264-268
74. Shiono, P., Klebanoff, M. A. and Carey, J. C. (1990). Midline episiotomies: more harm than good?, *Obstet Gynecol*, 75: 765-770
75. Woolley, R. J. (1995). Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part II, *Obstet Gynecol Surv*, 50: 821-835
76. Woolley, R. J. (1995). Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I, *Obstet Gynecol Surv*, 50: 806-820
77. Lede, R. L., Belizan, J. M. and Carroli, G. (1996). Is routine use of episiotomy justified?, *Am J Obstet Gynecol*, 174: 1399-1402
78. Roberts, J. E. and Kriz, D. M. (1984). Delivery positions and perineal outcome, *J Nurse Midwifery*, 29: 186-190
79. Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C. and Medves, J. M. (2005). Episiotomy rates around the world: an update, *Birth*, 32: 219-223
80. Albers, L. L. and Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth, *J Midwifery Womens Health*, 52: 246-253
81. Althabe, F., Belizan, J. M. and Bergel, E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study, *BMJ*, 324: 945-946
82. Allen, R. E. and Hanson, R. W., Jr. (2005). Episiotomy in low-risk vaginal deliveries, *J Am Board Fam Pract*, 18: 8-12
83. Harrison, R. F., Brennan, M., North, P. M., Reed, J. V. and Wickham, E. A. (1984). Is routine episiotomy necessary?, *Br Med J (Clin Res Ed)*, 288: 1971-1975
84. House, M. J., Cario, G. and Jones, M. H. (1986). Episiotomy and the perineum : a random controlled trial, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 7: 107-110
85. Klein, M. C. (1988). Rites of passage: episiotomy and the second stage of labour, *Can Fam Phys*, 34: 2019-2025
86. Dunne, K. (1984). Characteristics associated with perineal condition in an alternative birth center, *J Nurse Midwifery*, 29: 29-33
87. Raisanen, S., Vehvilainen-Julkunen, K. and Heinonen, S. (2008). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach, *Midwifery*, 26: 348-356
88. Klein, M. C. (1993). Personal communication with author (3 August),
89. Eason, E., Labrecque, M., Wells, G. and Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review, *Obstet Gynecol*, 95: 464-471

90. Gynecologists, A. C. o. O. a. (2006). Recommends Restricted Use of Episiotomies, http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr03
91. Nurse-Midwives, A. C. o. (2005). Are You Necessary?, http://www.midwife.org/siteFiles/news/sharewithwomen50_1.pdf
92. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2004). Guidelines For Operative Vaginal Birth,
93. Larsson, P. G., Platz-Christensen, J. J., Bergman, B. and Wallsttersson, G. (1991). Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration, *Gynecol Obstet Invest*, 31: 213-216
94. de Leeuw, J. W., Struijk, P. C., Vierhout, M. E. and Wallenburg, H. C. (2001). Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery, *BJOG*, 108: 383-387
95. Sampselle, C. M. and Hines, S. (1999). Spontaneous pushing during birth. Relationship to perineal outcomes, *J Nurse Midwifery*, 44: 36-39
96. Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D. and Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial, *J Midwifery Womens Health*, 50: 365-372
97. Shorten, A., Donsante, J. and Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth, *Birth*, 29: 18-27
98. Gupta, J. R. and Hofmeyr, G. J. (2006). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, 1
99. Keenan, P. (2000). Benefits of massage therapy and use of a doula during labor and childbirth, *Altern Ther Health Med*, 6: 66-74
100. Burtch, B. (1994). *Trials of Labour : The Re-Emergence of Midwifery*. McGill-Queen's University Press: Montreal, QC, CAN: 121-122
101. Labrecque, M., Eason, E. and Marcoux, S. (2000). Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery, *Am J Obstet Gynecol*, 182: 76-80
102. Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. and Hofmeyr, J. (2000). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press: Oxford
103. Avery, M. D. and Burket, B. A. (1986). Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration in a nurse-midwifery service, *J Nurse Midwifery*, 31: 128-134
104. Head, M. (1993). Dropping stitches, *Nursing Times*, 89: 64-65
105. Mynaugh, P. A. (1991). A randomized study of two methods of teaching perineal massage: effects on practice rates, episiotomy rates, and lacerations, *Birth*, 18: 153-159
106. Boulvain, M. and Morales, M. (2006). Analgesia in the second stage of labour, *BMJ*, 333: 108-110
107. Sanders, J., Campbell, R. and Peters, T. J. (2006). Effectiveness and Acceptability of Lidocaine Spray in Reducing Perineal Pain During Spontaneous Vaginal Delivery: Randomised controlled Trial, *BMJ*, 333: 117-121
108. Labrecque, M., Marcoux, S., Pinault, J. J., Laroche, C. and Martin, S. (1994). Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study, *Birth*, 21: 20-25
109. Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S. and Mondor, M. (2002). Anal Incontinence After Childbirth, *CMAJ*2002, 166: 326-330
110. Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S. and Mondor, M. (2002). Anal Incontinence After Childbirth, *CMAJ*, 166: 326-330
111. Garrett, W. E., Jr. (1990). Muscle strain injuries: clinical and basic aspects, *Med Sci Sports Exerc*, 22: 436-443
112. Kim, K. H., Hong, C. and Futrell, J. W. (1993). Histomorphologic changes in expanded skeletal muscle in rats, *Plast Reconstr Surg*, 92: 710-716

- 113.** Lien, K., Money, B., Delancey, J. O. L. and Miller, A. J. (2004). Levator Ani Muscle Stretch Induced by Simulated Vajinal Birth, *Obstet Gynecol*, 103: 31-40
- 114.** Kearney, R., Miller, J. M., Ashton-Miller, J. A. and DeLancey, J. O. (2006). Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth, *Obstet Gynecol*, 107: 144-149
- 115.** Mant, J., Painter, R. and Vessey, M. (1997). Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study, *Br J Obstet Gynaecol*, 104: 579-585
- 116.** Christianson, L. M., Bovbjerg, V. E., McDavitt, E. C. and Hullfish, K. L. (2003). Risk factors for perineal injury during delivery, *Am J Obstet Gynecol*, 189: 255-260
- 117.** Donnelly, V., Fynes, M., Campbell, D., Johnson, H., O'Connell, P. R. and O'Herlihy, C. (1998). Obstetric events leading to anal sphincter damage, *Obstet Gynecol*, 92: 955-961
- 118.** Meyer, S., Hohlfeld, P., Achtari, C., Russolo, A. and De Grandi, P. (2000). Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters, *BJOG*, 107: 1360-1365
- 119.** Sultan, A. H., Kamm, M. A., Hudson, C. N., Thomas, J. M. and Bartram, C. I. (1993). Anal-sphincter disruption during vaginal delivery, *N Engl J Med*, 329: 1905-1911
- 120.** Cheng, Y. W., Hopkins, L. M. and Caughey, A. B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?, *Am J Obstet Gynecol*, 191: 933-938
- 121.** Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., Laros, R. K., Jr. and Caughey, A. B. (2007). Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes, *Am J Obstet Gynecol*, 196: 585 e581-586
- 122.** Dipiazza, D., Richter, H., Chapman, V., Cliver, S., Neely, C., Chen, C. C. and Burgio, K. (2006). Risk Faktör for Anal Sphincter Tear in Multiparas, *Obstet Gynecol*, 107: 1233-1237
- 123.** Fitzgerald, M., Weber, A., Howden, N., Cundiff, G. and Brown, M. (2007). Risk Faktör for Anal Sphincter Tear During Vaginal Delivery, *Obstet Gynecol*, 109: 29-34
- 124.** Arslan, H., Potur, D. and Bilgin, N. (2002). Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Koruyucu Önlemler,
- 125.** Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S. and Mondor, M. (2004). Effects of Carrying a Pregnancy and of Method of Delivery on Ürinary İncontinence: a Prospective Cohort Study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 4: 1421-2393
- 126.** Bobak, J. M. and Jensen, M. D. (1987). *Essential of Maternity Nursing The Nurse and The Childbearing Family*, 2nd edn. The C.V. Mosby Company: Toronto: 365-368
- 127.** Mackey, M. C. and Stepan, M. E. (1994). Women's evaluations of their labor and delivery nurses, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 23: 413-420
- 128.** Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R. and MacLeod, C. (1999). Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial, *Birth*, 26: 4-8
- 129.** Eogan, M., Daly, L. and O'Herlihy, C. (2006). The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study, *J Matern Fetal Neonatal Med*, 19: 225-229
- 130.** Cline, M. E., Herman, J., Shaw, E. R. and Morton, R. D. (1992). Standardization of the visual analogue scale, *Nurs Res*, 41: 378-380
- 131.** Eti-Aslan, F. (1998). Postoperatif ağrı değerlendirilmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. In: VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, pp. 178-186. Ankara.
- 132.** Collins, S. L., Moore, R. A. and McQuay, H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres?, *Pain*, 72: 95-97
- 133.** Melzack, R. and Katz, J. (1992). *The MC Gill Pain Questionnaire: Appraised and Current Status*, *Handbook of Pain Assessment*. The Guilford Press: New York: 152-168
- 134.** Aslan, F. E. (2006). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Mart Matbaacılık

- 135.** Rizk, D. E., Abadir, M. N., Thomas, L. B. and Abu-Zidan, F. (2005). Determinants of the length of episiotomy or spontaneous posterior perineal lacerations during vaginal birth, *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 16: 395-400
- 136.** Albers, L. L., Greulich, B. and Peralta, P. (2006). Body mass index, midwifery intrapartum care, and childbirth lacerations, *J Midwifery Womens Health*, 51: 249-253
- 137.** Buhimschi, C. S., Buhimschi, I. A., Malinova, A. and Weiner, C. (2004). Intrauterine Pressure During the Second Stage of Labor in Obese Women, *Obstet Gynecol*, 103: 225-230
- 138.** Voldner, N., Frøslie, K. F., Bø, K., Haakstad, L., Hoff, C., Godang, K., Bollerslev, J. and Henriksen, T. (2008). Modifiable determinants of fetal macrosomia: role of lifestyle-related factors, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 87: 423-429
- 139.** Voldner, N., Frøslie, K. F., Haakstad, L. A., Bø, K. and Henriksen, T. (2009). Birth complications, overweight, and physical inactivity, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88: 550-555
- 140.** Duran, B., Mamik, B. A., Güvenal, T., Çetin, M., Çetin, A. and Sezer, H. (2003). Yenidoğanda Umbilikal Arter Kan Gazları ile Apgar Skorlamasının Önemi ve Perinatal ve Obstetrik Faktörlerin Etkisi, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25: 51-54
- 141.** Shimada, M. (2005). A randomized controlled trial on evaluating effectiveness of perineal massage during pregnancy in primiparous women, *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 25: 22-29

ARAŞTIRMA AKIŞ ŞEMASI

**DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE EBENİN UYGULADIĞI PERİNE MASAJININ
GENİTAL TRAVMALARI VE POSTPARTUM AĞRIYI AZALTMADAKİ ROLÜNE
İLİŞKİN ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI**

ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Aralık 2007-Ocak 2011

EVREN

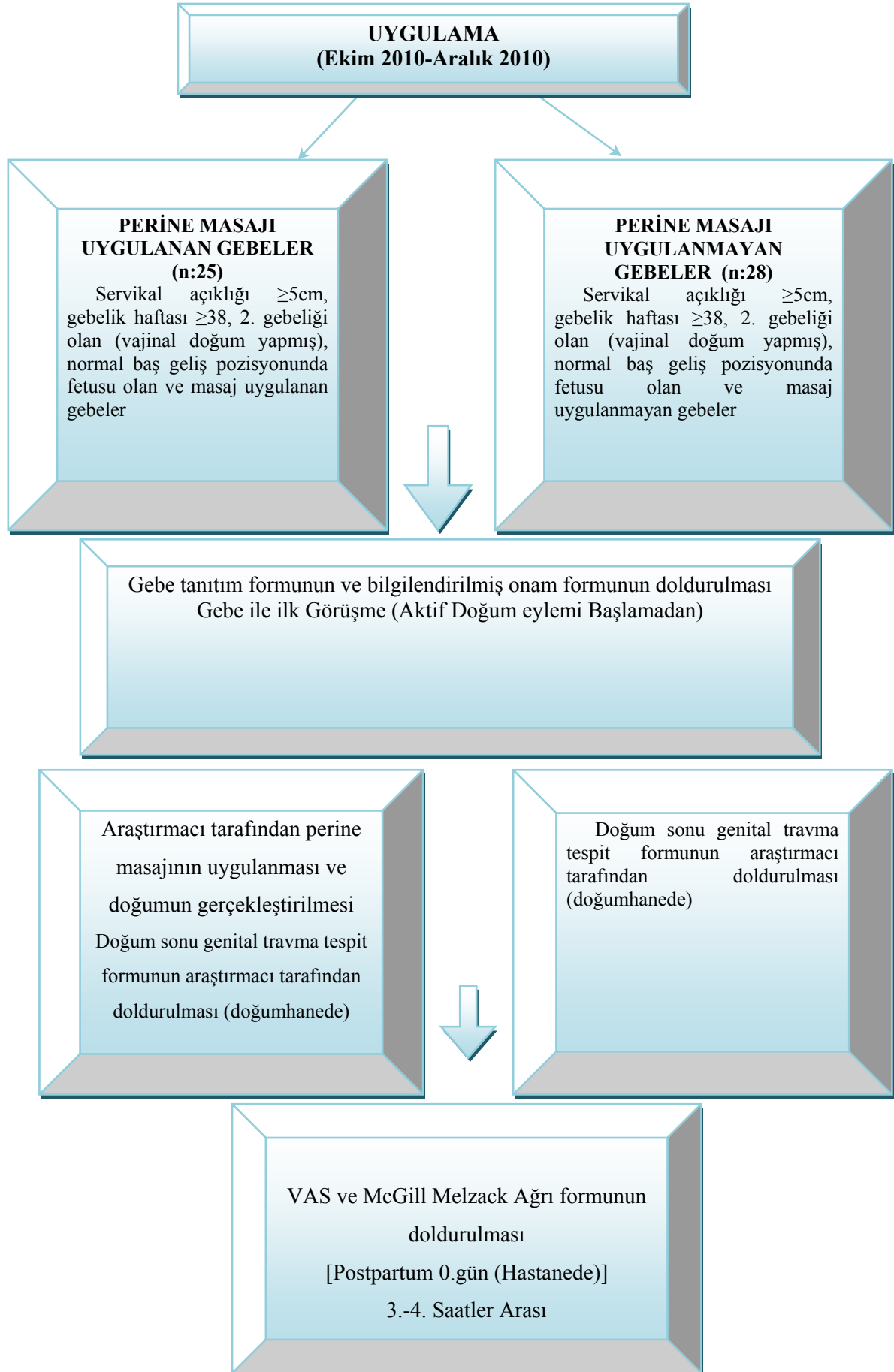
14.10.2010-14.12.2010 tarihleri
arasında T.C. Sağlık Bakanlığının İstanbul
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
doğumhane servisine doğum yapmak için
başvuran gebeler oluşturmuştur.

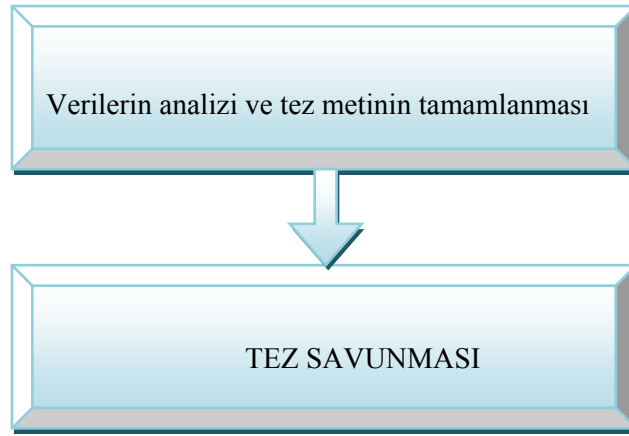
ÖRNEKLEM

Bu gebelerden ikinci doğumunu yapan 28 kadın kontrol
grubuna ve 25 kadın deney grubuna alınmıştır.

ARAŞTIRMAYA KABUL KRİTERLERİ

20-30 yaş arası, okur-yazar, servikal açıklığı ≥ 5 cm, gebelik haftası ≥ 38 , 2.
gebeliği olan (vajinal doğum yapmış), normal baş geliş pozisyonunda fetusu olan gebeler





EK II

GEBE TANITIM FORMU

Doğumun I. evresinde uygulanan perine masajının genital travma oranını ve postpartum perine ağrısını azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yaptığım çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim. Vereceğiniz yanıtlar sadece çalışma amaçlı kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Ebelik A.D. Yüksek Lisans Öğrencisi

Songül DEMİR

Tarih: /.... /...

Sosyo-Demografik Özellikler

1-Yaşınız

2-Eğitim durumunuz:.....

3-Çalışıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır (Cevabınız hayır ise 5. soruya geçiniz)

4-Ne iş yapıyorsunuz?

1)Çalışmıyor 2) Memur 3)İşçi 4)Emekli 5) Serbest meslek

5-Gebeliğiniz boyunca çalıştınız mı?

1)Evet 2)Hayır (Cevabınız hayır ise 7. soruya geçiniz)

6-Ne iş yaptınız?.....

7-Sosyal güvenceniz var mı?

1) Var 2)Yok

8-Evlenme yaşıınız nedir?.....

9-Kaçıncı evliliğiniz?

10-Kaç yıllık evlisiniz?.....

Genel Sağlık Bilgileri

11-Boyunuz.....

12-Gebelik öncesi kilonuz:.....

13-Şimdiki kilonuz: [BKİ:.....(Araştırmacı tarafından doldurulacak)]

Gebelik İle İlgili Bilgiler

14- Gebelikte alınan kilo:.....

15- Son adet tarihiniz nedir?.....

[TDT: (Araştırmacı tarafından doldurulacak)]

16-Gebelik haftası.....

17-Gebeliğiniz süresince herhangi bir problem oldu mu?

2) Evet 2) Hayır (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz)

18- Nasıl bir problem yaşadınız?.....

19-Gebeliğiniz süresince ilaç kullandınız mı?

1)Evet 2)Hayır (Cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz)

20- Ne tür bir ilaç kullandınız?.....

21- Gebeliğiniz boyunca düzenli kontrole gittiniz mi?

1)Evet 2)Hayır (Cevabınız hayır ise 25. soruya geçiniz)

22- Doğum öncesi bakım hizmetlerinizi nereden aldınız?.....

23-İsteyerek mi gebe kaldınız?

1) Evet 2) Hayır

24-Gebe kalmadan önce kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

25-Bebeginizin cinsiyetini biliyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır (Cevabınız hayır ise 29. soruya geçiniz)

26-Bebeginizin cinsiyeti nedir?.....

27-Önceki doğumunuzda bebeğiniz kaç kilo doğdu?.....

28-Daha önceki doğumunuzu nerede gerçekleştirdiniz?.....

29-Daha önceki doğumunuzda yırtık veya travma oldu mu?

1)Evet

2)Hayır

30-Daha önceki doğumunuz zor oldu mu?

1)Evet

2)Hayır

31-Gebeliğiniz boyunca egzersiz yaptınız mı?

1)Evet

2)Hayır (Cevabınız hayır ise anket bitti.)

32-Gebeliğiniz boyunca yaptığınız egzersizin adı nedir?.....

EK III

GENİTAL TRAVMA TESPİT FORMU

1. Doğumda herhangi bir problem yaşandı mı?

1) Evet 2) Hayır

2. Doğum hangi pozisyonunda gerçekleşti?.....

3. Doğum sonrası herhangi bir perineal travma oluştu mu?

1) Evet 2) Hayır

4. Doğumun gerçekleşmesini sağlamak için epizyotomi uygulandı mı?

1) Evet 2) Hayır

5. Doğum sonrası 1. Derece yırtık oluştu mu?

1) Evet 2) Hayır

6. Doğum sonrası 2. Derece yırtık oluştu mu?

1) Evet 2) Hayır

7. Doğum sonrası 3. Derece yırtık oluştu mu?

1) Evet 2) Hayır

8. Doğum sonrası 4. Derece yırtık oluştu mu?

1) Evet 2) Hayır

9. Doğum sonrası genital travma oluştu mu?

1) Evet 2) Hayır (10. Soruya geçiniz)

Evet ise ;

Vajinada Evet..... Hayır.....

Labialarda Evet.....Hayır.....

Periüretal bölgede Evet.....Hayır.....

Klitoriste

Evet.....Hayır.....

Servikste

Evet.....Hayır.....

10. Bebeğin doğum ağırlığı nedir?

11. Bebeğin baş çevresinin uzunluğu kaç cm'dir?

12. Doğumda anestezi uygulandı mı ?

1) Evet

2) Hayır (15. Soruya geçiniz)

13. Uygulanan anestezi türü nedir?

14. Doğumda anestezi doğumun kaçınıcı evresinde uygulandı?

15. Bebeğin 1. dakikada apgar skoru nedir?.....

16. Bebeğin 5. Dakikadaki apgar skoru nedir?.....

17. Doğumda laserasyon oluştu mu?

1)Evet

2) Hayır (19. Soruya geçiniz)

18. Doğumda oluşan laserasyonlar sutüre edildi mi?

1) Evet

2) Hayır

19. Doğumda herhangi bir müdahale yapıldı mı?

1) Evet

2) Hayır (21. Soruya geçiniz)

20. Doğumda yapılan müdahale nedir?.....

21. Doğumu hızlandırmak için herhangi bir uygulama yapıldı mı?

1) Evet

2) Hayır (23. Soruya geçiniz)

22.Doğumu hızlandırmak için yapılan uygulama nedir?.....

23. Doğumda omuz distozisi gelişimi?

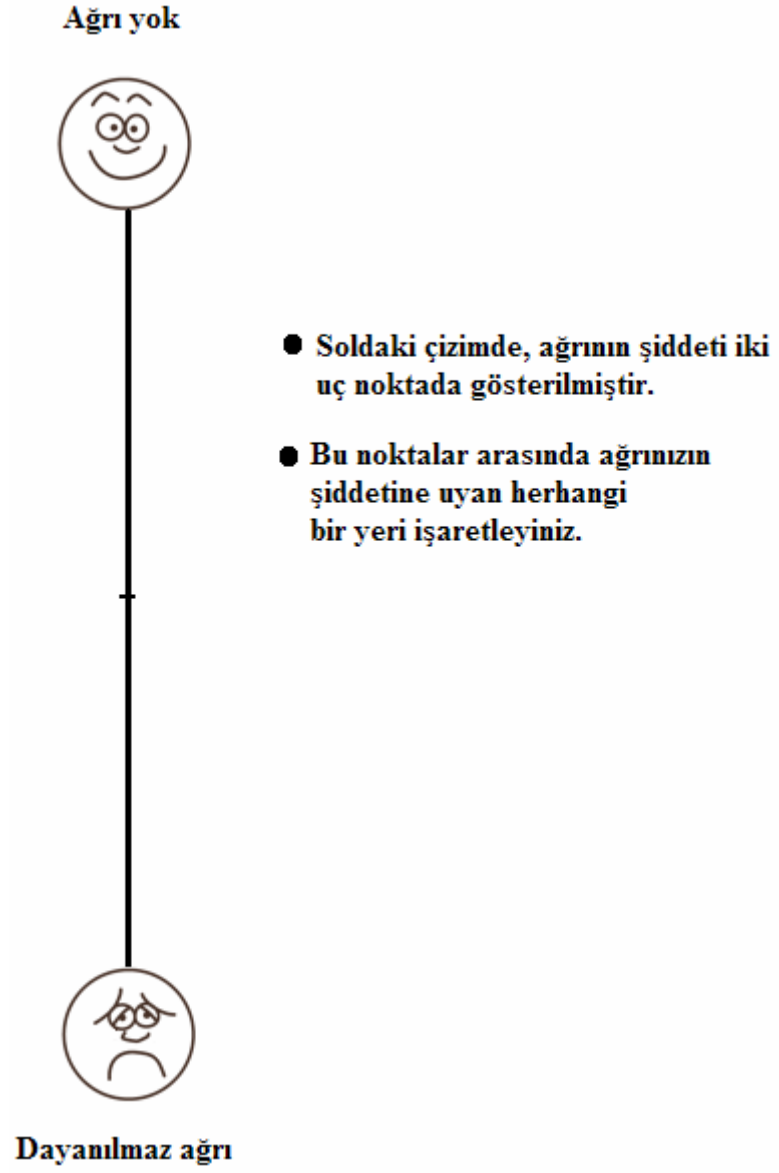
1) Evet

2) Hayır

24. Doğumun 1. evresinin süresi?.....

25. Doğumun 2. evresinin süresi?.....

GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ

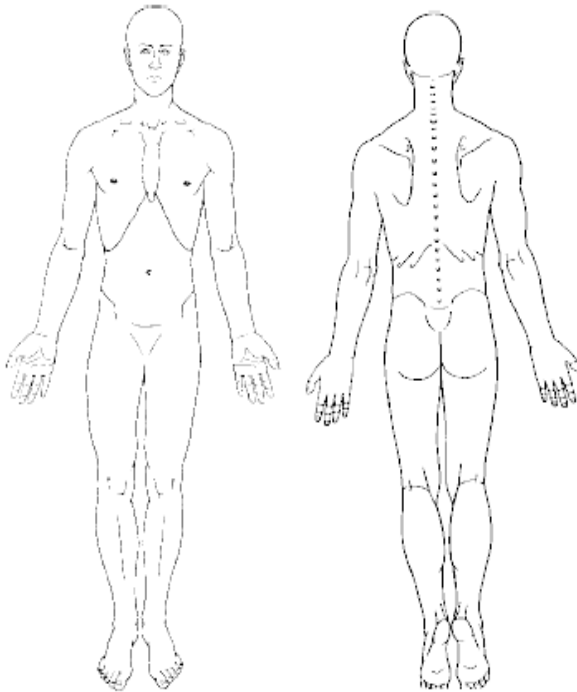


EK V

McGILL-MELZACK AĞRI FORMU

1.Bölüm: AĞRINIZ NEREDEDİR?

Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede/nerelerde hissettiğinizi işaretleyin. Eğer ağrınız derinde ise D harfi veya vücut yüzeyinde ise Y harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise DY harflerini belirtiniz.



2. Bölüm: AĞRINIZ NEYE BENZİYOR?

Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız. Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelimeyi işaretleyiniz.

1 pır pır eden Titreyen Çarpan Zonkluyor Vuran Döven	6 çekiştirici sürükleyici burkutucu	11 yorucu tüketici	17 yayılan dağılan
2 Sıçrayan Yansıyan Fırlayan	7 sıcaklık veren yakıyor gibi haşlanıyor gibi dağlayıcı	12 tikindirici boğucu	içe işleyen delen
3 diken diken oyuluyor gibi deliyorlar gibi şiş saplanır gibi şimşek çakar gibi	8 sızlıyor gibi kaşıntılı acıtıcı iğne batar gibi	13 korku veren korkunç dehşetli	18 sıkıntı verici uyuşuklaştıran hissizleştiren sürükleyici
4 çok keskin kesiliyor gibi yırtıyor gibi	9 künt çıldıratan yaralayıcı sızlayan yoğun	14 cezalandırıcı bitap düşürücü dayanılmaz şiddetli öldürücü	sıkıştırıcı yırtıcı
5 kemirici sancı kasılır tarzda eziliyor gibi	10 hassas gergin törpüleyen keskin	15 biçare eden kör eden	19 ürperten üşüten donduran
		16 usandıran sıkıntılı perişan eden yoğun dayanılmaz	20 sürekli rahatsız eden bulantı veren ızdırap veren berbat işkence eder tarzda

3. Bölüm: ZAMANLA AĞRINIZ NASIL DEĞİŞİYOR

1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi-kelimeleri kullanırsınız

1	2	3
devamlı	ritmik	genel
kararlı	periyodik	anlık
sabit	aralıklı	geçici

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?

3. Neler ağrınızı artırıyor?

4. Bölüm: AĞRINIZ NE KADAR GÜÇLÜ

İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimedede birleşirler.

Bunlar:

1	2	3	4	5
Hafif	rahatsız edici	şiddetli	çok şiddetli	dayanılmaz

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, en uygun rakamı yazınız.

1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?

2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?

3. Ağrınızın en az olduğunda hangi kelime tanımlar?

4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü diş ağrısını hangi kelime tanımlar?

5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?

6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?

EK VI

MCGİLL MELZAK AĞRI FORMU İZİN YAZISI

McGill Melzack Ağrı Soru Formu'nun Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması Yapılan

Yazarlardan Onay Belgesi

2/5 / 2008

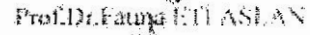
İLGİLİ MAKAMA

Geçerlilik ve Güvenirlilik çalışmalarını yaparak toplumumuza uyarladığımız McGill Melzack Ağrı Soru Formu: Songül DEMİR DAĞMIŞ tarafından tez çalışmasında kullanılabilir.

Durumu bilgilerinize sunar gereğini saygılarımızla arz ederiz.


Prof. Dr. Sema KUGUOĞLU

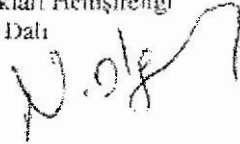
M.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu
Çocuk Sağlığı Ve Ha
Hemşireliği Anabilim Dalı


Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

M.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nermin OLGUN

M.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu
İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



EK VII

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Doğumun birinci evresinde ebenin uyguladığı perine masajının genital travmaları ve postpartum ağrısı azaltmadaki rolü

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Doğumda perineye yapılan masajın doğum sırasında oluşan yırtıkları önlemede ve/veya derinliğini azaltmada ve doğum sonu ağrısı azaltmada etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için daha önce normal doğum yapmış olmanız ve herhangi bir hastalığınızın olmaması gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Doğum sırasında oluşan yırtıkların ve doğum sonu ağrısının azalmasına katkı sağlamak üzere uygulanacak perine masajı, doğum başladığı andan bebek doğana kadar olan zamanı kapsayacaktır. Araştırmacı masajı, ağrınız arttığında, doğumu yaptığınız bölgeye kayganlaştırıcı bir jel kullanarak uygulayacaktır. Bu uygulama, size ve bebeğinize hiçbir zarar vermeyecektir. Bu işlemler sırasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz, isteğiniz doğrultusunda uygulamaya devam edilecek ya da son verilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak uygulanacak masaja izin vermek sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 50'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre vajinal açıklığınız 5 cm olduktan sonra başlar. Doğum gerçekleştiğinde sona erer. 3-4 saatlik bir süreyi geçmez.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar: Doğumda perineye yapılan masajın doğum sırasında oluşan yırtıkları önlediği ve/veya derinliğinde azalma meydana getireceği bilinmektedir. Yırtıkların önlenmesi ve doğum sonu ağrının azalması durumunda lohusalar daha çabuk iyileşecekler, günlük yaşam aktivitelerini daha rahat yapabilecekler, bebeklerine de daha rahat bakabileceklerdir.

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlanmanız söz konusu değildir. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu masaj araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmemiz ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenemez.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada perine masajı uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler arasında rahatsızlık hissi sayılabilir. Ender durumlarda karşılaşılabilecek sorunlar vajinal bölgede enfeksiyon oluşması riski olabilir. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

GEBELİK

Bu araştırmanın bebeğinize veya anne sütü ile beslenen yenidoğan için tahmin edilebilir bir riski veya uygunsuzluğu yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya bir yan etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK VEYASORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar sorumlu araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 534 630 94 05 nolu telefonda sorumlu araştırmacı Songül Demir'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDİR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDİR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik A.D. Yüksek Lisans Öğrencisi Songül Demir	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK VIII

ETİK KURUL ONAY YAZISI

T.C.
EĞE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.EGE.0.66.01.00-62/

Bornova/İZMİR

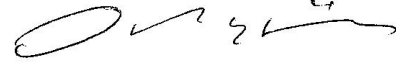
KONU : Araştırma

06.../06/2008

Sayın Songül DEMİR DALMIŞ
İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Yüksekokulumuz Bilimsel Etik Kurulu tarafından “Doğumun Birinci Evresinde Ebinin Uyguladığı Perine Masajının Genital Travma Oranı Ve Postpartum Ağrısı Azaltmadaki Rolü” konulu araştırmanız incelenerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Bilgilerinizi rica ederim.



Prof.Dr. Gülsün ÖZENTÜRK
Müdür

EKİ: Bilimsel Etik Kurulu Kararı (1 adet)

05./ 06 / 2008 Özl.İşl.Me.	: M.BEŞKAYA ()
05./ 06 / 2008 Yük.Ok.Skr.	: N.KARAMARTİNLER ()
05./ 06 / 2008 Müd. Yard.	: Doç. Dr. Esin ÇEBER ()

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Çalışmanın adı: *"Doğumun Birinci Evresinde Ebenin Uyguladığı Perine Masajının Genital Travma Oranı ve Postpartum Ağrısı Azaltmadaki Rolü"*

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Songül DEMİR DALMIŞ*

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç:** 15/10/2010 **Bitiş:** 15/01/2011.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

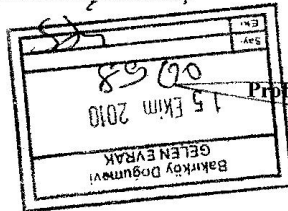
Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2010

Adı-Soyadı

Songül DEMİR DALMIŞ



OLUR

...../...../2010

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

...../...../2010

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU

Sağlık Müdür Yardımcısı

5-10-2010
15-10-2010
1/1

ÖZGEÇMİŞ

2005-2006 eğitim-öğretim yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümünden mezun olup, 2006-2007 eğitim-öğretim yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlarken aynı zamanda, Özel Bornova Sağlık Tıp Merkezi'nde ebe olarak göreve başladı.

İki yıl çalıştıktan sonra 2008 yılında, Diyarbakır ili Özel Genesis Hastanesi'nde 3 ay sorumlu ebe olarak meslek hayatına devam etti. Ancak aynı yıl Diyarbakır'dan ayrılarak İstanbul'a taşındı. İstanbul'da Özel Ethica İncirli Hastanesi'nde ebe olarak göreve başlamak durumunda kaldı, son 1.5 yıldır hastanede yönetim kadrosunda çalışmaktadır.

Aile Planlaması Derneği ve Ebeler Derneği üye olduğu mesleki kuruluşlardır.