

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

(DOKTORA TEZİ)

**EPİZYOTOMİ VE PERİNE YIRTIĞI ONARIMINDA KULLANILAN
SÜTÜR TEKNİKLERİNİN PERİNEAL AĞRI VE DİSPARONİYE ETKİSİ**

MELTEM AYDIN BEŞEN

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. GÜLAY RATHFISCH**

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

İSTANBUL-2017

DOKTORA TEZİ ONAYI

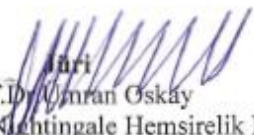
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Meltem Aydın Beşen tarafından Doç.Dr.Gülay Rathfisch'in danışmanlığında hazırlanan "Epizyotomi ve Perine Yırtığı Onarımında Kullanılan Sütur Tekniklerinin Perineal Ağrı ve Disparoniye Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 26 / 07 / 2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı

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


Jüri

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


Jüri

Prof.Dr.Umran Oskay
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı


Jüri-Danışman

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


Jüri

Yard.Doç.Dr.Filiz Okumuş
Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü

BEYAN

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

Meltem AYDIN BEŞEN

(İmza)

İTHAF

Bu çalışmamı sevgili eşim Cevdet'e ve güzel kızım Duru'ya ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince, değerli akademik bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, sonsuz desteğini, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Gülay RATFISCH'e,

Doktora eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum, beni destekleyen ve gelecekte söz sahibi yapacak bilgilerle donatan çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Prof. Dr. Ümran OSKAY'a, Doç. Dr. Ergül ASLAN'a, Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR'e

Çalışmanın uygulama aşamasındaki yardımları için Mersin Tarsus Devlet Hastanesi Doğum Salonu'nda çalışan tüm değerli ebe ve doktorlara,

Doktora sürecinde sonsuz desteğini hissettiğim, yaşamıma anlam katarak zorluklarla baş etmemi kolaylaştıran eşime,

Eğitim ve çalışma hayatım boyunca hep yanımda olan annem, babam ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Normal Doğum Eylemi.....	4
2.1.1. Doğumun Birinci Evresi.....	4
2.1.2. Doğumun İkinci Evresi	6
2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi	8
2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi.....	9
2.2. Doğumda Perinenin Korunması ve Perineal Travma	9
2.2.1. Spontan Perine Yırtıkları.....	12
2.2.2. Epizyotomi	13
2.2.3. Epizyotomi Endikasyonları.....	15
2.2.4. Epizyotomi Çeşitleri.....	16
2.2.5. Epizyotomi/ Spontan Yırtık Onarımı	18
2.2.5.1. Perineal travmanın suture edilmeden bırakılması yaklaşımı.....	18
2.2.5.2. Perineal cildin suture edilmeden bırakılması yaklaşımı.....	19
2.2.5.3. Perineal tüm katmanların suture edilmesi yaklaşımı.....	19
2.2.5.4. Tek Tek Suture Tekniği	20
2.2.5.5. Kilitli Sürekli Suture (Fleming's) Tekniği	21
2.2.6. Komplikasyonları.....	23
2.3. Doğum Sonu Perineal Ağrı.....	24

2.4. Normal Doğum Sonrası Disparoni.....	26
2.5. Perineal Ağrı ve Disparoninin Önlenmesi ve Azaltılmasında Ebelik/ Hemşirelik Girişimleri.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Amacı.....	32
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.3. Araştırmanın Tipi.....	32
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	33
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. Katılımcı Tanıtım Formu (Ek.3):	36
3.6.2. Değerlendirme Formu (Ek.4):.....	36
3.6.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek.5):.....	37
3.6.4. McGill Ağrı Ölçeği (Kısa Form) (MAÖ-KF) (Ek.6):.....	37
3.6.5. Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA) (Ek.7):	37
3.6.6. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek.8):.....	38
3.7. Verilerin Analizi	38
3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	39
4. BULGULAR.....	41
4.1. Kadınların Demografik, Genel Sağlık, Obstetrik Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	42
4.2. Kadınların Gebeliğine ve Doğum Eylemine İlişkin Bulgular	45
4.3. Kadınların Perineal Travmasına İlişkin Bulgular	50
4.4. Kadınların Doğum Sonrası Algıladıkları Perineal Ağrıya İlişkin Bulgular	54
4.5. Kadınların DSKÖ'ne ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşamına İlişkin Bulguları	63
5. TARTIŞMA	68
KAYNAKLAR	81
FORMLAR	91
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLOLAR LISTESİ

- Tablo 1: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırması
- Tablo 2: Kadınların Genel Sağlık Durumuna Ait Özelliklerinin Karşılaştırması
- Tablo 3: Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırması
- Tablo 4: Kadınların Gebeliğine Ait Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırması
- Tablo 5: Kadınların Doğum Eylemine Ait Özelliklerinin Gruplara Göre Ortalama Değerlerinin Karşılaştırması
- Tablo 6: Kadınlara Doğum Eyleminde Uygulanan Müdahalelerin Gruplara Göre Karşılaştırması
- Tablo 7: Kadınlarda Perineal Travmaya Ait Özelliklerin Gruplara Göre Frekans Ve Yüzde Değerlerinin Karşılaştırması
- Tablo 8: Kadınlarda Perineal Travmaya Ait Özelliklerin Gruplara Göre Ortalama Değerlerinin Karşılaştırması
- Tablo 9: Kadınların Doğum Sonrası İlk 24 Saat, 10. Gün ve 3. Ayda Perineal Travma Bölgesinin Değerlendirilmesine İlişkin Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 10: Kadınların Doğum Sonrası İlk 24 Saat, 10. Gün ve 3. Ayda Perineal Ağrının Günlük Yaşam Aktiviteleri (Yeme-İçme, Kişisel Bakım vb.) ve Bebek Bakımını Etkileme Durumlarına Ait Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 11: Kadınların Doğum Sonrası İlk 24 Saat, 10. Gün ve 3. Ayda Günlük Aktivitelerini (Yatma, Oturma, Yürüme, Emzirme, İdrar Yapma vb.) Gerçekleştirirken Algıladıkları Ağrıya İlişkin Bulguları
- Tablo 12: Perineal Ağrı Yaşayan Kadınların Doğum Sonrası İlk 24 Saat, 10. Gün ve 3. Ayda McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Puan Ortalamalarının Sütür Tekniklerine Göre Dağılımı
- Tablo 13: Kadınların Perineal Travma Oluş Biçimi İle Algıladıkları Perineal Ağrı Düzeyinin Karşılaştırması
- Tablo 14: Yenidoğan Ağırlığı Ve Epizyotomi Uzunluğu İle Algılanan Perineal Ağrı Düzeyinin Karşılaştırması
- Tablo 15: Kadınların DSKÖ Puan Ortalamalarının Sütür Tekniklerine Göre Dağılımı
- Tablo 16: Doğum Sonrası Cinsel Yaşama Ait Özelliklerin Sütür Tekniklerine Göre Dağılımı
- Tablo 17: Disparoni Yaşayan Kadınların McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Puan Ortalamalarının Sütür Tekniklerine Göre Dağılımı

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1: Epizyotomi Çeşitleri
- Şekil 2: Kilitli Sürekli Süturlar ile Vajinanın Kapatılması
- Şekil 3: Sürekli Sütur Tekniği ve Tek Tek Sütur Tekniği Uygulaması
- Şekil 4: Sürekli Sütur Tekniği
- Şekil 5: Kesintisiz Subkütan Teknik ile Perineal Cildin Kapatılması
- Şekil 6: Tez Akış Şeması



SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
cm	: santimetre
dk	: dakika
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSKÖ	: Doğum Sonu Konfor Ölçeği
g	: gram
g/Dl	: gram/desilitre
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
MAÖ-KF	: McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (UK)
NCG	: National Guideline Clearinghouse
RCOG	: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RCM	: Royal College of Midwives
REEDA	: Redness (kızarıklık), Edema (ödem), Ecchymosis (ekimoz), Discharge (akıntı), Approximation (yara uçlarının yaklaşması)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye istatistik kurumu

ÖZET

AYDIN BEŞEN, M. (2017). Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sütür tekniklerinin perineal ağrı ve disparoniye etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar kelimeler: epizyotomi, sürekli sütür tekniği, tek tek sütür tekniği, perineal ağrı, disparoni

Araştırma epizyotomi ve spontan perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniğinin doğum sonrası perineal ağrı ve disparoniye etkisini belirlemek amacıyla Mersin Tarsus Devlet Hastanesi'nde yapıldı. Araştırmanın etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Çalışmada randomizasyon pazartesi ve salı günleri bir gün tek tek sütür tekniği, bir gün sürekli sütür tekniği uygulanarak gerçekleştirildi. Kasım 2015- Nisan 2016 tarihleri arasında, Doğum Salonu'na başvuran, normal doğum yapan ve perineal travma onarımı gerçekleştirilen, araştırma kriterlerine uyan kadınlar araştırma kapsamına alındı. 28 sürekli sütür tekniği uygulaması, 28 tek tek sütür tekniği uygulaması olmak üzere toplam 56 vaka ile çalışma tamamlandı. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği power analiz ile değerlendirildi ve örneklem sayısı evreni %95 güven aralığında %80 güçle temsil ettiği belirlendi.

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan kadınların tanıtıcı bilgilerinin yer aldığı Katılımcı Tanıtım Formu, doğum eylemi, doğum sonrası dönem ve disparoni değerlendirilmesi ile ilgili bilgileri kapsayan Değerlendirme Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), McGill Ağrı Anketi (Kısa Form) (McGill Pain Questionnaire; MPQ), Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) kullanıldı.

Araştırmada perineal travma onarımında kullanılan sürekli sütür tekniğinin tek tek sütür tekniğine göre doğum sonrası erken dönemde dinlenme ve günlük aktiviteler sırasında daha az perineal ağrıya, daha az analjezi ihtiyacına, daha iyi yara iyileşmesine, daha kısa onarım süresine, daha az materyal kullanımına neden olduğu bulundu. Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların daha düşük perineal ağrı yaşaması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ve bebek bakımında daha etkin oldukları saptandı. Disparoni yaşama oranı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç olarak sürekli sütür tekniğinin geleneksel tek tek sütür tekniğine kıyasla daha düşük perineal ağrı düzeyine, daha az materyal kullanımına, daha kısa onarım süresine, daha etkin bebek bakımına neden olduğu belirlendi.

ABSTRACT

AYDIN BEŞEN, M. (2017). Effect of suture techniques used in episiotomy and perineal tear repair on perineal pain and dyspareunia. İstanbul University Institute of Health Sciences Head Department of Women's Health and Disease Nursing. PhD Thesis. İstanbul

Key words: episiotomy, continuous suture technique, Interrupted suture technique, perineal pain, dyspareunia

The research was carried out in Mersin Tarsus State Hospital to determine the effect of the continuous suture technique and the interrupted suture technique used in episiotomy and spontaneous perineal tear repair on postpartum perineal pain and dyspareunia. Research's ethical committee approval and institutional permission were obtained. Randomizations in the study were performed on Monday and Tuesday, one day with interrupted suture technique, one day with continuous suture technique. Women who applied to the Delivery Room between November 2015 and April 2016, had a normal delivery and had perineal trauma repair, and complied with the criteria of the research were included in the research content. The research was completed with the total 56 cases, 28 continuous suture technique applications, 28 interrupted suture technique applications. The sufficiency of the sample size was assessed by power analysis and it was determined that the number of sample represented the universe with a power of 80% in 95% confidence interval.

In the collection of data, the Participant Identification Form, which was prepared by the researcher in the direction of the literature, the Evaluation Form containing the information about the birth, postpartum period and dyspareunia evaluation, the Visual Comparison Scale (VCS), the McGill Pain Questionnaire (Short Form) (MPQ), Episiotomy Region Rating Scale (REEDA), Postpartum Comfort Scale (PPCS) were used.

It was found in the research that continuous suture technique used in the perineal trauma repair resulted in less perineal pain, less analgesia need, better wound healing, shorter repair time, less material use during rest and daily activities in the early postpartum period compared to the interrupted suture technique. Women who applied continuous suture technique were found to be more effective in daily life activities and baby care because of having lower perineal pain. There was no significant difference between groups in terms of having dyspareunia.

As a result, it was determined that the continuous suture technique resulted in lower perineal pain level, less material use, shorter repair time, more effective baby care compared to the traditional interrupted suture technique.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinal doğum sırasındaki perine travması, kendiliğinden gerçekleşebildiği gibi obstetrisyenin doğumu kolaylaştırmak amacıyla vulval çıkışın çapını arttırmak için yaptığı cerrahi insizyon (epizyotomi) ile de olabilmektedir. (Sultan ve ark., 2007; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2004).

Vajinal doğumla ilgili perineal travma oranları tanım ve uygulama farklılıklarından dolayı ülkeden ülkeye değişebilmektedir (Webb ve ark., 2014). Kadınların %85'inin vajinal doğum sırasında çeşitli boyutlarda perineal travma yaşayacağı ve bu kadınların %60-70'inin suture edilmeye ihtiyaç duyacağı tahmin edilmektedir (RCOG, 2004; Phillips ve Monga, 2005). Epizyotomi dünyada sık yapılan obstetrik girişimlerden ve perineal travma oranını önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle primipar kadınlara daha fazla uygulanmakta (%64-%100) ve oranı %9,7 (İsveç) ile %100 (Tayvan) arasında değişmektedir (Graham ve ark., 2005). Epizyotomi oranları için çalışmalar incelendiğinde; Friedman ve ark.'nın (2015b) çalışmasında %12, Francisco ve ark.'nın (2014) çalışmasında %46,7, Trinh ve ark.'nın (2015) Vietnam'da yaptığı çalışmada %86 olarak bildirilmektedir. Grigoriadis ve ark.'na (2009) göre ise doğum uzmanlarının %51'i primiparlara rutin olarak, %89'u vakum ekstraksiyonu sırasında epizyotomi uygulamaktadır. Ayrıca ebelerin (%80) doktorlara (%52) göre daha sık epizyotomi uyguladığı saptanmıştır (Trinh ve ark., 2015).

Ülkemizde ise belirtilen oranlar yüksektir ve primiparlarda multiparlara göre daha sık uygulandığı bilinmektedir (Karaçam ve Eroğlu, 2003). Türkiye'deki epizyotomi oranını Graham ve ark., (2005) %64 olarak bildirirken, Kütük ve ark.'nın (2013) çalışmasında %89, Sayner ve Demirci'nin (2007) çalışmasında %70, Rathfisch ve ark.'nın (2011) çalışmasında %61, Rathfisch ve ark.'nın (2010) çalışmasında ise %56 olarak saptanmıştır.

Perineal travmanın neden olduğu etkilerin başında perineal ağrı ve seksüel problemler gelmektedir (Şahin, 2009; East ve ark., 2012). Yapılan çalışmalarda epizyotominin perineal ağrıya, disparoniye ve daha geç cinsel ilişkiye başlama süresine neden olduğu saptanmıştır (Francisco ve ark., 2011b; Boran ve ark., 2013; Özcan ve Aslan, 2013). Doğumdan sonraki 3 ay içinde kadınların %80 - %93'ü cinsel ilişkiye yeniden başlamakta ve üç yeni anneden ikisi cinsel işlevle ilgili en az bir sorun

yaşamaktadır. Bunlar arasında dispareni, azalmış libido, orgazmı yakalama güçlüğü, vajinal kuruluk en sık rastlanılan sorunlardır. Özellikle yüzeysel dispareni, perineal travmanın ardından gelişen yara dokusu oluşumuna veya kötü anatomik rekonstrüksiyona bağlı sekonder gelişebilir (Handa, 2006).

Perineal ağrı annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini etkileyebilmektedir (Fernando, 2007; Francisco ve ark., 2014). Doğum sonrası dönemde özellikle epizyotomi uygulanmış kadınlarda daha sık karşılaşılan perineal ağrı; kısa dönemde, günlük aktivitelerin sağlanamaması, emzirmenin kesilmesi, anne-bebek ilişkisinin bozulması, rollerin yerine getirilmemesi gibi, uzun dönemde ise dispareni, kronik perineal ağrı, partner ile ilişkilerde bozulma, beden imgesinde bozulma, işe dönüşte gecikme gibi birçok morbiditenin kaynağı olmaktadır (Sultan ve ark., 2007; Steen, 2010). Ayrıca perineal ağrı ve postpartum dispareni, kadınların en özel deneyimi olması gereken doğumun korku ile anılmasına neden olmaktadır. Bu korku ise vajinal doğumdan kaçınmaya ve dolayısıyla sezaryene eğilimi arttırmaktadır. (Zaksek, 2015; Moore ve Moorhead, 2013).

Perineal travma onarımında kullanılan sütür materyali ve tekniğinin perineal ağrı ve dispareni üstünde etkisi kanıtlanmıştır. (RCOG, 2004; Royal College of Midwives (RCM), 2012b; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2016). Araştırmacılar, yetmiş yıldan fazla süredir sürekli sütür tekniğinin postpartum erken dönemdeki perineal rahatsızlığı azaltmak için tek tek sütür tekniğine göre daha üstün olduğunu önermişler, ancak bu teknik yaygın şekilde kullanılmamıştır. Bunun nedeni daha önce elde edilen bulguların çoğunun karşılaştırmalı vaka serileri veya gözlemsel çalışmalara dayanıyor olması ve uygulamayı destekleyecek güçlü bilimsel kanıt eksikliği olabilir. Ayrıca düğüm eksikliğinin uygulayıcı için bir güvensizlik yaratması, bu tekniğin olumlu karşılanmamasının bir başka nedeni olarak bildirilmektedir. Sürekli sütür tekniğinin perine ağrısını azaltma ve hareketliliği artırma yönünde üstünlüğünün ispatlanmasına rağmen, uygulayıcılar yeni teknikler kullandıklarında huzursuz olduklarını kabul etmekte ve değişime direnç gösterebilmektedir (Sultan ve ark., 2007). Belirtilen tüm bu sebeplerin, ülkemiz genelinde perineal onarım sırasında tek tek sütür tekniğinin yaygın olarak uygulanmasının olası nedenleri arasında olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011), hemşireye prekonsepsiyonel dönemden başlamak üzere gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde bakım, eğitim ve izlem, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında danışmanlık sorumluluğunu vermektedir. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliği'ne (2014) göre ise gebeliğe hazırlık, normal gebe izlemi ve risklerin belirlenmesi, doğuma hazırlık, normal doğumun yaptırılması ve gerekli hallerde epizyotomi uygulaması ebeğin yasal yükümlülüğü içerisinde. Ayrıca cinsel sağlığın desteklenmesinde danışmanlık rolü verilmiştir. Bu bağlamda ebe ve hemşirenin antenetal izlem, bakım ve eğitimler ile doğuma hazır oluşun sağlanması, risklerin tespiti, doğumda sürekli desteğin sağlanması, gereksiz müdahalenin önlenmesi, gerekli hallerde mesleki uygulamaların yapılması, anne/bebek sağlığının ve refahının korunması ve yükseltilmesinde etkin rolü ve yükümlülüğü vardır.

Bu bilgilerin ışığında; ebe/hemşire doğumun her aşamasında kanıta dayalı olarak uyguladığı çeşitli bakım ve girişimler ile perineal travma ve ağrının potansiyel kısa ve uzun dönem etkilerini en aza indirerek, dispareni nedeniyle değişen cinsel yaşam konusunda danışmanlık yaparak kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahını sağlamayı ve böylece kadın sağlığı düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmayı amaçlamalıdır.

Bu çalışmada epizyotomi ve spontan yırtık onarımında kullanılan sürekli sütür tekniğinin, geleneksel olarak uygulanan tek tek sütür tekniğine kıyasla perineal ağrı ve dispareniye etkisinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Normal Doğum Eylemi

2.1.1. Doğumun Birinci Evresi

Doğumun birinci evresi düzenli uterin kontraksiyonları ile başlar, servikal dilatasyon ve efasmanın tamamlanması ile sona erer (Lowdermilk ve Perry, 2006). Birinci evre primiparlarda 8-18 saat, multiparlarda 5-12 saat sürer (National Institute for Health and Care Excellence (UK) (NICE), 2014). Doğumun birinci evresi latent faz ve aktif faz olarak iki bölümde takip edilmektedir. Daha ayrıntılı bir tanımda ise aktif fazın geç dönemleri açıklığın 8-10 cm olduğu sırada geçiş fazı olarak adlandırılmaktadır. Her faza özgü ölçülebilir fiziksel ve psikolojik değişiklikler görülür. Fiziksel değişiklikler doğumun ilerlemesinin takibinde kullanılır; psikolojik değişiklikler ise vajinal muayene yapılmaksızın annenin konfor ve destek ihtiyacını belirlemede kılavuzluk eder (Varney ve ark., 2004).

Latent faz servikal dilatasyonun aktif başlangıcı ile 3 santimetreye ulaşması arasındaki süreyi kapsar. Genel olarak düzenli kontraksiyonlar vardır, ancak prezente kısmın inişi ya çok az ya da hiç yoktur. Fazın başlangıcında 10-20 dakikada bir gelen kontraksiyonlar 15-20 saniye sürerken, fazın sonlarında 5-7 dakikada bir gelir ve 30-40 saniye sürer (şiddeti 40 mm/hg). Latent fazın göstergeleri ile yalancı doğum belirtileri arasındaki ayrımın zor olması, belirtilerin başlangıcının kadının beyanına dayandırılması ve başlangıçta her kadının servikal olgunluğunun farklı olması nedeniyle bu fazın süresini kesin ölçülerle belirtmek zordur. Latent fazda kadın heyecan, mutluluk, endişe gibi karışık duygular yaşar ve uzun bir gebelik döneminin sonu geldiği için rahatlamıştır. Kadın genel olarak ağrılarla baş edebilir ve eğitime açıktır (Varney ve ark., 2004).

Aktif fazda kontraksiyonların süresi, şiddeti, sıklığı artar. Ferguson refleksi aktive olmuştur ve ıkınma hissi vardır. Anne kontraksiyonlar sırasında anlamsız sesler çıkarır ve sık sık pozisyon değiştirir.

Geçiş fazı başın inişinin +3 seviyesinde olduğu, kontraksiyonların ekspulsiyon için uygun şiddet, süre ve sıklıkta olduğu fazdır. Annenin dinleme becerisi azalır ve konsantre olamaz. Vajinal açıklıkta taçlanma gerçekleştiğinden anne yanma hissi duyar

ve ıkınma güçlüdür (Lowdermilk ve Perry, 2006). Kadının gerçek doğum ağrıları, nişanenin gelmesi veya spontan membran rüptüründen en az birini ifade etmesi durumunda doğum bakımı başlamalıdır (Lowdermilk ve Perry, 2006). Doğumun birinci evresinde rutin bakımda;

- İlk değeriendirilmeler yapıldıktan sonra partogram kullanılmalıdır (aktif fazdan sonra).

- Yarım saatte bir kontraksiyon sıklık, süre ve şiddeti, saatte bir nabız, dört saatte bir kan basıncı ve vücut sıcaklığı değeriendirilmelidir.

- Doğumu takip eden profesyonel mümkün olduğunca vajinal muayeneden kaçınmalı ve rutin muayene dört saatte bir olmalıdır. Ancak ilerleme konusunda kaygı olması durumunda abdominal muayene ve vajinal kanamanın değeriendirilmesiyle vajinal muayene yapılabilir.

- Kadının ağrıyı azaltma arzusu dahil olmak üzere duygusal ve psikolojik ihtiyaçları sürekli göz önünde bulundurulmalıdır.

- Kadın, doğumun herhangi bir noktasında analjezi ihtiyacını bildirilmesi konusunda desteklenmelidir.

- Bu evrede nefes egzersizleri, suya daldırma, müzik ve masaj gibi uygulamalar ağrıyı azaltabilir.

- Genel yaklaşım, bireyselleştirilmiş bakım ve kadının ağrı algısını azaltmada seçtiği uygulamaları desteklemektir.

- Ağrı değeriendirilmesinde sayısal ağrı skalaları düzenli olarak kullanılmamalıdır.

- Doğum eylemi süreci normal ilerliyorsa rutin amniotomi işlemi ve /veya oksitosin tedavisi uygulanmamalıdır (NICE, 2014).

Doğumun birinci evresinde bakım ve uygulamalara yönelik kanıta dayalı öneriler aşağıdaki gibidir;

- Tüm gebelerin hastanede doğum yapmaları en güvenilir yol olarak öngörölse de düşük riskli gebeler için hastanede ya da planlı evde doğumu önerebilecek yeterli ve güçlü kanıt bulunmamaktadır (I)

- Ev ortamı hazırlayan merkezlerde gerçekleştirilen doğumlarda daha az tıbbi girişim ve daha yüksek hasta memnuniyeti bildirilmektedir (D).

- Doğumların ebe yönetiminde gerçekleştirilmesi önerilebilir (C)

- Latent fazda gebenin doğumhaneye kabulü daha fazla obstetrik girişim ile sonuçlanmaktadır. Kabul için servikal dilatasyonun 3 cm'nin üstünde olması, tam efasman ve spontan membran rüptürü kriterleri esas alınmalıdır (B).

- Doğum eylemi takibinde partografin kullanımı kabul görülmekte, ancak rutin uygulanması önerilmemektedir (C).

- Vajinal tuşe sıklığı ile müdahaleli doğum ve sezaryen arasında bir fark bulunmamakla birlikte maternal ve neonatal enfeksiyon için kanıt ihtiyacı duyulmaktadır (I).

- Düşük riskli gebelerin tanesiz sıvı gıda alması önerilebilir (B):

- Rutin amniyotomi önerilmemektedir (D).

- Rutin perine traşı önerilmemektedir (D).

- Kadınların doğum sürecinde en rahat ettikleri pozisyonu almaları ve dik pozisyonların desteklenmesi önerilebilir (B).

- İndüksiyon endikasyonları ve kontrendikasyonları tekrar değerlendirilmelidir (D).

- Epidural, spinal epidural, inhaler analjezi doğum sırasında etkilidir, ancak bu uygulamaların yan etkilerinin olabileceği bildirilmiştir. Akupunktur, gevşeme, masaj, suyun içinde olma, lokal anestezikler ve non-opioid ilaçlar doğum ağrısını azaltabilir kategorisinde yer alan uygulamalardır. Biofeedback, aromaterapi, müzik terapisi, steril su enjeksiyonu ve TENS yöntemlerine ilişkin yeterli veri yoktur (I) (Başgöl ve Beji, 2015).

2.1.2. Doğumun İkinci Evresi

Doğumun ikinci evresi “ıtm evresi” olarak da tanımlanır ve serviksin tam açıklığından bebeğin doğumuna kadar geçen süredir. Kontraksiyonlar yaklaşık 2-3 dakikada bir gelir ve 60-90 saniye sürer (Walsh, 2001)

Doğumun ikinci evresi pasif ve aktif ikinci evre olarak iki aşamada değerlendirilir. Pasif ikinci evre, servikal dilatasyonun tam olmasına rağmen güçlü ekspülsiyon kontraksiyonlarının olmaması olarak tanımlanmaktadır. Aktif ikinci evre ise; bebeğin görünmesi, tam dilatasyon yanı sıra ekspülsiyon kontraksiyonlarının varlığı veya güçlü maternal çabanın olması durumudur. Aktif ikinci faz primiparlarda iki saati, multiparlarda bir saati geçmemelidir (NICE, 2014).

İkinci evrenin yönetimine maternal ve fetal iyiliğin değerlendirilmesi, doğumun ilerleyişinin değerlendirilmesi, fiziksel bakım, kadın ve aileye destekleyici bakım, maternal ve fetal komplikasyonların izlenmesi ile devam edilir. Bu kapsamda kontraksiyon ve vital bulguların takibi, mesane kontrolü, hidrasyonun sağlanması, yorgunluk ve fiziksel tükenmenin önlenmesi, ağrı ile baş etme stratejilerinin takibi, maternal ıkınmanın yönetimi, analjezi ve anestezi gereksiniminin belirlenmesi ve perineal bütünlüğün sağlanması önem taşır. Bu kapsamda kanıta dayalı veriler doğrultusunda çalışmak başarıyı arttırmaktadır (Beksaç ve ark., 2001; Varney ve ark., 2004; NICE, 2014). Güngör ve Ratfisch (2009) doğumun ikinci evresindeki kanıta dayalı uygulamaları şu şekilde bildirmektedir:

- Geç ıkınma (ıkınma dürtüsü gelene kadar bekleme) vajinal doğum insidansını arttırmakta, sezaryen ve müdahaleli doğum insidansına ve fetal sonuçlara etkisi olmamaktadır (B).
- Kapalı glottis- valsalva tipi ıkınma ikinci evre süresini kısaltmakta, ancak fetüste asit-baz dengesi bozulabilmektedir (C).
- Fundal basınç kadının doğumdan memnuniyetini azaltmakta, maternal ve fetal sonuçları etkilememektedir (D).
- Doğumun ikinci evresinde perineal masaj üçüncü derece yırtık olasılığını azaltmaktadır (B).
- Perineye sıcak kompres uygulaması üçüncü ve dördüncü derece yırtık olasılığını azaltmaktadır (B).
- Dik pozisyonlar fetal distress ve operatif vajinal doğum insidansını azaltmaktadır (A).

- Rutin epizyotomi uygulanmamalıdır. Kısıtlayıcı epizyotomi uygulanmalıdır (D).
- Perinenin elle korunması üçüncü derece yırtık ve epizyotomi insidansını arttırmaktadır (D).
- Uzamış ikinci evrede doğuma müdahalede çalışma sınırlı (I).
- Profilaktik tokoliz müdahaleli doğum insidansını arttırmaktadır (D).

2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi

Evrensel olarak doğumun üçüncü evresi “bebeğin doğumundan plasenta ve zarların çıkarılmasına kadar geçen süre” veya “plasenta ve zarların çıkarılmasının sağlandığı süreç” olarak tanımlanmaktadır (RCM, 2012a). Bu evre plasentanın ayrılması ve doğumu olarak iki ardışık fazdan oluşur ve ortalama 5- 10 dakika sürer (Varney ve ark., 2004).

Plasentanın ayrılması uterin kavite boyutlarının ani olarak küçülmesi ile olur. Bebeğin doğumu ile boşalan uterus kavitesi küçülür ancak boyutu değişmeyen plasenta nedeniyle oluşan retroplasental hematoma, intervillöz aralığa yayılarak plasentayı tamamen ayırır. Daha sonra Schultz veya Duncan mekanizmaları ile doğum fazi gerçekleşir (Varney ve ark., 2004).

Üçüncü evre için iki bakım planı önerisi söz konusudur. Yönetimde hangi planın uygulanacağına kadın karar vermelidir. Bunun için yararları ve riskleri anlatılmalı ve seçimi sağlanmalıdır. Ancak kadın postpartum hemoraji ve kan transfüzyonu yönünden değerlendirilerek, gerekli olduğu durumlarda fizyolojik yönetim yerine aktif yönetim önerilir.

- Aktif yönetim şu bileşenlerin oluşturduğu bir bakım planını içerir:
 - Rutin uterotonik ilaçların kullanımı
 - Ertelenmiş kord klemplenmesi
 - Plasenta ayrılma belirtilerinin ardından kontrollü kord traksiyonu
- Fizyolojik yönetim (bekleme yönetimi) bileşenleri ise;
 - Uterotonik ilaçların rutin olarak kullanılmaması

-Kord atımı duruncaya kadar (plasenta doğana kadar) klemplemenin yapılmaması

-Maternal çaba ve yerçekimi kullanımını teşvik ile plasentanın atılımının sağlanmasıdır (RCM, 2012a; NICE, 2014).

Doğumdaki profesyonel, hem aktif yönetim hem de fizyolojik yönetim konusunda yetkin olmalıdır. Postpartum kanama riskinin düşük olduğu fizyolojik yönetimi talep eden kadınların istekleri desteklenmelidir. Fizyolojik yönetimde üçüncü evre süresi bir saati geçmiş ise müdahale gerektirir ve aktif yönetim düşünülmelidir (RCM, 2012a).

Doğumun üçüncü evresi aktif yönetiminde kanıta dayalı veriler doğrultusunda; rutin oksitosin uygulamasının kan kaybını azaltabildiği ancak, olası yan etkilerinin belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu, doğum sonrası her 10 dakikada uterus masajının yapılmasının kan kaybını ve ek uterotonik ihtiyacı azaltığı, kontrollü kord traksiyonunun plasentanın doğumunu kolaylaştıran bir yöntem olarak uygulanmasına devam edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Güngör ve Rathfisch, 2009).

2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi

Plasentanın doğumundan sonraki ilk dört saat dördüncü evredir. Bu evrede annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Herhangi bir komplikasyon geliştiğinde ya da anestezi uygulanan kadınlarda bu evre daha uzun olabilmektedir. Bu evrede fundus, kanama miktarı ve karakteri, vital bulgular ve annenin genel durumu dikkatle izlenmelidir. Ağrının giderilmesi, anne bebek ilişkisinin başlatılması, emzirmenin desteklenmesi bu dönemde önemlidir (Taşkın, 2012).

2.2. Doğumda Perinenin Korunması ve Perineal Travma

Perine genellikle vajina ve anüs arasındaki bölge olarak adlandırılırken, gerçek anatomikal tanım; simfizis pubis, koksiz ve her iki iskial tuberositler arasında kalan daha geniş bir alandır (Webb ve ark., 2014). Anterior ürogenital ve posterior anal üçgen olarak ayrılır. Anterior perineal travma; labia, anterior vajina, üretra veya klitorisde hasar olarak tanımlanır. Posterior perine travması; posterior vajinal duvar, perineal kaslar veya anal sfinkterde herhangi bir hasar olarak tanımlanır ve anal epitelin bozulmasını içerebilir (RCOG, 2004)

Vajinal doğum sırasındaki perine travması, kendiliğinden gerçekleşebildiği gibi obstetrisyenin doğumu kolaylaştırmak amacıyla vulval çıkışın çapını arttırmak için yaptığı cerrahi insizyon (epizyotomi) ile de olabilmektedir. "Epizyotomi" terimi, pudenda'yı (dış genital organ) kesmeyi ifade eder, oysa "perineotomi" terimi perine kesisi olarak tanımlanır ve daha doğru bir terimdir. (RCOG, 2004; Sultan ve ark., 2007).

Vajinal doğumla ilgili perineal travma oranları tanım ve uygulama farklılıklarından dolayı ülkeden ülkeye değişebilmektedir (Webb ve ark., 2014). Kadınların %85'inin vajinal doğum sırasında çeşitli boyutlarda perineal travma yaşayacağı ve bu kadınların %60-70'inin suture edilmeye ihtiyaç duyacağı tahmin edilmektedir. (RCOG, 2004; Phillips ve Monga, 2005)

Doğum sırasında oluşan travmanın boyutunu etkileyebilecek faktörler arasında ırk (en yüksek risk Asya ırkı), yaş, genital mutilasyon, doku tipi, beslenme durumu, fetus pozisyon ve prezentasyonu, 4000 gr'ın üstündeki doğum ağırlığı, ilk doğum, daha önceki perineal onarım (yara dokusu), uzamış ikinci evre, enstrümantal doğum, hızlı doğum, epizyotomi uygulaması gösterilmektedir. (RCOG, 2004; Fernando, 2007; Webb ve ark., 2014; Şenol ve Aslan, 2015). Ayrıca antenatal perineal masaj, doğum sırasındaki destek, pozisyon, epidural anestezi, ıkınma türü, doğum şekli gibi intrapartum bakımın hem perineal hasar prevalansı hem de derecesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (NICE, 2014). Perine travması ile pelvik taban egzersizleri arasında ise negatif bir ilişki bildirilmektedir (Webb ve ark., 2014). Bir sistematik derlemede nulliparite, büyük bebek (ağırlık ve baş çevresi her ikisi birlikte), uzamış ikinci evre, pozisyon bozuklukları, Asya etnik kökeni ve forseps uygulamasının perineal travma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Aasheim ve ark., 2011). Oliveira ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ise yaş, vücut kitle indeksi, ilk doğum, enstrümetal doğum, oksitosin kullanımı, ikinci evre süresi, epizyotomi, lokorejeal analjezinin perineal travma oluşumunda etkili olduğu saptanmıştır. Dahlen ve ark.'nın (2013a) 2000- 2008 yılları arasında doğum yapan 510 006 kadının değerlendirildiği çalışmasında özel hastane ve erkek fetusun şiddetli perineal travma (3. ve 4. derece) için risk faktörü olduğu bildirilmektedir.

Doğumdan hemen sonra labia, vajina, üretra, klitoris, perine kasları ve anal sfinkterin sistematik bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Genital travma değerlendirilmesi yapılmadan önce kadına ne planlandığı ve bunun neden yapıldığı

açıklanmalı, iyi ışıklandırma sağlanmalı, genital yapıların açıkça görülebileceği ve kadının kendini rahat hissedeceği bir pozisyon verilmelidir (NICE, 2014). Perineal travmanın tespitinden sonra sistematik değerlendirme aşağıda belirtildiği gibi yapılmalıdır:

- Etkili bir lokal veya bölgesel anestezi (inhalasyon anestezisi önerilir).
- Perineal travmaya dahil olan yapıları, hasarın tepesi ve kanamayı belirlemek için görsel değerlendirme
 - ✓ Periüretal bölge, labia, proksimal vajinal duvarlar
 - ✓ Yırtığın boyutları
 - ✓ Anterior anal kırıksıklık yokluğu
- Vajinal muayene
 - ✓ Üç parmak vajina derininden aşağıya doğru süpürülerek serviks, vajinal tonoz, yan duvarlar, perineal taban ve posterior perineum muayene edilir.
 - ✓ Yaralanmanın şekli, sınırları ve apeksi belirlenir.
- Perineal kasların yaralanması söz konusu ise dış ve iç anal sfinkteri değerlendirmek için rektal muayene
 - ✓ İşaret parmağı anüs içine yerleştirilerek kadından sıkıştırması istenir, bu durumda eksternal anal sfinkterin ayrılmış uçları geriye doğru çekilecek ve anteriorda bir boşluk hissedilecektir.
 - ✓ Sıkışmıyorsa, işaret parmağı anüs içinde iken vajinaya basparmak yerleştirilir ve anal sfinkter kas hacmindeki tutarsızlıkları kontrol etmek için bir "hap yuvarlama" hareketi yapılır.
 - ✓ Anterior anal duvarın bütünlüğü kontrol edilir.
 - ✓ İç anal sfinkter travmasının tespiti sağlanır (NICE, 2014; RCOG, 2004; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines, 2012).

Birmingham Perineal Araştırma Değerlendirme Grubu, ikinci derece yırtıkların değerlendirilmesine ve objektif ölçümüne yardımcı olmak için çalışmalarının bir parçası olarak "Peri-Rule"ü geliştirmiştir. Peri-Rule, bir tarafında milimetre ölçeği olan, içi boş, yumuşak medikal sınıf plastikten imal edilmiş, sterilize edilebilir ancak tek kullanımlık

olan, perine travmasının sınıflandırılmasında kullanılan bir ölçme aracıdır. Klinisyeni değerlendirme prosedürünün her aşamasında, gerekli üç ölçümün açık diyagramları ile yönlendirir. Peri-Rule'u kullanan ebeler perine travmasını kolay, çabuk ve kapsamlı değerlendirdiklerini bildirmektedir (Sultan ve ark., 2007).

Kadının acil müdahale gerektiren bir kanaması yoksa sistematik değerlendirmenin zamanlaması anne-bebek bağlanmasını etkilememeli, ancak enfeksiyon ve kan kaybı riskini en aza indirmek için perinenin mümkün olan en kısa sürede onarımına başlanmalıdır. Ayrıca kadın, değerlendirme ve onarım için verilecek pozisyonda sadece gerekli olduğu sürece tutulmalıdır. Sistematik değerlendirme ve sonuçları bütünüyle (mümkünse resimsel olarak) kayıt altına alınmalıdır (NICE, 2014; RCOG, 2004).

Yapılan bir sistematik derleme, obstetrisyenlerin (ebe ve kadın doğum uzmanı) perineal anatomi, travmanın değerlendirilmesi ve sınıflandırılması ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarına dair kanıt sağlamıştır (Morris ve ark., 2013). Buna göre travmanın yapısı ve kapsamı hakkında bir belirsizlik varsa daha deneyimli ebe ya da hekimden yardım istenmelidir (NICE, 2014; RCOG, 2004).

2.2.1. Spontan Perine Yırtıkları

Doğum sırasında oluşan spontan perine yırtığı oranı doğum öncesi bakıma ve uygulayıcılarına, hasta özelliklerine, doğum yönetimine bağlı olarak değişmekle birlikte %53-79 arasındadır. Sıklıkla birinci ve ikinci derece perineal laserasyonları kapsar (ACOG, 2016). Bununla birlikte 1998-2010 Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Yatan Hasta Kaydı'na göre, üçüncü derece laserasyon oranı %3.3, dördüncü derece laserasyon oranı % 1.1 olarak bildirilmektedir (Friedman ve ark., 2015a).

Perineal laserasyonlar genellikle fetal başın doğumu sırasında gerçekleşir. Çoğu yaralanma akut olduğu gibi, bazıları kadının daha önceki jinekolojik problemlerine (pelvik relaksasyon, prolapsus, rektosel vb.) bağlı ortaya çıkabilir. Ayrıca her kadının yumuşak doku esnekliği farklı olabileceğinden laserasyona eğilimi ve derecesi değişebilmektedir (Lowdermilk ve Perry, 2006). Perineal değerlendirme sonucu travma belirlenerek spontan yırtılmanın derecelendirilmesi yapılmalıdır:

- İntakt: Herhangi bir bölgede cildin ayrışması yok
- Birinci derece: Sadece deri yüzeyi yaralanmaları vardır, şu yapıları içerebilir;

- ✓ Ön veya arka perineumun deri ve deri altı dokusu
- ✓ Vajinal mukoza
- İkinci derece: Yaralanmaya perineal kas eklenmiştir ancak anal sfinkter yaralanması yoktur;
 - ✓ Süperfişial perineal kaslar (bulbospongiosus, transvers perineal)
 - ✓ Perineal cisim.
 - ✓ Travma çok derin ise levator ani kasları (pubococcygeus) da hasar görebilir.
 - ✓ Epizyotomi genellikle ikinci derece yırtık ile aynı yapıları içerir ancak bazen spontan travmayla birlikte ortaya çıkabilir, bu da daha kompleks perineal yaralanmaya neden olur.
- Üçüncü derece: Travmaya anal sfinkter kası da dahil olmuştur;
 - ✓ 3a: Dış anal sfinkter kasının %50'sinden azı zarar görmüştür.
 - ✓ 3b: Dış anal sfinkter kasının %50'sinden fazlası zarar görmüştür.
 - ✓ 3c: İç ve dış anal sfinkter kası yaralanmıştır.
- Dördüncü derece: Perine ve anal sfinkter kompleks yırtığı vardır ve anal mukoza da zarar görmüştür (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines, 2012; Sultan ve ark., 2007).

2.2.2. Epizyotomi

Epizyotomi üç yüzyılı aşkın süredir tıp literatüründe olmasına rağmen 1920'lere kadar rutin olarak kullanılmamıştır ve yararlılığı tartışmalıdır. Yirminci yüzyılda hastane içi doğumlara geçiş ile morbidite azalmış ancak, aynı zamanda epizyotomi kullanımındaki artış ve diğer birçok obstetrik uygulamaların çoğalması ile ilişkilendirilmiştir (ACOG, 2006).

Rutin epizyotomi uygulaması obstetrisyenler tarafından fetal travmayı ve perineal yaralanmayı önleme stratejisi olarak görülmüştür. Fakat daha sonra göreceli yararları ve zararları çelişkili tartışmalar yaratmıştır. Erken savunucular perineal korumayı sağladığını ve daha iyi postpartum pelvik organ desteği ile sonuçlandığını öne sürmüşlerdir, fakat bu yüksek kalitede kanıtlar ile desteklenememiştir (Memon ve

Handa, 2013). Ayrıca özellikle anal sfinkter yırtıklarını, doku hasarının düzlemini ve boyutunu kontrol ederek azalttığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, kısıtlayıcı epizyotominin perineumu travmadan korumayabileceğini gösteren kanıtlar artmaktadır (Phillips ve Monga, 2005).

Epizyotominin rutin uygulaması kanıta dayalı perspektif ile incelendiğinde; Cochrane veri tabanında yer alan meta-analitik bir çalışmada kısıtlayıcı epizyotomi ile rutin epizyotomi arasında şiddetli perineal travma, ağrı, dispareni ve üriner inkontinans açısından bir fark olmadığı ancak kısıtlayıcı epizyotominin posterior perineal travma, sütüre edilme ihtiyacı, erken dönem yara yeri komplikasyonları yönünden daha düşük riske sahip olduğu bildirilmektedir (Carroll ve Mignini, 2009). Tayrak ve ark.'nın (2006) yaptığı sistematik derlemede rutin epizyotominin şiddetli perine yırtığı, üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik prolapsusu önleyici etkisinin bulunmadığı bildirilmektedir. Coutada ve ark.'nın (2014) 397 kadın ile yaptığı çalışmada ise rutin epizyotomi yapılan kadınlarda morbiditenin (perineal ağrı, bölgesel ateş ve kızarıklık) kısıtlayıcı uygulananlara göre daha fazla olduğu, neonatal travma, 1. ve 5. Dakika APGAR skoru gibi neonatal sonuçlarda ise fark olmadığı bildirilmektedir. Bir başka çalışmada da maternal morbidite kısıtlayıcı uygulamada daha az rastlanmış, fetal sonuçlarda bir fark bulunmamıştır (Shahraki ve ark., 2011). ACOG (2016), kısıtlayıcı epizyotominin rutin epizyotomiye göre klinik açıdan daha üstün olduğunu ve tercih edilmesi gerektiğini (Kanıt düzeyi A), ayrıca rutin epizyotominin üriner inkontinansa yol açan pelvik taban hasarını önlemediğini (Kanıt düzeyi B) bildirmektedir. National Guideline Clearinghouse (NGC) (2011), operatif vajinal doğumda rutin epizyotomi kullanımını destekleyen güçlü kanıt bulunmamasından dolayı operatörün kendi kararını kullanarak kısıtlayıcı epizyotomi uygulamasını desteklemektedir (Öneri düzeyi B). RCOG (2012), rutin epizyotominin kanıt düzeyinde kısa ya da uzun dönem maternal yaralarının bulunmadığı ve ciddi perineal travma riskini arttırdığını bildirmektedir. Yayınlanan sistematik derlemelerin klinik uygulamaya yansımalarının değerlendirildiği bir çalışmada ise epizyotomi oranlarının kademeli olarak düştüğü, ancak rutin epizyotominin, zararlarını gösteren kanıtların uygulamaya etkisinin sınırlı olduğu sonucuna varılmıştır (Shen ve ark., 2013)

Literatürde tüm bu kanıtların sunulmasına karşın epizyotomi dünyada sık yapılan obstetrik girişimlerden biridir. Özellikle primipar kadınlara daha fazla

uygulanmakta (%64-%100) ve oranı %9.7 (İsveç) ile %100 (Tayvan) arasında değişmektedir (Graham ve ark., 2005). Epizyotomi oranları için çalışmalar incelendiğinde; Friedman ve ark.'nın (2015b) çalışmasında %12, Francisco ve ark.'nın (2014) çalışmasında %46.7, Trinh ve ark.'nın (2015) Viet-nam'da yaptığı çalışmada %86, Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada (Francisco ve ark., 2011a) %75.4 olarak bildirilmektedir. Grigoriadis ve ark.'na (2009) göre ise doğum uzmanlarının %51'i primiparlara rutin olarak, %89'u vakum ekstraksiyonu sırasında epizyotomi uygulamaktadır. Ayrıca ebelerin (%80) doktorlara (%52) göre daha sık epizyotomi uyguladığı saptanmıştır (Trinh ve ark., 2015).

Ülkemizde ise belirtilen oranlar yüksektir ve primiparlarda multiparlara göre daha sık uygulandığı bilinmektedir (Karaçam ve Eroğlu, 2003). Türkiye'deki epizyotomi oranını Graham ve ark.'nın (2005) %64 olarak bildirirken, Kütük ve ark.'nın (2013) çalışmasında %89, Sayner ve Demirci'nin (2007) çalışmasında %70, Rathfisch ve ark.'nın (2011) çalışmasında %61, Rathfisch ve ark.'nın (2010) çalışmasında ise %56 olarak saptanmıştır.

2.2.3. Epizyotomi Endikasyonları

Manzanares ve ark. (2013) 2695 kadın ile yaptığı çalışmada, ilk doğumunda oluşan spontan yırtıkların daha sonraki doğumda lasreasyon ve/veya epizyotomi riskini arttırdığı bildirilmektedir. Obstetrik öyküsü, anne yaşı, doğumu yaptıran profesyonel, fetal boyut ne olursa olsun ilk doğumunda epizyotomi uygulanan kadınlarda sonraki doğumunda spontan yırtık oluşma riskinin iki kat, epizyotomi riskinin ise üç kat arttığı belirlenmiştir.

Epizyotomi endikasyonları büyük oranda klinik görüşe dayanmakta ve bu nedenle değişkenlik göstermektedir. Doğumun ikinci evresinin kısaltılması gerektiği ve spontan laserasyon olasılığının yüksek olduğu durumlarda uygulanması önerilmiştir. Bu gibi klinik durumlar, bozulmuş fetal kalp sesi, operatif vajinal doğum, omuz distosisi ve perineal alanın genişletilmesi gerektiği düşünülen vakaları içerir. Ancak bu iddiaları destekleyen veriler büyük oranda tanımlayıcı veya klinisyene özel deneyimlerdir. Birçok yayın, bu koşullar altında epizyotomi kullanımını destekleyen kanıt eksikliğini işaret etmektedir (ACOG, 2006).

Raisanen ve Heinonen (2010) yaptığı çalışmada; primiparlarda, asiste edilmiş vajinal doğumda, indüklenmiş vajinal doğumda, epidural analjezi kullanımında,

valsalva tipi ıkınmada, litotomi ve yarı oturur doğum pozisyonlarında epizyotominin daha yaygın kullanıldığı belirlenmiştir. Ayrıca fetal sonuçlar incelendiğinde epizyotominin Apgar Skoru'na etkisi olmadığı saptanmıştır.

2.2.4. Epizyotomi Çeşitleri

Standart obstetrik ve ebelik yayınlarında başlıca iki epizyotomi tipi tanımlanmasına rağmen literatürde yedi tip epizyotomi yer almaktadır (Şekil) (Kalis ve ark., 2012):

1. Median (mesdial, midline) epizyotomi: Arka fourcheetde başlar ve perineal tabanın merkezi tendonun orta hattı boyunca devam eder. Kesi uzunluğu perinenin yaklaşık yarısı olmalıdır (ACOG, 2016).

2. Modifiye median epizyotomi: Median epizyotominin sonuna iki transvers kesi modifikasyonunun eklenmesiyle oluşur. Bu iki kesi anal sfinkter bölgesinin üstünde karşıt yönlerde yapılır. Böylece total insizyon uzunluğu yaklaşık 2.5 cm olur. Bu değişikliğin kullanımı ile standart median epizyotomiye göre %83 daha fazla vajinal açıklık arttırılmış olmakta ve posteriorda kesinin uzaması ile anüsün zarar görme riski ortadan kalkmaktadır (Kalis ve ark., 2012).

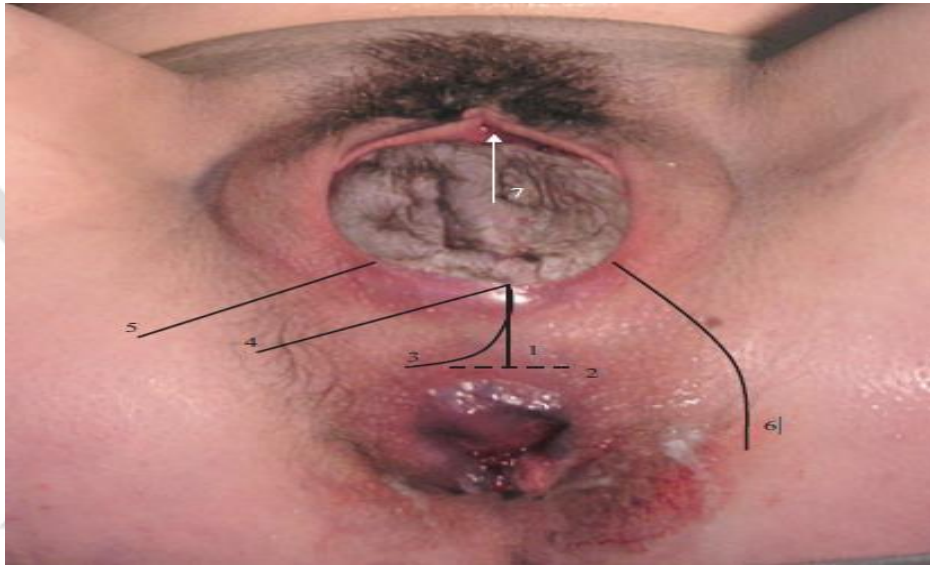
3. 'J' şekilli epizyotomi: Bir orta hat kesi ile başlar ve anüsten uzaklaşmak için yana, ischial tuberisiteye doğru kavis ile kesi devam eder (Kalis ve ark., 2012).

4. Mediolateral epizyotomi: Avrupada en sık kullanılan epizyotomi tipidir (ACOG, 2016; (Kalis ve ark., 2012).

5. Lateral epizyotomi: Bu tip epizyotomi ilk olarak 1850 yılında tanımlanmıştır ve obstetrik literatürde çok nadir adı geçer. Vajinal intraitus lateralinin 1-2 cm midlinenında başlar ve ischial tuberisiteye doğru aşağıya yönlendirilir (Kalis ve ark., 2012).

6. Radikal epizyotomi: Obstetrik bir insizyon olmadığı düşünülmeyle birlikte, tamamen derinleştirilmiş bir epizyotomi tipidir. Vajinal sulcusun derinine doğru insizyon yapılır ve daha sonra anüsün çevresinden bir kavis çizilerek kesi aşağıya yönlendirilir. Radikal vajinal histerektomi gibi jinekolojik operasyonlarda kullanılabildiği gibi obstetride büyük fetüs başı, omuz distozisi, zor makat prezentasyonlar gibi komplike doğumlarda kolaylaştırmak amacıyla uygulanabilmektedir (Kalis ve ark., 2012).

7. Anterior Epizyotomi: Anterior epizyotomi veya deinfibulasyon genellikle daha önce çeşitli derecelerde genital mutilasyona uğramış kadında doğum sırasında vajinal açıklığı arttırmak amacıyla kullanılır. Uygulayıcı parmaklarını intraoitusa sokar ve pubise doğru insizyon yapar. Klitoral kalıntılar var ise zarar verilmemelidir. Çoğunlukla bu epizyotomi tipine mediolateral epizyotomi eşlik eder (Kalis ve ark., 2012).



Şekil 1: Epizyotomi Çeşitleri (Kalis ve ark., 2012).

Genel olarak sık kullanılan teknikler median ve mediolateral epizyotomidir. Uygulama ve onarım kolaylığı ve doğum sonu ağrı (disparoni dahil)'nın daha az olması nedeniyle ABD'nde median daha sık kullanılmaktadır. Ancak median epizyotomi üçüncü ve dördüncü derece yırtık riskinin artması ile ilişkilendirilmektedir. Mediolateral epizyotomi ise ABD dışında diğer ülkelerde daha sıklıkla kullanılmaktadır. Doğum için perineal alanın en üst düzeye çıkarılması ve üçüncü-dördüncü derece yırtık riskinin daha az olması nedeniyle bu epizyotomi tipi tercih edilmektedir (ACOG, 2016). ACOG (2006; 2016), median epizyotominin anal sfinkter ve rektumda mediolateral epizyotomiden daha yüksek yaralanma oranlarıyla ilişkili olduğunu (Kant düzeyi A), seçilmiş olgularda mediolateral epizyotominin median epizyotomiye tercih edilebileceğini (Kant düzeyi B) bildirmektedir. Ayrıca tüm operatif doğumlarda mediolateral epizyotominin geç yara yeri iyileşmesi ve uzun süren

perineal rahatsızlık, median epizyotominin ise anal sfinkter yaralanma riskinin artması ve rektum içine uzanması nedeniyle rutin olarak uygulanmasını önermemektedir (Kant düzeyi A) (ACOG, 2015). Fodstad ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise kullanılan epizyotomi tipinin perineal ağrı, disparoni ve yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlarda etkisi olmadığı bildirilmiştir.

2.2.5. Epizyotomi/ Spontan Yırtık Onarımı

Perineal onarım gibi rutin prosedürlerin etkin, maliyet bakımından uygun ve kaliteli olabilmesi için kanıta dayalı olması önemlidir. Ancak uygulamanın bazı yönleri ile araştırma bulguları kullanımı arasında bir ayrılık olduğu görülmektedir. Buna yönelik bilgi ve beceri eksikliği, değişim direnci, kişisel tercih, gelenek, kısıtlayıcı yerel politikalar ve destek eksikliği gibi bazı sebepler bildirilmektedir (Sultan ve ark., 2007).

2.2.5.1. Perineal travmanın suture edilmeden bırakılması yaklaşımı

Perineal travmanın suture edilmesi ile ilgili uzun yıllardır tartışmalar devam etmektedir. Bazı profesyoneller daha sonraki doğumları kolaylaştırmak, hızlı yara iyileşmesini sağlamak, daha az ağrı ve enfeksiyon için perinenin suture edilmeden bırakılması yönünde görüş bildirirken, diğer bir kesim ise bu prosedürün yara iyileşmesi, estetik, cinsel işlev, pelvik kas kuvveti, idrar kaçırma ve prolapsus ile ilgili etkilerini sorgulamaktadır (Sultan ve ark., 2007).

Fleming ve ark.'nın (2003) çalışmasında bulgular, birinci ve ikinci derece yırtık oluşan kadınlarda suture edilmeden bırakılan ve suture edilen gruplar arasında ağrı ya da depresyon açısından anlamlı fark olmadığını, ancak iyileşme açısından farklılıkların bulunduğunu ortaya koymuştur. Altı hafta sonra, gruplar arasında yaranın kapanmasında önemli bir fark vardır; suture edilmeme yaklaşımı uygulanan kadınlarda daha zayıf yara iyileşmesi saptanmıştır.

Elharmeel ve ark.'nın (2011) yaptığı meta-analiz çalışmasına göre; suture edilmeden bırakılan birinci ve ikinci derece yırtıklar ile suture edilen yırtıklar arasında doğumdan sekizinci haftaya kadar ağrı veya rahatsızlık açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır, ancak bir çalışma dikiş sonrası yara iyileşmesinin daha hızlı olabileceğini düşündürmektedir. Bir başka sonuç ise, dikişli grupta analjezik kullanımı sekiz haftada halen yüksekken, dikişsiz grupta hiçbir analjezik kullanılmamıştır. Her iki grup için de uzun dönem etkileri (seksüel fonksiyon, inkontinans, günlük aktivite,

kozmetik kaygılar) rapor edilmemiştir. RCOG (2004), birinci ve ikinci derece perineal yırtıkların suture edilmeden bırakılması uygulaması için, zayıf yara iyileşmesi ve kısa dönem rahatsızlıklarda önemli bir farklılık bulunmamasına rağmen, klinik uygulama için daha kaliteli kanıtlara ihtiyaç olduğunu bildirmektedir (Kanıt düzeyi Ib ve III). RCM (2012b) ise kadının kendi isteği olmadıkça suture edilmeme yaklaşımı konusunda obstetrisyenlere çekimser davranmaları gerektiğini, cildin suture edilmemesinin ise daha az ağrıya ancak daha fazla yara kenarlarının açık kalma riskine neden olduğunu bildirmektedir.

Günümüzde bu yöntemin diğerinden üstün olduğunu gösteren iyi metodolojik kaliteye dair çok az kanıt vardır. Uygulayıcılar, kadının isteği olmadıkça, suture etmeme prosedürüne temkinli yaklaşmalıdır (Sultan ve ark., 2007). Mevcut kanıtlar göz önüne alındığında bu yaklaşım, iyi bir klinik değerlendirme yapılarak, aktif kanama olmayan, düzenli ve iyi yaklaşılmış yara kenarlarına sahip, birinci derecede perine yırtıkları için önerilebilir (Fernando, 2007; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines, 2012; ACOG, 2016). Özellikle labiaların suture edilmediği durumlarda travma iki taraflıysa kesikler bazen üretranın üzerine yapışabilir ve kadında işeme zorlukları oluşabilir. Bu durumda adezyonları önlemek için kadına günlük olarak banyo sırasında labianın yapışıklıklarını açması öğretilmelidir (Sultan ve ark., 2007).

2.2.5.2. Perineal cildin suture edilmeden bırakılması yaklaşımı

Vajinal mukoza ve perine kasları suture edilerek sadece perineal cildin açık bırakılmasını kapsar. Yapılan bir sistematik derlemeye göre; cildin suture edilmeden bırakılması veya cilt yapıştırıcıların kullanılması kısa dönem perineal ağrı açısından suture edilmeye tercih edilebilir olarak görünmektedir, ancak uzun dönem ağrı için (en az altı aylık takip) daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca suture edilmeden bırakılan grupta kısa dönemde cilt ayrılmasına rastlanabilmekte, ancak cilt ayrılmasının klinik önemi için herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Ek olarak kozmetik sonuçlara ilişkin çalışmalara ihtiyaç vardır (Seijmonsbergen ve ark., 2015).

2.2.5.3. Perineal tüm katmanların suture edilmesi yaklaşımı

Vajinal mukoza, perineal kaslar ve perineal cildin suture edilerek kapatılmasıdır. Perine onarımını takiben kadınların maruz kaldıkları morbidite üzerinde hasar derecesinin, suture tekniği ve malzemelerin ve işlemi yapan profesyonelin becerisinin doğrudan etkisi vardır (RCOG, 2004; Phillips ve Monga, 2005).

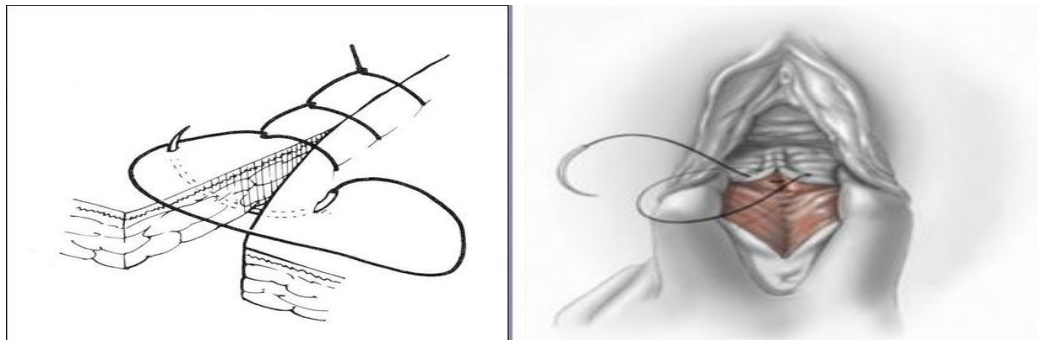
Literatüre göre en sık kullanılan sütür teknikleri; sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniğidir (Arulkumaran ve ark., 2005; Kettle ve ark., 2012). Sütür tekniklerinden hangisi uygulanırsa uygulansın perineal hasarın onarımına başlamadan önce;

- HIV ve hepatit enfeksiyonuna karşı korunmak için tüm işlemler sırasında koruyucu gözlük ve eldiven giyilmelidir.
- İşlem boyunca kadının mahremiyeti için rahat bir pozisyon verilmelidir.
- Perineal yaralanma aseptik koşullar altında onarılmalı ve alan, işleme başlamadan önce yerel politikaya göre temizlenmelidir.
- Onarımı başlatmadan önce yaranın yeterince anestezi altına alınmasını sağlanmalıdır. En fazla 20 ml %1 lidokain ya da eşdeğerini kullanarak lokal anestezi sağlanmalı ve bütünüyle etkili olduğundan emin olunmalıdır.
- Gerekliyse epidural ya da spinal anestezi sağlanmalıdır.
- Uygulamadan önce ve sonra ekipman kontrol edilmeli, spanç ve iğneler sayılmalıdır. (Sultan ve ark., 2007; NICE, 2014; RCOG, 2004; Leeman ve ark., 2003).

2.2.5.4. Tek Tek Sütür Tekniği

Epizyotomi ve ikinci derece yırtıkların onarımında geleneksel olarak kullanılan tek tek sütür tekniği şu aşamaları içerir:

1. Vajinal hasarın apeksinden başlanıp, kilitli sürekli sütür ile vajina kapatılır ve fourchette seviyesinde bir düğüm ile tamamlanır (Şekil 2).
2. Derin ve yüzeysel perineal kaslar 3 ya da 4 tek tek sütür ile yaklaştırılır.
3. Kesilen transkütanöz dikişlerle cilt kapatılır (Şekil 3) (Fernando, 2007).



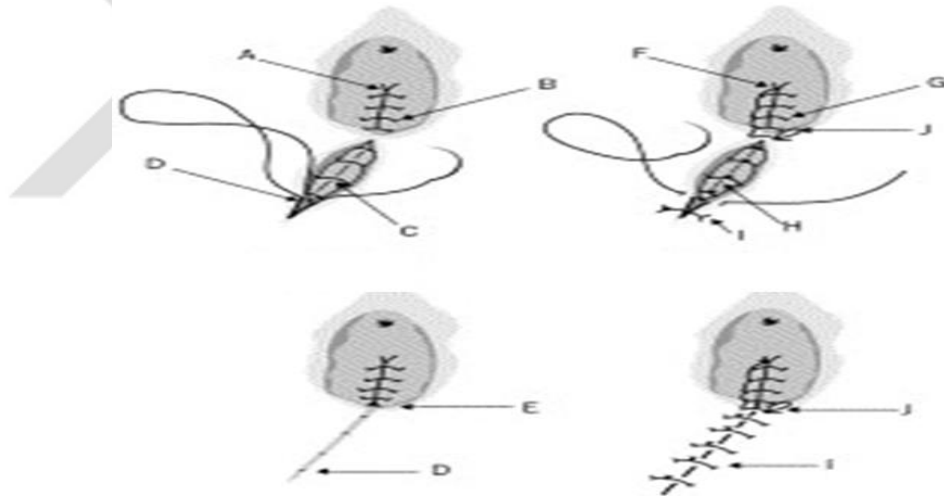
Şekil 2: Kilitli sürekli süturlar ile vajinanın kapatılması

2.2.5.5. Kilitli Sürekli Sütür (Fleming's)Tekniği

1. İlk sütür, görülemeyebilecek herhangi bir kanama noktasını güvence altına almak için vajinal travmanın apeksine yerleştirilir. Vajina gevşek, sürekli, kilitli bir teknikle kapatılır, daralmasını engellemek için her dikişin çok geniş olmamasına dikkat edilir (Şekil 3).

2. Fourchette seviyesinde düğüm kullanılmadan perineal kasların yaklaştırılmasına devam edilir. Derin ve yüzeysel kaslar için sürekli kilitli dikiş kullanılır (Şekil 3).

3. Cildi kapatmak için ise kesintisiz devam eden subkütan sütür kullanılır (Şekil 5) ve fourchette seviyesinde tek bir düğüm ile sonlandırılır (Şekil 3) (Şekil 4) (Fernando, 2007).

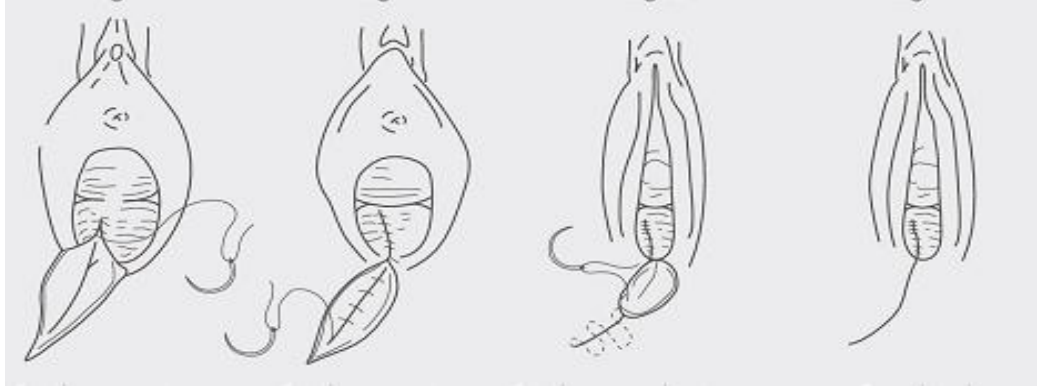


Sürekli Sütür Tekniği

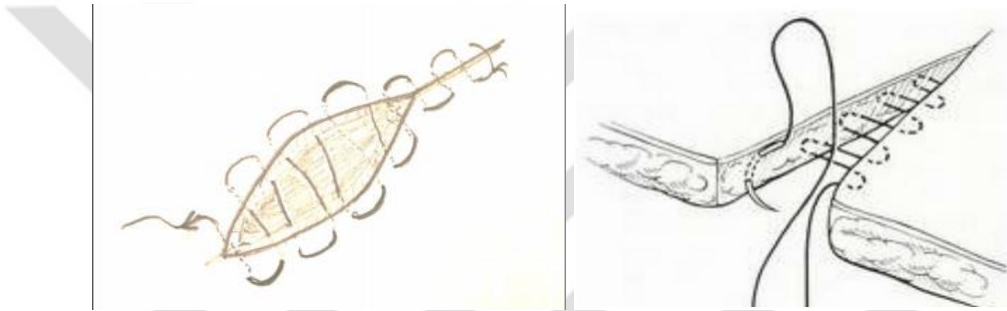
Tek Tek Sütür Tekniği

A: Yara apeksinin belirlenmesi, **B:** Kilitli sürekli süturlar ile vajinanın kapatılması, **C:** Derin ve yüzeysel kasların kilitli sürekli süturlarla yaklaştırılması, **D:** Kesintisiz subkütan teknik ile cildin kapatılması, **E:** Vajinal fourchette son süturun düğümlenmesi. **F:** Yara apeksinin belirlenmesi, **G:** Kilitli sürekli süturlar ile vajinanın kapatılması, **J:** Vajinal fourchette süturun düğümlenmesi, **H:** Derin ve yüzeysel kasların tek tek düğümlenip kesilen süturlarla yaklaştırılması, **I:** Tek tek düğümlenip kesilen süturlarla cildin kapatılması, **J:** Vajinal fourchette son süturun düğümlenmesi.

Şekil 3: Sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniği uygulaması (Kettle ve ark., 2002).



Şekil 4: Sürekli Sütür Tekniği (Kettle ve ark., 2002).



Şekil 5: Kesintisiz subkütan teknik ile perineal cildin kapatılması (Dereli, 2016).

Araştırmacılar sürekli sütür tekniğinin postpartum erken dönemdeki perineal rahatsızlığı ve ağrıyı azaltmak için tek tek sütür tekniğine göre daha üstün olduğunu bildirmişlerdir. Dikiş yöntemleri arasındaki ağrı farkının, ödem kaynaklı dikiş gerginliğinin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Yaraya yatay olarak yerleştirilen kesilmiş tek tek süturlarla karşılaştırıldığında, sürekli sütür tekniği ile gerginlik, tek düğümsüz süturun tüm uzunluğu boyunca aktarılır. Ağrıyı azaltmaya katkıda bulunabilecek bir diğer önemli faktör ise sürekli sütür tekniğinde cilt kapatılırken iğne ve ip teması subkütanöz dokuya olmakta, böylece deri yüzeyindeki sinir uçlarının harabiyetinden kaçınılmaktadır. Diğer teknikte ise transkütanöz dikişler deriden geçmektedir. Sürekli sütür tekniğinin diğer bir avantajı daha az dikiş materyalinin kullanılması, böylece hastanelerin genel harcamalarını düşürmesidir (Sultan ve ark., 2007).

RCOG (2004), perineal onarımda, daha az ağrı, analjezi ihtiyacı, yara açılması ve yeniden suture edilmesi ile ilişkili olması nedeniyle, tek tek sütür tekniği yerine

sürekli sütur tekniği kullanılmasını önerir (Kanıt düzeyi Ia). Ayrıca iki katman (vajina ve perineal kaslar) halinde kapatılması üç katmana (vajina, perineal kaslar ve cilt) göre daha geç yara iyileşmesine (doğum sonu on güne kadar), ancak daha az disparoniye neden olmaktadır (Kanıt düzeyi Ib). Bu doğrultuda RCOG (2004) onarımın, vajinal dokular ve perine için üç katmanda, düğümsüz, kilitsiz bir teknik, cilt için subkütiküler teknik kullanarak yapılmasını desteklemektedir. RCM (2012b), sürekli kilitsiz sütur tekniğinin üstünlüğünü bildirmektedir. ACOG (2016) ise ikinci derece yırtıklarda sürekli sutur tekniğini ve cilt onarımında standart sütur veya yapıştırıcı tutkal uygulamasını B düzey öneriler arasında sunmaktadır. NICE (2014); cilt suture edilecekse sürekli subkütiküler teknik ile kapatılmalı, vajinal duvar ve kas tabakası kilitsiz sürekli sütur tekniği kullanılarak perineal onarım yapılmalı önerisinde bulunmaktadır.

Perineal onarım sonrası kadın travmanın boyutu, ağrı kesicinin etkisi, hijyen, beslenme ve hidrasyonun önemi, uygun analjezi kullanımı ve 24 saat sonra günlük pelvik taban egzersizlerine başlama ile ilgili bilgilendirilmelidir. Kontrendikasyon olmadığı durumlarda rektal non-steroidal anti- enflamatuar ilaçlar önerilmeli, perineal enfeksiyonun belirti ve semptomları anlatılmalıdır. Perineal rahatsızlık ve cinsel aktivite detaylarıyla ilgili karşılaşılabileceği sorunlar konusunda da tam bir açıklama yapılması önemlidir (Webb ve ark., 2014; NICE, 2014; RCOG, 2004). Perine travmasının erken dönem yönetiminde yumuşak doku iyileştirme ilkelerine uyularak "RICE" (Rest: dinlenme, Ice: buz, Compression: basınç uygulama ve Egzersiz) prensibi uygulanmalı ve önemi anlatılmalıdır (Webb ve ark., 2014). Ek olarak kadında anal sfinkter yaralanması varsa; profilaktik IV antibiyotikler, yüksek lifli diyet ve sıvı önerilir, on günden daha fazla laksatiflerin kullanımı sağlanır. Morbidite riski ve daha sonraki doğum seçenekleri konusunda bilgi verilmeli, mümkünse kontinans kliniğine başvurulması sağlanmalı ve anal ultrason ve anal manometre yününden değerlendirilmelidir (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines, 2012).

2.2.6. Komplikasyonları

Komplikasyonlar perine travmasının ciddiyetine ve tedavinin etkinliğine bağlıdır. Komplikasyonların azaltılması için travmanın doğru yönetimi ve onarımı sağlanmalıdır (Sultan ve ark., 2007). Epizyotomi yerinde kanama en sık görülen komplikasyondur. Bu tür kanamalar sıklıkla konservatif önlemler ve basınç yapılarak

kontrol edilir ancak bazı durumlarda ciddi hematom oluşabilir (ACOG, 2006; ACOG, 2016).

Ayrıca kadınların % 6'sında enfeksiyon ve açılma gibi erken dönem komplikasyonlar gelişmektedir. Gecikmiş yara iyileşmesi ve açılma ile ilişkili en yaygın lokal faktör, azalmış kollajen sentezine neden olan enfeksiyondur. Bu, yara kenarlarının patolojik olarak yumuşamasına ve sonuçta dokunun parçalanmasına neden olabilir (Sultan ve ark., 2007). Çoğunlukla bu tür enfeksiyonlar lokalizedir ve perine yara bakımı ile çözülebilir. Daha nadir olarak ise abse oluşumu gerçekleşebilir. Spontan olarak ya da absenin boşaltılmasını sağlamak için dikişlerin açılması ve onarımın bozulması söz konusudur. Ciddi durumlarda, nekrotizan fasiit gibi enfeksiyonlar etkili bir şekilde değerlendirilip tedavi edilmezse anne ölümüne neden olabilir. Rektal ve anal sfinkterin dahil olmadığı yüzeysel tutulumlarda perineal bakımla birkaç hafta içinde sağaltım gerçekleştirilebilir. Daha kapsamlı vakalarda bölgenin erken debridmanı sağlanmalıdır. Uygun onarımı yapılamamış epizyotomiler rektovajinal fistüllere neden olabilir. Bu tür kusurların onarımı, büyüklüğüne ve yerine bağlı olarak zor olabilir ve ehil kişi tarafından yapılmalıdır. (ACOG, 2006; ACOG, 2016).

Doğum sonrası görülen diğer komplikasyonlar ise yapışıklıklar, doğum sonrası depresyon, emzirmenin kesilmesi ve bağlanmanın bozulması, daha uzun süreli morbidite, psikoseksüel sorunlar (beden imgesinde değişiklik veya utanma ya da her ikisi), nevralji, finansal sonuçlar (işe geri dönüşte gecikme) ve doğum korkusudur. Uzun dönem komplikasyonlarından disparoni, kronik perineal ağrı, üriner ve fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu görülebilir. Perineal ağrı, disparoni ve cinsel isteksizlik altı aya kadar hatta bazen üç yıla kadar sürebilmektedir. (RCOG, 2004; Sultan ve ark., 2007).

2.3. Doğum Sonu Perineal Ağrı

Perineal ağrı anneler arasında doğumdan hemen sonra ortaya çıkabilen ve doğum sonu dönemin ötesinde devam eden yaygın bir semptomdur (Francisco ve ark., 2014). Andrew ve ark.'nın (2008) çalışmasına göre vajinal doğum yapan kadınların %92'si doğum sonrası ilk gün perineal ağrı yaşamaktadır. Ayrıca algılanan ağrının perineal travmanın derecesine göre korelasyon gösterdiği ve doğum sonrası geçen süre ile paralel olarak azaldığı bildirilmektedir (Francisco ve ark., 2014). Katılımcıların 12 aydan fazla süre izlendiği prospektif bir çalışmada, ilk doğumunu yapan kadınların

algıladıkları perineal ağrı düzeyi maruz kaldıkları travma ile ilişkili bulunmuştur. Epizyotomi veya laserasyonu olan kadınlar intakt perineuma sahip kadınlara göre daha yüksek ağrı düzeyi bildirmişlerdir (Andrews ve ark., 2008). Chang ve ark.'nın (2011) çalışmasına göre doğumda epizyotomi uygulanan kadınların uygulanmayanlara göre 1., 2., 6. hafta ve 3. ay perineal ağrı düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca postpartum 3. ayda seksüel fonksiyonlarda bir fark saptanmazken, üriner inkontinans skoru ortalamasının epizyotomili kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Algılanan ağrı düzeyinin travmanın oluş biçimine göre incelendiği bir çalışmada ise epizyotomi ve ikinci derece yırtıkların neden olduğu ağrı düzeyleri arasında ilk gün ve 7. hafta bir fark bulunmamış, ancak 5. gün oturma ve hareket sırasındaki ağrının epizyotomili kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Andrews ve ark., 2008). Benzer şekilde bir çok çalışmada perineal ağrının epizyotomi varlığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. (Andrews ve ark., 2008; Sule ve Şıttı, 2003; İslam ve ark., 2013).

Epizyotomi/spontan yırtık onarımında uygulanan sütür tekniğinin, perine ağrısı ve rahatsızlığının şiddetine önemli ölçüde etkisi bulunmaktadır. Cochrane veri tabanında yer alan 8184 kadın ile yapılan 16 randomize kontrollü çalışmada, perineal travma onarımında sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre perineal ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu ve daha az analjezi ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Kettle ve ark., 2012).

Perineal ağrı kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahını hem kısa hem de uzun dönemde etkileyebilir. Perineal ağrı ayrıca, özellikle annenin emzirme ve diğer günlük rolleri ile baş edebilmesini de güçleştirebilmektedir. Aynı zamanda perineal ağrı cinsel işlev bozukluğuyla da nedensel ilişkiye sahiptir ve sonuçta kadının partneri ile olan ilişkisini de etkileyebilmektedir (Sultan ve ark., 2007; Fernando, 2007). Perineal ağrı doğum sonrası kısa dönemde oturma, idrar yapma ve dışkılama sırasında rahatsızlık ve ağrıya, mobilizasyonun gecikmesine, bebek bakımında yetersizliğe, laktasyonun sağlanamamasına ve uykusuzluğa neden olabilmektedir. Uzun dönem etkileri arasında ise depresyon, maternal yorgunluk, disparoni, partner ile ilişkilerde bozulma, stres inkontinans görülebilmektedir (Steen, 2010). Yapılan kalitatif bir çalışmada kadınlar doğum sonrası perineal ağrının idrar yapma, bağırsak fonksiyonu, oturma, yürüme, yatma, yemek yeme, banyo yapma ve giysilerini değiştirme gibi temel ihtiyaçlarını

negatif yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Bunun sonucunda da kadınlar eşi ya da bakıcısına bağımlı hale geldiklerini ifade etmişlerdir (Way, 2012).

2.4. Normal Doğum Sonrası Disparoni

Doğumdan sonra cinsel aktivitenin ve cinsel ilişkinin yeniden başlatılması için önerilen zamanlama, ülkeye, kültürel kalıplara ve inançlara göre değişir. Kadınlar genellikle cinsel ilişkiye başlamadan önce kendi doktorlarından güvence almayı ve yaranın tamamen iyileştiğinden emin olmayı beklemektedirler (RCOG, 2004; Sultan ve ark., 2007). Doğumdan sonraki 3 ay içinde kadınların %80 - % 93'ü cinsel ilişkiye yeniden başlamakta ve üç yeni anneden ikisi cinsel işlevle ilgili en az bir sorun yaşamaktadır. Bunlar arasında disparoni, azalmış libido, orgazmı yakalama güçlüğü, vajinal kuruluk en sık rastlanılan sorunlardır (Handa, 2006).

Disparoni, nörofizyolojik temelli teoride mukoza ve altındaki kas dokusunun disfonksiyonu ve eşlik eden ağrı iletim sistemlerindeki disfonksiyon olarak tanımlanmaktadır. Epizyotomi ve obstetrik laserasyonlara bağlı anatomik yapının bozulması, tetik noktasının gelişimi veya inflame granülasyon dokusu doğum sonrası disparoni nedenleri arasındadır (Oral ve Usta, 2016). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) (2006) tarafından geniş bir örneklem (n:459975) ile yapılan sistematik derlemeye göre disparoni insidansı %8 ile %21 arasında değişmektedir. Doğum sonrası disparoni oranları incelendiğinde ise; Thai'de (2015) yapılan bir çalışmaya göre perineal travması olan kadınların 3. ayda disparoni yaşama oranı %30 ve potansiyel cinsel disfonksiyon prevalansı ise %67'dir. McDonald vd. (2015) yaptığı çalışmada vajinal doğum sonrası disparoni oranı %24 olarak saptanmış, bir başka çalışmada ise %18.4 olarak bildirilmiştir (Fodstad ve ark., 2014).

Postpartum disparoni çoğu zaman doğum şekli ve perineal travma kaynaklı sorunlarla ilişkilidir. Perineal ağrı ve disparoni ise postpartum cinsel işlevin önemli belirleyicilerindendir (Zaksek, 2015). Rathfisch ve ark. perineal travmanın postpartum cinsel işlev üstündeki etkisini sorguladıkları çalışmada, epizyotomi ve/veya 2. derece perineal yırtık oluşan kadınlarda intakt perineuma sahip kadınlara göre ağırlı cinsel ilişkinin daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ayrıca perineal travmanın doğum sonrası cinsel işlevin tüm alanlarında disparoni nedeniyle olumsuz etkiye neden olduğu bildirilmektedir (Rathfisch ve ark., 2010). Buhling ve ark.'nın (2006) 1613 kadın ile yaptığı çalışmada; doğum sonrası perineal travması olmayan kadınların travması olan

kadınlara göre daha erken cinsel ilişkiye başladığı, daha düşük oranda ilk cinsel ilişki sırasında ağrı ve 6 aydan uzun süren dispareni yaşadıkları saptanmıştır. Safarinejad ve ark.'nın (2009) yaptığı, doğum şeklinin kadın ve partnerinin cinsel işlevine etkisinin sorgulandığı çalışmaya göre, operatif vajinal doğum şeklinin perineal travma nedeniyle en yüksek ağrı skoruna sahip olduğu ve her iki partnerin de cinsel sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Bir başka çalışmada ise obstetrik müdahalenin dispareni ile ilişkili olduğu, postpartum dispareninin önlenmesi perinenin mümkün olduğunca korunması ile garanti altına alınabileceği sonucuna ulaşılmıştır (McDonald ve ark., 2015).

Perine onarımını takiben kadınların maruz kaldıkları morbidite üzerinde sütür tekniği ve kullanılan malzemelerin doğrudan etkisi olduğu bildirilmektedir (RCOG, 2004; Phillips ve Monga, 2005). Perine onarımının uzun dönem sonuçlarından dispareninin uygulanan sütür teknikleri ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Jane ve ark.'nın (2015) çalışmasında sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda dispareninin daha az görüldüğü saptanmış, bir başka çalışmada ise sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında dispareni görülme oranı bakımından fark olmadığı bildirilmiştir (Kindberg ve ark., 2008). Sütür tekniklerinin karşılaştırıldığı 12 çalışmanın dahil edildiği bir Cochrane sistematik derlemesine göre ise; birkaç çalışmada dispareni görülme sıklığının sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda daha az olduğu rapor edilse de güçlü bir kanıt gösterilememiştir. Diğer sonuçlar tek tek sütür tekniği ile sürekli sütür tekniği arasında dispareni açısından bir fark olmadığı yönündedir (Kettle ve ark., 2012).

2.5. Perineal Ağrı ve Dispareninin Önlenmesi ve Azaltılmasında Ebelik/ Hemşirelik Girişimleri

Kadınların çoğu özellikle vajinal doğumun ikinci evresinde oluşan perineal travma ve onarımı nedeniyle korku duyduklarını bildirmekte ve bu durumda postpartum cinsel sağlık için endişe kaynağı olmaktadır (Zaksek, 2015). Bu korku ve endişe vajinal doğumdan kaçınma nedeni olmakta, sezaryene istek ve eğilim artmakta, doğum sonrası ise kadının yaşam kalitesini etkilemektedir. Perineal ağrı, yeni annenin emzirme, bebeğinin bağımsız bakımı ve diğer günlük rolleri ile baş edebilmesini güçleştirebilmekte ve bunun sonucunda da kadının bir anne olarak kendine güveni azalmaktadır (Phillips ve Monga, 2005; Moore ve Moorhead, 2013).

Anal sfinkter hasarı ve güçsüzlüğü gibi uzun süreli, tekrarlayan, jinekolojik cerrahi gerektirebilen ve ciddi boyutta olan zararlar söz konusudur. Bu nedenle, doğumda bulunan sağlık ekibi, daha sonraki sonuçların önlenmesi için travmanın miktarını ve perineal ağrıyı en aza indirmeyi hedeflemelidir (Phillips ve Monga, 2005).

Doğum eylemi sırasında epizyotomi uygulamasının perineal travmayı ve ağrıyı arttırdığı bilinmektedir. Bu nedenle şiddetli perineal travma, ağrı, disparoni, üriner inkontinans, suture edilme ihtiyacı, erken dönem yara yeri komplikasyonları gibi birçok morbidite riskinin azaltılması için kısıtlayıcı epizyotomi rutin epizyotomiye tercih edilmelidir (Carroli ve Mignini, 2009). ACOG, RCOG, NICE ve NCG rutin epizyotominin terk edilip kısıtlayıcı epizyotomi uygulanmasının tercih edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (ACOG, 2006; NGC, 2011; RCM, 2012a; ACOG, 2016; NICE, 2017).

Doğum sırasında kadına sürekli desteğin sağlanması, ortamın annenin kontrolünde olması ve antenetal dönemde alınan eğitimin stresi azalttığı, böylece oksitosin salınımının sağlandığı bilinmektedir (Moore ve Moorhead, 2013). Nazık, hoşgörülü doğum, evde doğum, sürekli destek, pasif ıkınma perineal sonuçları etkileyebilmekte, doğuma müdahalenin azalması ve normalliğin desteklenmesi ile de perineal travma riski azalmaktadır (Steen, 2010; Moore ve Moorhead, 2013). Ayrıca operatif doğumlar şiddetli yırtık riskini ve epizyotomi oranını önemli ölçüde arttırmaktadır (ACOG, 2015). Bu nedenle şiddetli travmaya karşı alınabilecek ilk önlem normalliği desteklemektir. Kadının normal vajinal doğum yapma şansını arttırmak için mevcut olan her fırsat değerlendirilmeli ve teşvik edilmelidir (Moore ve Moorhead, 2013). Perineal ağrıyı hafifletmekte farmakolojik yöntemler (oral analjezikler, diklofenak supozatuar (ilk 24-24 saatte), lidokain jel (ilk 24 saatte) vb.) ve nonfarmakolojik yöntemler (banyo yapmak, lokal sıcak- soğuk uygulama vb.) kullanılmaktadır (Steen, 2010). Yapılan bir çalışmada kadınların % 59.3'ü doğum sonrası perineal ağrıya çözüm olarak farmakolojik ajanlar kullanmış, %23.2'si sıcak banyo, soğuk kompres gibi non farmakolojik yöntemler ile rahatlama sağlamıştır (Francisco ve ark., 2011b). Doğumun ikinci evresinde ve travma onarım sırasında perineal ağrının azaltılması için kullanılan uygulamaların değerlendirildiği bir çalışmada; taçlanma öncesi perineye uygulanan sıcak kompresin ağrıyı hafiflettiği, soğuk uygulamanın özellikle kadınların yaşadığı yanma hissini kontrol altına almakta

oldukça etkili olduğu, obstetrik krem, sıvılar ve yağlayıcıların perineal ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem olabileceği bildirilmiştir (Sanders ve ark., 2005). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada doğumun ikinci evresinde perineye uygulanan sıcak kompresin perineal ağrıyı azalttığı ve perineyi travmalara karşı korunmada etkili olduğu bildirilmiştir (Mamuk ve Gençalp, 2013). Benzer şekilde bir Cochrane sistematik derlemesinde sıcak kompresin ağrı, üriner inkontinans insidansı, şiddetli yırtıkların azaltılmasında belirgin etkisi gösterilmiştir (Aasheim ve ark., 2011). RCM (2012a) ve ACOG (2016) bu uygulamayı desteklemekte, A düzey öneri olarak sunmaktadır. Bu yöntem maliyetsiz, non-invaziv, zarar vermeyen ve kadınları rahatlatan bir yöntem olması nedeniyle ebe/hemşire/hekim tarafından her doğumda uygulanabilir (Moore ve Moorhead, 2013). Perineal ağrının hafifletilmesi için kullanılan diğer bir yöntem bölgesel soğuk uygulama (ezilmiş buz ya da jel pedler) postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar arasındadır ve A düzey öneri olarak bildirilmektedir (Güneri, 2015).

Antenetal perineal masaj özellikle epizyotomi riskini düşürdüğünden dolayı perine travması riskini de azaltmakta (Beckmann ve Stock, 2013) ve masaja devam eden kadınlar doğumda epizyotomi uygulansın ya da uygulanmasın daha düşük perineal ağrı bildirmektedir. Ayrıca ebe/hemşirenin kadına perineal masajı öğretmesi ve doğuma kadar kendi kendine uygulamasını sağlanması ile kadın kendi bakımında paydaş olarak söz sahibi olabilmekte ve ikinci evrede kendine güveni artmaktadır (Moore ve Moorhead, 2013). RCM (2012a) gebeliğin üçüncü trimesterinden itibaren yapılan perine masajının travma riskini azalttığını bildirmektedir. Ek olarak travmanın azaltılması için ebe/hemşire antenatal dönemde risk değerlendirmesi, eğitim, pelvik taban kas egzersizleri, genital mutilasyon değerlendirmesi yapmalıdır (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines, 2012).

Doğumun ikinci evresinde perineye uygulanan masajın travmaya etkisi değerlendirildiğinde ise; hands on (doğumun ikinci evresinde perinenin elle korunması) ve hands poisoning (doğumun ikinci evresinde perineye elle hiçbir müdahalede bulunulmaması) tekniklerinin perineal yönetimdeki etkilerinin araştırıldığı bir sistematik derlemede masajın (hands on tekniği) perineal ağrıyı ve postpartum hemoroji riskini arttırdığı bildirilmektedir. Hands poisoning tekniği ise daha az perineal travmaya ve epizyotomi oranında azalmaya yol açmıştır (Petrocnik ve Marshall, 2015). Bir başka

meta analitik derlemeye göre ise hands poisoning tekniğinin şiddetli perineal yırtık oluşumunu azaltmada anlamlı bir etkinliği bildirilmemiş ancak epizyotomi oranını azalttığı saptanmıştır (Aasheim ve ark., 2011). RCM (2012a) benzer sonuçlarla hands poisoning tekniğini desteklemekte, ritgen manevrası uygulamasının perineal travma, diğer ilgili sonuçları ve yararları için daha fazla kanıtı ihtiyacı olduğunu bildirmektedir. Ayrıca NICE (2017) de doğumun ikinci evresinde perineal masaj yapılmaması gerektiğini belirtmektedir.

Doğum pozisyonunun perineal travma üstünde doğrudan etkisi vardır, özellikle yan yatış pozisyonunda gerçekleştirilen doğumlarda daha yüksek intakt perineum oranı bildirilmektedir (Steen, 2010). Doğum pozisyonunun perineal sonuçları ile ilgili yapılan bir sistematik derlemede, doğum sırasında annenin pozisyonunun perine travmasını etkilediği, diz ve dört ayaklı pozisyonların intakt perineum ile sonuçlanmasının olası olduğu, oturmak, çömelmek ve doğum taburesi kullanmanın perine travmasının en yüksek oran ve derecesine neden olduğu, suda doğumun ise travma riskini arttırdığı saptanmıştır (Lodge ve Cooper, 2016).

Perineal travma tamirinde kullanılan suture materyali ve tekniğinin perineal ağrı ve disparoni üstünde etkisi kanıtlanmıştır. Araştırmacılar, yetmiş yıldan fazla süredir sürekli suture tekniğinin postpartum erken dönemdeki perineal rahatsızlığı azaltmak için tek tek suture tekniğine göre daha üstün olduğunu önermişler, ancak bu teknik yaygın şekilde kullanılmamıştır. Bunun nedeni daha önce elde edilen bulguların çoğunun karşılaştırmalı vaka serileri veya gözlemsel çalışmalara dayanıyor olması ve uygulamayı destekleyecek güçlü bilimsel kanıt eksikliği olabilir. Ayrıca düğüm eksikliğinin uygulayıcı için bir güvensizlik yaratması, bu tekniğin olumlu karşılanmamasının bir başka nedeni olarak bildirilmektedir. Sürekli suture tekniğinin perine ağrısını azaltma ve hareketliliği artırma yönünde üstünlüğünün ispatlanmasına rağmen, uygulayıcılar yeni teknikler kullandıklarında huzursuz olduklarını kabul etmekte ve değişime direnç gösterebilmektedir (Sultan ve ark., 2007). Belirtilen tüm bu sebeplerin, ülkemiz genelinde perineal onarım sırasında tek tek suture tekniğinin yaygın olarak uygulanmasının olası nedenleri arasında olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011), hemşireye prekonsepsiyonel dönemden başlamak üzere gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde bakım, eğitim ve izlem, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında

danışmanlık sorumluluğunu vermektedir. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliği (2014)'ne göre ise gebeliğe hazırlık, normal gebe izlemi ve risklerin belirlenmesi, doğuma hazırlık, normal doğumun yaptırılması ve gerekli hallerde epizyotomi uygulaması ebeğin yasal yükümlülüğü içerisinde. Ayrıca cinsel sağlığın desteklenmesinde danışmanlık rolü verilmiştir. Bu bağlamda ebe ve hemşirenin antenetal izlem, bakım ve eğitimler ile doğuma hazır oluşun sağlanması, risklerin tespiti, doğumda sürekli desteğin sağlanması, gereksiz müdahalenin önlenmesi, gerekli hallerde mesleki uygulamaların yapılması, anne/bebek sağlığının ve refahının korunması ve yükseltilmesinde etkin rolü ve yükümlülüğü vardır.

Bu bilgilerin ışığında; ebe/hemşire doğumun her aşamasında kanıta dayalı olarak uyguladığı çeşitli bakım ve girişimler ile perineal travma ve ağrının potansiyel kısa ve uzun dönem etkilerini en aza indirerek, dispareni nedeniyle değişen cinsel yaşam konusunda danışmanlık yaparak kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahını sağlamayı ve böylece kadın sağlığı düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmayı amaçlamalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma epizyotomi ve spontan perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniğinin doğum sonrası perineal ağrı ve dispareniye etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1) Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında perineal ağrı algısına etkisi açısından fark vardır.

2) Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında dispareni algısına etkisi açısından fark vardır.

3) Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında yara yeri iyileşmesine etkisi açısından fark vardır.

4) Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında materyal kullanımına etkisi açısından fark vardır.

5) Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında onarım süresine etkisi açısından fark vardır.

6) Epizyotomi ve perine yırtığı onarımında kullanılan sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında hasta memnuniyetine etkisi açısından fark vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel araştırma niteliğindedir.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma 01.11.2015- 30.04.2016 tarihleri arasında Mersin Tarsus Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve Doğum Salonu' nda gerçekleştirilmiştir.

Doğumhanede biri 4 diğeri 3 yataklı olmak üzere 2 travay odası, bir doğum masasının olduğu 2 doğum odası, postpartum takip amacıyla da kullanılan 2 yataklı müşahade odası bulunmaktadır. Yenidoğanlar için iki radyan ısıtıcı ve bebek yatakları vardır. Acil durumlarda kullanılmak üzere merkezi sistem oksijen ve aspirasyon sistemi

bulunmaktadır. Acil sezeryanlar için hastalar doğumhaneye bitişik olan ameliyathaneye sedye ile transfer edilmektedir. Doğum için gerekli tüm tıbbi ve sarf malzemeler doğumhanede bulunmaktadır. Doğumhanede 21 ebe ve 8 uzman hekim ve acil durumlarda çağrılmak üzere 1 pediatri uzmanı vardiya şeklinde çalışmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 40 yataklıdır ve doğum sonrası lohusalara ve jinekoloji hastalarına hizmet vermektedir. Klinikte 10 hemşire, 5 ebe ve 8 uzman hekim vardiyalı çalışmaktadır. Hastanenin araştırma yeri olarak seçilme nedenleri; doğum ve epizyotomi onarım sayısının fazla olması, epizyotomi onarımında her iki tekniğin de kullanılması ve hastane çalışanlarının işbirlikçi bir yaklaşım içinde olmasıdır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Mersin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden kurum izni ve Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni; Mersin Tarsus Devlet Hastanesi doğumhanesine 01.11.2015- 30.04.2016 tarihler arasında doğum yapmak için başvuran primipar gebelerden normal vajinal yolla doğum yapması beklenenlerin tümü oluşturdu. Mersin Tarsus Devlet Hastanesi'nde 2014 yılında 3537 doğum gerçekleşmiş, bunların 2143'ü normal vajinal doğum, 1370'i sezaryen operasyonu, 24'ü ise enstrümental vajinal doğum ile gerçekleşmiştir.

Çalışmanın örnekleme; Mersin Tarsus Devlet Hastanesi Doğumhanesi'ne 01.11.2015- 30.04.2016 tarihler arasında doğum yapmak için başvuran çalışma kriterlerine uyan toplam 54 kadın dahil edildi.

Çalışmada örneklem kabul ölçütleri olarak;

1. 37.-42. gebelik haftasında, riskli gebelik sınıfına girmeyen, primipar olan,
2. Verteks prezantasyonda, fetal ağırlık 2500-4000 gr aralığında, tek ve canlı fetüs doğumu olan,
3. Normal vajinal yolla doğum yapan ve epizyotomi ve/veya 2. derece perineal yırtığı olan,
4. Perineal bölgesinde enfeksiyon, yara, skar ve/veya döküntüsü olmayan,

5. Perineal ağrı değerlendirmesinde analjezik alımından en az 6 saat geçmiş olan,
6. Kronik hastalığı (diabetes mellitus vb.) olmayan ve immünosüpresif, antibiyotik vb. ilaç kullanmayan,
7. Türkçe anlayan ve iletişim kurulabilen,
8. Taburculuk sonrası telefon ile ulaşılabilen,
9. Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar olarak belirlendi (Kindberg ve ark., 2008; Almeida ve Riesco, 2008; Kettle ve ark., 2002)

Çalışmaya alınmama ölçütleri:

1. Önceden gelişebileceği öngörülmeleyen maternal ve fetal komplikasyonlar
2. Katılımcının çalışmadan çekilme isteği
3. Gebeye epizyotomi dışında diğer obstetrik girişimlerin (vakum, forseps, sezeryan vb.) uygulanması

Örneklem büyüklüğü STATISTICA 6.0 paket programından elde edilmiştir. Sürekli ve tek tek sütür teknikleri bakımından Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) skorları arasındaki farklılığı incelemek için Morano ve ark.'nın (2006) çalışması örnek alındı. Bu makalede her iki teknik sonucunda elde edilen GKÖ skorlarına ait ortalama ve standart sapmadan yararlanarak 0.05 tip I hata, 0,80 güç ve etki büyüklüğü:2.5, sigma: 3,2 olarak alındığında minimum gerekli olan örneklem büyüklüğü 27 sürekli sütür tekniği, 27 tek tek sütür tekniği olmak üzere toplam 54 kadın olarak belirlendi.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmada izlenen aşamalar:

1. Aşama: Epizyotomi ve /veya spontan yırtık onarımında standartı sağlamak amacıyla doğum salonundaki sağlık çalışanına iki sütür tekniği ile ilgili Görsel Eğitim Materyali (Ek.1) kullanılarak eğitim verildi.
2. Aşama: Doğumhane yatışı yapılan ve yatış prosedürleri tamamlanan örneklem kriterlerine uygun gebelere çalışma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verildi. Çalışmaya katılmaya karar veren gebeler randomize edilerek gruplara dağıtıldı. Randomizasyon, 01.11.2015- 30.04.2016 tarihleri arasında pazartesi ve salı günlerinde bir gün sadece tek

tek sütür tekniği, bir gün sadece sürekli sütür tekniği uygulanmasının takibi ile yapıldı. Gruplara dahil edilen tüm gebelere öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek.2) imzalatıldı, ardından Katılımcı Tanıtım Formu (Ek.3) dolduruldu. Daha sonra doğumun birinci ve ikinci evresi Değerlendirme Formu (Ek.4) 'nun birinci kısmı olan Doğum Eylemi Değerlendirme Formu ile izlenmeye başlandı. Normal vajinal yolla doğum ve epizyotomi ve /veya spontan yırtık onarımı doğum salonundaki hastane çalışanı (Dr. veya ebe) tarafından gerçekleştirildi. Doğum ve onarım sırasında araştırmacı doğum salonunda bulunarak ölçüm ve değerlendirmeler araştırmacı tarafından yapıldı. Elde edilen ölçüm ve değerlendirme verileri Değerlendirme Formu'nun birinci kısmı olan Doğum Eylemi Değerlendirme Formu'na kaydedildi.

2. Aşama: Lohusa doğum sonu ilk 24 saat içinde Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı olan Doğum Sonu Değerlendirme Formu ile izlendi. Analjezi ve lokal anestezinin etkisinin geçmesi beklenerek, doğumun ikinci evresinden altı saat sonra lohusalardan perineal ağrı düzeyini GKÖ (Ek.5) görseli üzerinde işaretlemeleri istendi. Çeşitli günlük yaşam aktiviteleri sırasında algılanan perineal ağrının GKÖ kullanılarak skorlaması yapıldı. Ayrıca ağrının niteliğini belirlemek amacıyla McGill Ağrı Ölçeği Kısa Form (MAÖ-KF) (Ek.6) uygulandı. Yanı sıra ilk 6 saat içinde araştırmacı tarafından Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) skalası) (Ek.7) kullanılarak yara yeri değerlendirmesi yapıldı. Son olarak lohusaların emzirme, mobilizasyon, miksiyon, defekasyon gibi aktiviteleri deneyimlemeleri beklenerek ilk altı saat sonra ancak hastane taburculuğu öncesi Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek.8) uygulandı.

3. Aşama: Doğum sonu 10. günde lohusaya telefon ile ulaşılarak en az altı saat öncesinde analjezik kullanılmadığı doğrulandıktan sonra spontan perineal ağrı düzeyi GKÖ ile, ağrı niteliği MAÖ-KF ile sorgulandı. Ayrıca günlük yaşam aktiviteleri sırasında algılanan perineal ağrı düzeyi GKÖ ile belirlendi, yara yerinin yeniden sütüre edilme ihtiyacı ve analjezi ihtiyacı sorgulandı ve veriler Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı olan Doğum Sonu Değerlendirme Formu'na kaydedildi.

4. Aşama: Doğum sonu 3. ayda kadına telefon ile ulaşılarak en az altı saat öncesinde analjezik kullanılmadığı doğrulandıktan sonra spontan perineal ağrı düzeyi GKÖ ile, ağrı niteliği MAÖ-KF ile sorgulandı. Ayrıca günlük yaşam aktiviteleri sırasında algılanan perineal ağrı düzeyi GKÖ ile belirlendi, yara yerinin yeniden sütüre

edilme ihtiyacı ve analjezi ihtiyacı sorgulandı ve veriler Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı olan Doğum Sonu Değerlendirme Formu'na kaydedildi. Yanı sıra cinsel ilişkiye başlama zamanı ve cinsel ilişki sırasında algılanan ağrı değerlendirmesi yapıldı. Algılanan ağrı düzeyi için GKÖ, ağrı niteliği için MAÖ-KF kullanıldı ve ağrının diğer özellikleri sorgulanarak Değerlendirme Formu'nun üçüncü kısmı olan Disparoni Değerlendirme Formu'na kaydedildi.

Araştırmada kullanılan malzemeler: Epizyotomi onarımı için kullanılan katgüt, enjektör, lokal anestezi, gazlı bez, pamuk vb. sarf malzemeleri, cetvel.

Veri Toplama Araçları:

- 1) Katılımcı Tanıtım Formu (Ek.3)
- 2) Değerlendirme Formu (Ek.4)
- 3) Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek.5)
- 4) McGill Ağrı Ölçeği (Kısa Form) (MAÖ-KF) (Ek.6)
- 5) Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA) (Ek.7)
- 6) Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek.8)

3.6.1. Katılımcı Tanıtım Formu (Ek.3):

Literatür doğrultusunda geliştirilen kadınların tanıtıcı, genel sağlık, doğurganlık ve doğuma ait bilgilerini içeren 16 soru yer almaktadır. Tanıtıcı özellikler ile ilgili olarak yaş, eğitim durumu, mesleği, eşinin mesleği, evlilik yaşı, sosyal güvencesi gibi sorulara yer verilmiştir. Genel sağlık durumu ile ilgili olarak ilaç kullanımı ve sigara kullanımı sorgulanmış, obstetrik durumla ilgili ise gebelik, düşük/küretaj, gebeliğindeki izlem sıklığı, istediği doğum şekli, epizyotomi bakımı ile ilgili eğitim alma durumuna ilişkin sorulara yer verilmiştir.

3.6.2. Değerlendirme Formu (Ek.4):

Bu form 3 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısmı olan Doğum Eylemi Değerlendirme Formu'nda doğum evrelerinin süresi, vajinal tuşe sıklığı, lavman ve indüksiyon uygulaması, doğum pozisyonu, ıkınma tipi, yenidoğanın özellikleri, perineal travmanın özelliği, onarım süresi ve materyal kullanımı gibi doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evresine ilişkin sorular ve değerlendirmeler yer almaktadır. Formun ikinci kısmı olan Doğum Sonu Değerlendirme Formu'nda perineal ağrının ilk 24 saat, 10. gün ve 3.

ay değerlendirmesine yer verilmiştir. Spontan ve çeşitli günlük aktiviteler sırasındaki perineal ağrının GKÖ puanı, ağrının niteliğini belirlemek amacıyla MAÖ-KF puanı, analjezi kullanma ihtiyacı ve yara yeri değerlendirmesi (REEDA puanı ve yeniden sütüre edilme ihtiyacı) sonuçları forma kaydedilecektir. Ayrıca perineal ağrının günlük yaşam aktivitesine ve bebek bakımına etkisi de sorgulanmaktadır. Değerlendirme Formu'nun üçüncü kısmı Disparoni Değerlendirme Formu'dur. Burada cinsel ilişkiye başlama zamanı, cinsel ilişki sırasında ağrı, ağrının GKÖ puanı, MAÖ-KF puanı, özelliği ve cinsel yaşama etkisine ilişkin sorular yer almaktadır.

3.6.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek.5):

Ağrının şiddetini değerlendirmede kullanılan GKÖ 10 cm uzunluğunda yatay ya da dikey “0” ile başlayıp “10” ile biten bir hatır. “Ağrı yok” ile başlayıp “Dayanılmaz ağrı” ifadesi ile de bitebilir. GKÖ kolay anlaşılır ve uygulanabilir olarak tanımlanmaktadır. GKÖ ile değerlendirilmelerde düzenli bir dağılım gerçekleşir. Tedavi etkilerine karar vermede birçok çalışmada başarılı bir değerlendirme yöntemi olmuştur (Arkoç, 2013). Kadınlara yaşadıkları ağrıyı “0” ile “10” arasında hangi rakamla ifade edebileceği sorulmaktadır.

3.6.4. McGill Ağrı Ölçeği (Kısa Form) (MAÖ-KF) (Ek.6):

Melzack ve Torgerson tarafından geliştirilmiş olan form, ağrıyı çok boyutlu olarak değerlendirmek için kullanılır. Ağrının niteliğinin değerlendirilmesinde önemlidir. Uluslararası Pelvik Ağrı Topluluğu, orijinal formun kısaltılmış şeklini (MAÖ-KF) kullanmaktadır. Ağrının tanımlanıp değerlendirildiği 15 kriter vardır. İlk 11 parametre ağrının duyuşal boyutunun değerlendirilmesi, son 4 parametre ise ağrının algısal boyutunun değerlendirilmesi için kullanılır. Ağrı şiddetine göre puan verilir (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli) (Bekdemir, 2013).

3.6.5. Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA) (Ek.7):

İlk kez Davidson tarafından kullanılan REEDA skalasının Türkçesinin geçerlik güvenirliği Üstünsöz tarafından 1996 yılında yapılmıştır (Üstünsöz, 1996). Bu skala perineal yara iyileşmesini gösteren beş faktörü kapsamaktadır. Bunlar; redness (kızarıklık), edema (ödem), ecchymosis (ekimoz), discharge (akıntı), approximation (yara uçlarının yaklaşması)'dır. Her faktör 0-3 arasında değer almaktadır. Bu beş iyileşme faktörünün değerlendirilmesi ile toplam REEDA puanı (0-15) elde

edilmektedir. En düşük puan 0 puan, en yüksek puan 15 puandır. Yüksek puanlar daha fazla doku travması olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

3.6.6. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek.8):

Doğum sonu annelerin konforunu belirlemeye yönelik olarak DSKÖ, Genel Konfor Ölçeği temel alınarak Karakaplan ve Yıldız tarafından geliştirilmiştir. Güvenilirlik açısından iç tutarlılığı Cronbach Alpha,78 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği için Genel Konfor Ölçeği'nin özelliğine uygun olarak açıklayıcı faktör analizi uygulayan araştırmacılar, analiz sonucunda DSKÖ'ni toplamda 34 maddeden oluşan üç faktöre ayırmıştır. Birinci faktörde yer alan sorular fiziksel ve bedensel algılar ile ilgili olanlardır ve ölçeğin fiziksel konfor alt boyutunu oluşturmaktadır (1., 2., 4., 8., 10., 11., 12., 13., 14., 16., 17., 21., 24., 26. maddeler). İkinci faktörde yer alan sorular manevi ve psikolojik bileşenlerdir ve ölçeğin psikospiritüel konfor alt boyutunu oluşturmaktadır (5., 7., 10., 15., 18., 19., 20., 23., 25., 31. maddeler). Üçüncü faktörde yer alan sorular kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler, finans ve destek sistemleri ile ilgili olanlardır ve ölçeğin sosyokültürel konfor alt boyutunu oluşturmaktadır (3., 9., 22., 27., 28., 29., 30., 32., 33., 34. maddeler). DSKÖ'de ölçülmek istenen durumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak, 5' li likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmıştır. Her bir madde için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” arasında değişen ifadelendirme yapılmıştır. Olumlu cümlelerde tamamen katılıyorum ifadesi en iyi konforu (5 puan), olumsuz cümlelerde ise düşük konforu (1 puan) göstermektedir. Bu doğrultuda ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170'tir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. Temelde düşük konfor 1, yüksek konfor 5 ile ifade edilmektedir (Karakaplan ve Yıldız, 2010).

3.7. Verilerin Analizi

İstatistik analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ile 11.5 paket programından elde edildi. İstatistik anlamlılık olarak $p < 0.05$ alındı. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerleri ile gösterilmiştir. Kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir. Doğrusal ilişkinin ölçüsü korelasyon katsayısı (r) ile gösterilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler;

Bağımsız iki grup ortalaması karşılaştırması	• Independent t test (Ortalama±Standart sapma)
İkiden fazla bağımsız grup ortalaması karşılaştırması	• Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Kategorik değişkenler arasındaki ilişki	• Ki-Kare Testi
İki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişki	• Pearson Korelasyon

3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma kapsamına alınan kadınların perine muayenesi taburculuk sonrası yapılamadı. Araştırma Mersin Tarsus Devlet Hastanesi'nde yapıldığı için tüm lohusalara genellenemez.



Şekil 6 : Tez Akış Şeması

EVREN: Mersin Tarsus Devlet Hastanesi Doğum Salonu'na 01.11.2015- 30.04.2016 tarihler arasında doğum yapmak için başvuran primipar gebelerden normal vajinal yolla doğum yapması beklenenlerin tümü oluşturdu. (n: 3537/yıl)

ÖRNEKLEM: Mersin Tarsus Devlet Hastanesi Doğum Salonu'na doğum yapmak için başvuran primipar, normal vajinal yolla doğum yapması beklenen, çalışma kriterlerine uyan, katılmayı kabul eden gebeler (n:54)

RANDOMİZASYON: Randomizasyon, 01.11.2015- 30.04.2016 tarihleri arasında Pazartesi ve Salı günlerinde bir gün sadece tek tek sütür tekniği, bir gün sadece sürekli sütür tekniği uygulanmasının takibi ile yapıldı.

Deney Grubu

Sürekli sütür tekniği uygulaması

1. Aşama:(Doğumun birinci evresi)

- Bilgilendirilmiş Onam Formu
- Katılımcı Tanıtım Formu
- Değerlendirme Formu'nun birinci kısmı Doğum Eylemi Değerlendirme Formu

2. Aşama:Doğumun ikinci evresi

- Değerlendirme Formu'nun birinci kısmı Doğum Eylemi Değerlendirme Formu

3. Aşama: Doğum sonrası dönem (ilk 24 saat)

- Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı Doğum Sonu Değerlendirme Formu
- Spontan perineal ağrı Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ve McGill Ağrı Anketi (Kısa Form) (McGill Pain Questionnaire; MPQ) puanı (İlk 6 saat sonrası-24 saat)
- Günlük aktivite ile perineal ağrı Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) puanı (İlk 6 saat sonrası-24 saat)
- REEDA Skalası (ilk 6 saat)
- Doğum Sonu Konfor Ölçeği (ilk 6 saat sonrası-24 saat)

4. Aşama: (Doğum sonrası 10. gün)

- Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı Doğum Sonu Değerlendirme Formu
- Spontan perineal ağrı GKÖ puanı ve MPQ
- Günlük aktivite ile perineal ağrı GKÖ puanı

5. Aşama: (Doğum sonrası 3. Ay)

- Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı Doğum Sonu Değerlendirme Formu
- Spontan perineal ağrı GKÖ puanı ve MPQ
- Günlük aktivite ile perineal ağrı GKÖ puanı
- Değerlendirme Formu'nun üçüncü kısmı olan Disparoni Değerlendirme Formu

Kontrol Grubu

Tek tek sütür tekniği uygulaması

1. Aşama:(Doğumun birinci evresi)

- Bilgilendirilmiş Onam Formu
- Katılımcı Tanıtım Formu
- Değerlendirme Formu'nun birinci kısmı Doğum Eylemi Değerlendirme Formu

2. Aşama:Doğumun ikinci evresi

- Değerlendirme Formu'nun birinci kısmı Doğum Eylemi Değerlendirme Formu

3. Aşama: Doğum sonrası dönem (ilk 24 saat)

- Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı Doğum Sonu Değerlendirme Formu
- Spontan perineal ağrı Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ve McGill Ağrı Anketi (Kısa Form) (McGill Pain Questionnaire; MPQ) puanı (İlk 6 saat sonrası-24 saat)
- Günlük aktivite ile perineal ağrı Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) puanı (İlk 6 saat sonrası-24 saat)
- REEDA Skalası (ilk 6 saat)
- Doğum Sonu Konfor Ölçeği (ilk 6 saat sonrası-24 saat)

4. Aşama: (Doğum sonrası 10. gün)

- Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı Doğum Sonu Değerlendirme Formu
- Spontan perineal ağrı GKÖ puanı ve MPQ
- Günlük aktivite ile perineal ağrı GKÖ puanı

5. Aşama: (Doğum sonrası 3. Ay)

- Değerlendirme Formu'nun ikinci kısmı Doğum Sonu Değerlendirme Formu
- Spontan perineal ağrı GKÖ puanı ve MPQ
- Günlük aktivite ile perineal ağrı GKÖ puanı
- Değerlendirme Formu'nun üçüncü kısmı olan Disparoni Değerlendirme Formu

4. BULGULAR

Bu çalışma perineal travma onarımında kullanılan sürekli sütur tekniğinin, yaygın olarak kullanılan tek tek sütur tekniğine göre, perineal ağrı ve dispareniye etkisi yönünden üstünlüğüne dikkat çekmek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır. Araştırma örnekleminde 28 primipar deney (sürekli sütur tekniği) grubunda, 28 primipar kontrol (tek tek sütur tekniği) grubunda yer almıştır. Çalışma 5 bölümde ele alınmıştır:

4.1.Kadınların Demografik, Genel Sağlık, Obstetrik Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların Gebeliğine ve Doğum Eylemine İlişkin Bulgular

4.3. Kadınların Perineal Travmasına İlişkin Bulgular

4.4. Kadınların Doğum Sonrası Algıladıkları Perineal Ağrıya İlişkin Bulgular

4.5.Kadınların Doğum Sonu Konforuna ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşamına İlişkin Bulguları

4.1. Kadınların Demografik, Genel Sağlık, Obstetrik Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan kadınların demografik (yaş, eğitim durumu vb.), genel sağlık (ilaç kullanımı, sigara kullanma), obstetrik (gebelik sayısı, küretaj sayısı, mevcut gebelik haftası) özelliklerine ilişkin bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1: Kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırması

	Sürekli Sütür		Tek tek Sütür		χ^2	p	Toplam	
	Tekniği (n=28)		Tekniği (n=28)				Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%				
Yaş grupları								
18-24	13	46,4	18	64,3	2,314	0,314	31	55,4
25-29	10	35,7	8	28,6			18	32,1
30 ve üzeri	5	17,9	2	7,1			7	12,5
Eğitim durumu								
Okuryazar değil	3	10,7	2	7,1	1,332	0,806	5	8,9
Okuryazar	12	42,9	10	35,7			22	39,3
İlköğretim	8	28,6	11	39,3			19	33,9
Lise	4	14,3	3	10,7			7	12,5
Üniversite+	1	3,6	2	7,1			3	5,4
Çalışma durumu								
Çalışmayan	27	96,4	25	89,3	1,077	0,299	52	92,9
Çalışan	1	3,6	3	10,7			4	7,1
Eşinin işi								
Serbest meslek	12	42,9	12	42,9	5,037	0,169	24	42,9
İşçi	13	46,4	14	50,0			27	48,2
Memur	0	0	2	7,1			2	3,6
Diğer	3	10,7	0	0			3	5,4
Sosyal güvence								
Var	23	82,1	22	78,6	0,113	0,737	45	80,4
Yok	5	17,9	6	21,4			11	19,6

χ^2 = Ki-kare analizi; p:anlamlılık derecesi

*Gruplar arasında sayı dağılımı dengeli olmadığı için Ki-kare analizi yapılmadı.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırması Tablo 1’de yer almaktadır.

Sürekli sütur tekniği uygulanan ve tek tek sütur tekniği uygulanan kadınların kişisel özelliklerinin dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, yaş, eğitim durumu,

eşinin işi ve sosyal güvenceye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların % 46,4'ünün, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların ise %64,3'ünün 18-24 yaş grubuna ait olduğu belirlendi. Araştırma kapsamına alınan kadınların %39,3'ü okur yazar, %33,9'u ilköğretim, %12,5'i lise, %8,9'u okur-yazar değil ve % 5,4'ü üniversite düzeyinde eğitime sahip, %42,8'inin eşi işçi olarak çalışmakta ve %80,4'ünün sosyal güvencesi vardır. (Tablo 1). Grupların kişisel özelliklerine göre homojen dağılım görüldü.

Tablo 2: Kadınların genel sağlık durumuna ait özelliklerinin karşılaştırması

	Sürekli Sütür Tekniği (n=28)		Tek tek Sütür Tekniği (n=28)		χ^2	p	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Rutin ilaç kullanımı								
Var	0	0	1	3,6	1,018	0,313	1	1,8
Yok	28	100	27	96,4			55	98,2
Sigara kullanımı								
Var	3	10,7	1	3,6	1,077	0,299	4	7,1
Yok	25	89,3	27	96,4			52	92,9

χ^2 = Ki-kare analizi; p:anlamlılık derecesi

*Gruplar arasında sayı dağılımı dengeli olmadığı için Ki-kare analizi yapılmadı.

Katılımcıların genel sağlık durumuna ait özelliklerinin karşılaştırması Tablo 2'de görülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların %7,1'inin sigara kullandığı, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların %3,6'sının ise rutin ilaç kullandığı belirlendi. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3: Kadınların obstetrik özelliklerinin karşılaştırması

Değişken	Sürekli Sütür Tekniği			Tek Tek Sütür Tekniği			t	p
	Min.	Max.	Ort±S.Sapma	Min	Max	Ort±S.Sapma		
Gebelik sayısı	1,00	3,00	1,54±0,69	1,00	2,00	1,04±0,19	3,684	0,001
Kürtaj/Düşük sayısı	0,00	2,00	0,50±0,69	0,00	1,00	0,04±0,19	3,416	0,001
Mevcut gebelik haftası	37,00	40,00	39,07±0,81	38,00	41,00	39,43±0,69	-1,772	0,082

t= Student's t testi ; p: anlamlılık derecesi

Tablo 3’de kadınların obstetrik özelliklerinin karşılaştırması gösterilmektedir.

Obstetrik özelliklerin dağılımı incelendiğinde; gebelik sayısı ortalaması sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların $1,54 \pm 0,69$ (min:1, max:3), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların $1,04 \pm 0,19$ (min:1, max:3) olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). Sürekli sütür tekniğinde gebelik sayısı ortalaması tek tek sütür tekniğine göre daha fazladır.

Kürtaj/düşük sayısı ortalaması sürekli sütür tekniği uygulanan grupta $0,50 \pm 0,69$ (min:0, max:2), tek tek sütür tekniği uygulanan grupta ise $0,04 \pm 0,19$ (min:0, max:1) olarak saptandı. Küretaj/düşük sayısının sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda diğer gruba göre daha fazla olduğu görüldü ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$).

Katılımcıların mevcut gebelik haftası ortalaması sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda $39,07 \pm 0,81$ (min:37, max:40), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlarda $39,43 \pm 0,69$ (min:38, max:41) dur ve aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

4.2. Kadınların Gebeliğine ve Doğum Eylemine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların gebeliğine ait özellikleri (gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi kontroller ve hangi profesyonel tarafından yapıldığı, istenilen doğum şekli), doğum eylemine ilişkin özelliklerin ortalama değerleri (eylemin evrelerinin ortalama süreleri, doğum pozisyonunda kalınan süre, yenidoğan özellikleri vb.) doğum eylemine ilişkin özelliklerin frekans ve yüzde değerleri (doğumu yaptıran kişinin mesleği, vajinal kuruluk durumu, indüksiyon uygulaması, doğum pozisyonu, doğum eyleminde kullanılan ıkınma tipi, perine hijyeni eğitimi verilme durumu vb.) tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 4: Kadınların gebeliğine ait özelliklerinin gruplara göre karşılaştırması

	Sürekli Sütür Tekniği (n=28)		Tek tek Sütür Tekniği (n=28)		χ^2	p	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Gebeliğin planlı olma durumu								
Evet	23	82,1	25	89,3	0,583	0,445	48	85,7
Hayır	5	17,9	3	10,7			8	14,3
Doğum öncesi kontrol								
Evet	28	100	28	100	*	*	56	100
Hayır	0	0	0	0			0	0
Doğum öncesi kontroller uzman hekim tarafından yapılma durumu								
Evet	28	100	27	96,4	1,018	0,313	55	98,2
Hayır	0	0	1	3,6			1	1,8
Doğum öncesi kontroller ebe/ hemşire tarafından yapılma durumu								
Evet	22	78,6	25	89,3	1,191	0,275	47	83,9
Hayır	6	21,4	3	10,7			9	16,1
Doğum öncesi kontroller aile hekimi tarafından yapılma durumu								
Evet	1	3,6	0	0	1,018	0,313	1	1,8
Hayır	27	96,4	28	100			55	98,2
İstenilen doğum şekli								
Vajinal	28	100	26	92,9	2,074	0,150	54	96,4
Sezaryan	0	0	2	7,1			2	3,6

χ^2 = Ki-kare analizi; p:anlamlılık derecesi *Gruplar arasında sayı dağılımı dengeli olmadığı için Ki-kare analizi yapılmadı.

Tablo 4’ de kadınların gebeliğine ait özelliklerinin gruplara göre karşılaştırması görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların %82,1’nin, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların % 89,3’ünün şimdiki gebeliğini planladığı belirlendi. Katılımcıların tamamının (%100,0) doğum öncesi kontrollerini yaptırdığı, %98,2’sinin uzman hekim, %83,9’unun ebe/hemşire, sadece %1,8’inin aile hekimini tarafından izlemelerinin yapıldığı görüldü. Tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların %92,9’u, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların tamamı (%100,0) vajinal yoldan doğumu istediği belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 5: Kadınların doğum eylemine ait özelliklerinin gruplara göre ortalama değerlerinin karşılaştırması

	Sürekli Sütür Tekniği			Tek Tek Sütür Tekniği			t	p
	Min.	Max.	Ort±S.Sapm a	Min	Max	Ort±S.Sapm a		
Evre 1 (saat)	5,50	23,00	12,39±4,67	5,00	23,00	13,57±6,15	0,807	0,423
Evre 2 (dk)	10,00	30,00	17,32±5,69	10,00	30,00	18,52±5,41	0,806	0,424
Evre 3 (dk)	5,00	25,00	7,32±4,19	5,00	15,00	7,68±3,19	0,359	0,721
Hemoglobin düzeyi (g/dL)	9,80	16,00	11,49±1,16	9,40	12,80	11,44±0,82	0,208	0,836
Vajinal muayene sayısı	1,00	7,00	3,79±1,95	1,00	7,00	3,68±1,66	0,222	0,826
Doğum pozisyonunda kalınan süre (dk)	10,00	60,00	36,21±11,05	20,00	60,00	45,18±9,57	3,245	0,002
İkinme süresi (dk)	10,00	30,00	15,18±4,81	10,00	30,00	16,64±4,69	-1,153	0,254
Yenidoğan ağırlığı (g)	2400,00	4100,00	3092,86±445,49	2500,00	3600,00	3098,21±309,27	-0,052	0,959
Yenidoğan baş çevresi uzunluğu (cm)	30,00	35,00	33,93±1,36	32,00	35,00	33,89±1,03	0,111	0,912

t= Student’s t testi ; p: anlamlılık derecesi

Kadınların doğum eylemine ait özelliklerinin gruplara göre ortalama değerlerinin karşılaştırması Tablo 5’de görülmektedir.

Kadınların doğum eyleminin süresine ait özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; doğumun 1. evre süresinin sürekli suture tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $12,39 \pm 4,67$ saat (min:5,50, maks:23), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $13,57 \pm 6,15$ saat (min:3, maks:23) sürdüğü belirlendi. Doğumun 2. Evre süresinin sürekli suture tekniği uygulanan grupta ortalama $17,32 \pm 5,69$ dakika (min:10, maks:30), tek tek sütür tekniği uygulanan grupta ortalama $18,52 \pm 5,41$ dakika (min:10, maks:30) olduğu, üçüncü evre süresinin ise sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $7,32 \pm 4,19$ dakika (min:5, maks:25), tek tek sütür tekniği uygulanan grupta ortalama $7,68 \pm 3,19$ dakika (min:5, maks:15) olduğu saptandı. Gruplar arasında eylemin 1., 2. ve 3. evre süreleri açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Hemoglobin düzeyi sürekli suture tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $11,49 \pm 1,16$ (min:9,80, maks:16,0), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $11,44 \pm 0,82$ (min:9,40, maks:12,80) olarak belirlendi. Doğumun 1. evresinde yapılan vajinal muayene sayısı sürekli sütür uygulanan grupta ortalama $3,79 \pm 1,95$ (min:1, maks:7) olup, tek tek sütür uygulanan grupta ortalama $3,68 \pm 1,66$ (min:1, maks:7)'dır. Kadınların 2. evrede ıkınma süreleri incelendiğinde; sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $15,18 \pm 4,81$ dakika (min:10, maks:30), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlarda ortalama $16,64 \pm 4,69$ dakikadır (min:10, maks:30). Yenidoğan özellikleri incelendiğinde; sürekli sütür tekniği uygulananların yenidoğan ağırlığı ortalama $3092,86 \pm 445,49$ gr. (min:2400 gr, maks:4100 gr), tek tek sütür uygulananların ise $3098,21 \pm 309,27$ gr. (min:2500 gr, maks:3600 gr) olarak, yenidoğan baş çevresi uzunluğu sürekli sütür tekniği uygulananlarda ortalama $33,93 \pm 1,36$ cm (min:30 cm, maks:35 cm), tek tek sütür tekniği uygulananlarda ortalama $33,89 \pm 1,03$ cm (min:32 cm, maks:35 cm) olarak saptandı.

Sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniğine göre hemoglobin miktarı, vajinal tuşe sıklığı, ıkınma süresi, yenidoğan doğum ağırlığı ve baş çevresi uzunluğu ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

Doğum pozisyonunda kalınan süre incelendiğinde ise sürekli suture tekniği uygulanan kadınlar ortalama $36,21 \pm 11,05$ dakika (min:10, maks:60), tek tek suture tekniği uygulanan kadınların ortalama $45,18 \pm 9,57$ dakika (min:20, maks:60) litotomi pozisyonunda kaldığı görüldü. Sürekli sütür tekniğinde doğum pozisyonunda kalınan

süre ortalaması tek tek sütur tekniğine göre daha az olduğu görülmektedir ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002).

Tablo 6: Kadınlara doğum eyleminde uygulanan müdahalelerin gruplara göre karşılaştırması

Sürekli Sütür Tekniği (n=28)			Tek tek Sütür Tekniği (n=28)		χ^2	p	Toplam	
Sayı	%	Sayı	%	Sayı			%	
Doğumu yaptıran kişinin mesleği								
Ebe	28	100	28	100			56	100
Hekim	0	0	0	0	*	*	0	0
Vajinal kurulum								
Var	0	0	0	0			1	1,8
Yok	28	100	28	100	*	*	55	98,2
İndüksiyon								
Evet	25	89,3	23	82,1			48	85,7
Hayır	3	10,7	5	17,9	0,583	0,445	8	14,3
Doğum eylemi sırasında lavman uygulaması								
Evet	0	0	0	0			0	0
Hayır	28	100	28	100	*	*	56	100
Doğum pozisyonu								
Litotomi	28	100	28	100			56	100
Diğer	0	0	0	0	*	*	0	0
Doğum eyleminde kullanılan ıkınma tipi								
Valsalva	28	100	28	100			56	100
Spontan	0	0	0	0	*	*	0	0
Perine hijyeni eğitimi verilme durumu								
Evet	24	85,7	24	85,7			48	85,7
Hayır	4	14,3	4	14,3	0,000	1,000	8	14,3
Perine hijyeni eğitiminin hekim tarafından verilmesi durumu								
Evet	0	0	0	0			1	1,8
Hayır	28	100	28	100	*	*	55	98,2
Perine hijyeni eğitiminin ebe/hemşire tarafından verilmesi durumu								
Evet	7	25	11	39,3			18	32,1
Hayır	21	75	17	60,7	1,310	0,252	38	67,9
Perine hijyeni eğitiminin öğrenci ebe/hemşire tarafından verilmesi durumu								
Evet	21	75	17	60,7			38	67,9
Hayır	7	25	11	39,3	1,310	0,252	18	32,1

χ^2 = Ki-kare analizi; p:anlamlılık derecesi *Gruplar arasında sayı dağılımı dengeli olmadığı için Ki-kare analizi yapılmadı.

Tablo 6' de kadınlara doğum eyleminde uygulanan müdahalelerin gruplara göre karşılaştırması görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki katılımcıların tamamının (% 100,0) doğumunu yaptıran profesyonelin ebe olduğu, vajinal kuruluşunun olmadığı, doğum eylemi sırasında lavman uygulanmadığı, doğum pozisyonunun litotomi olduğu, ikinci evrede valsalva tipi ıkınmanın desteklendiği belirlendi. Ayrıca sürekli sütur tekniği uygulanan grupta bulunan kadınların %89,3'üne, tek tek sütur tekniği uygulanan kadınların %82,1'ine doğum indüksiyonu uygulandığı saptandı. Kadınların %85,7'sine perine hijyeni eğitimi verildiği, bu eğitimin %32,1 oranında ebe/hemşire, %67,9 oranında öğrenci ebe/hemşire tarafından verildiği ve hiçbir katılımcının hekimden perine eğitimi almadığı görüldü. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

4.3. Kadınların Perineal Travmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınlarda oluşan perineal travmaya ait özelliklerin frekans ve yüzde değerleri (perineal travmasının oluş nedeni, epizyotomi tipi, diğer alanlarda laserasyon varlığı), perineal travmaya ait özelliklerin ortalama değerleri (epizyotomi uzunluğu, açık kalma süresi, onarım süresi, materyal miktarı), kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal travma bölgesinin değerlendirilmesine ilişkin özellikleri (REEDA (Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) puan ortalaması, yeniden suture edilme ihtiyacı, analjezi ihtiyacı) tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 7: Kadınlarda perineal travmaya ait özelliklerin gruplara göre frekans ve yüzde değerlerinin karşılaştırması

Değişken	Sürekli Sütür		Tek tek Sütür		χ^2	p	Toplam	
	Tekniği		Tekniği					
	(n=28)		(n=28)					
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Perineal travmanın durumu								
Spontan yırtık	1	3,6	1	3,6	0,750	0,687	2	3,6
Epizyotomi	23	82,1	25	89,3			48	85,7
Spontan yırtık+Epizyotomi	4	14,3	2	7,1			6	10,7
Epizyotomi tipi								
Median	0	0	0	0	*	*	0	0
Medio-lateral	28	100	28	100			56	100
Diğer laserasyon varlığı								
Var	5	17,9	4	14,3	0,132	0,716	9	16,1
Yok	23	82,1	24	85,7			47	83,9

χ^2 = Ki-kare analizi; p: anlamlılık derecesi *Gruplar arasında sayı dağılımı dengeli olmadığı için Ki-kare analizi yapılmadı.

Tablo 7’de kadınların perineal travmasına ait özelliklerin karşılaştırması verildi.

Doğum eylemi sonunda perineal travmaya ait özellikler incelendiğinde; sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların %82,1’ine, tek tek sütür tekniği %89,3’üne epizyotomi uygulandığı belirlendi. Ayrıca sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların %3,6’sı, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların %3,6’sı spontan yırtığa sahip ve

sürekli sütür tekniği uygulanan grupta %14,3, tek tek sütür tekniği uygulanan grupta %7,1 oranında her iki travma türü bir aradadır.

Kadınların tamamında (%100,0) mediolateral tip epizyotomi uygulandığı, sürekli sütür tekniği uygulana kadınların %17,9’unda, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların %14,3’ünde perine dışında (vajen, serviks) laserasyon olduğu görüldü. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 8: Kadınlarda perineal travmaya ait özelliklerin gruplara göre ortalama değerlerinin karşılaştırması

Değişken	Sürekli Sütür Tekniği			Tek Tek Sütür Tekniği			t	p
	Min.	Max	Ort±S.Sapma	Min	Max	Ort±S.Sapma		
Epizyotomi uzunluğu	2,50	7,00	3,77±1,24	3,00	9,00	4,27±1,46	-1,378	0,174
Epizyotominin açık kalma süresi	3,00	20,00	8,71±4,62	5,00	20,00	9,11±4,31	-0,329	0,743
Onarım süresi	8,00	30,00	16,04±4,99	20,00	30,00	23,46±3,29	-6,579	<0,001
Onarımda kullanılan materyal miktarı	37,50	112,50	65,63±18,75	75,00	150,00	115,18±19,58	-9,674	<0,001

t= Student’s t testi ; p: anlamlılık derecesi

Tablo 8’de kadınların perineal travmasına ait özelliklerin gruplara göre ortalama değerlerinin karşılaştırması gösterildi.

Kadınlara uygulanan epizyotomi uzunluğu incelendiğinde; sürekli sütür tekniği uygulanan grupta ortalama 3,77±1,24 cm (min:2,5 cm, maks:7 cm), tek tek sütür tekniği uygulanan grupta ise ortalama 4,27±1,46 cm (min:3 cm, maks:9 cm) olduğu saptandı. Epizyotominin açık kalma süresi sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda ortalama 8,71±4,62 dakika (min:3, maks:20), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlarda 9,11±4,31 dakika (min:5, maks:20) olarak belirlendi. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Perineal travmanın onarım süresi incelendiğinde; sürekli sütür tekniği ile onarım süresi ortalama 16,04±4,99 dakika (min:8, maks:30), tek tek sütür tekniği ile onarım

süresi ortalama $23,46 \pm 3,29$ dakika (min:20, maks:30) olduğu belirlendi. Sürekli sütür tekniğinde onarım süresi ortalaması tek tek sütür tekniğine göre daha az olduğu görüldü ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0,001$). Kullanılan dikiş materyali miktarı sürekli sütür tekniğinde ortalama $65,63 \pm 18,75$ cm (min:37,50 cm, maks:112,50 cm), tek tek sütür tekniğinde ise ortalama $115,18 \pm 19,58$ (min:75 cm, maks:150 cm) cm'dir. Sürekli sütür tekniğinde onarımda kullanılan materyal miktarı ortalaması tek tek sütür tekniğine göre daha az olduğu belirlendi ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$).

Tablo 9: Kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal travma bölgesinin değerlendirilmesine ilişkin özelliklerin dağılımı

	Sürekli Sütür Tekniği (n=28)	Tek tek Sütür Tekniği (n=28)	χ^2 ;t	p	Toplam
İlk 24 saatte REEDA puan ortalaması					
Ort±S.Sapma (Min-Maks)	0,46±0,64 (0-2)	1,04±0,43 (0-2)	t: 0,937	<0,001	-
10. günde yeniden sütüre edilme ihtiyacı					
Evet (n,%)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	*	*	0 (%0,0)
Hayır (n,%)	28 (%100,0)	28 (%100,0)			56(%100,0)
3. ayda yeniden sütüre edilme ihtiyacı					
Evet (n,%)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	*	*	0 (%0,0)
Hayır (n,%)	28 (%100,0)	28 (%100,0)			56(%100,0)
İlk 24 saatte analjezi kullanma ihtiyacı					
Evet (n,%)	12 (42,9)	23 (82,1)	χ^2 :9,219	0,002	35 (62,5)
Hayır (n,%)	16 (57,1)	5 (17,9)			21 (37,5)
10. günde analjezi kullanma ihtiyacı					
Evet (n,%)	0 (%0,0)	3(10,7)	χ^2 :3,170	0,075	3 (5,4)
Hayır (n,%)	28 (%100,0)	25 (89,3)			25 (94,6)
3. ayda analjezi kullanma ihtiyacı					
Evet (n,%)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	*	*	0 (%0,0)
Hayır (n,%)	28 (%100,0)	28 (%100,0)			56(%100,0)

t : Student's t testi; χ^2 : Ki-kare analizi; p: anlamlılık derecesi

Kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal travma bölgesinin değerlendirilmesine ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 9'da yer almaktadır.

Kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yara kenarlarının birleşme durumunun değerlendirildiği REEDA Skalası puan ortalaması sürekli sütür tekniği uygulanan grupta $0,46 \pm 0,64$ (min:0- maks:2), tek tek sütür tekniği uygulanan grupta $1,04 \pm 0,43$ (min:0- maks:2) olarak saptandı. Sürekli sütür tekniğinde REEDA ortalaması tek tek

sütür tekniğine göre daha az olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Buna göre sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre epizyotomi bölgesinin daha iyi yara iyileşmesi gösterdiği saptandı. Araştırma kapsamındaki kadınların tümünde 10. gün ve 3. ayda yeniden suture edilme ihtiyacı saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların analjezi ihtiyacı değerlendirildiğinde; sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların ilk 24 saatte % 57,1'i, 10. günde ve 3. ayda tümü analjeziye ihtiyacı olmadığını ifade etti. Tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların ise ilk 24 saatte %17,9'u, 10. günde %89,3'ü, 3. ayda tamamı analjezi ihtiyacı bildirmedi.

İlk 24 saatte analjezi kullanma ihtiyacı sürekli sütür tekniği uygulanan grupta, tek tek sütür tekniği uygulanan gruba göre daha az bulundu ve bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$). Onuncu gün analjezi kullanım ihtiyaçları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

4.4. Kadınların Doğum Sonrası Algıladıkları Perineal Ağrıya İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal ağrının günlük yaşam aktiviteleri (yeme-içme, kişisel bakım vb.) ve bebek bakımını etkileme durumlarına ait özellikleri, kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda günlük aktivitelerini gerçekleştirirken algıladıkları ağrıya ilişkin bulguları, perineal ağrı yaşayan kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda MAO-KF puan ortalamaları, kadınların perineal travma oluş biçimi ile algıladıkları perineal ağrı düzeyleri, yenidoğan ağırlığı ve epizyotomi uzunluğunun algılanan perineal ağrı düzeyine etkisi tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 10: Kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal ağrının günlük yaşam aktiviteleri (yeme-içme, kişisel bakım vb.) ve bebek bakımını etkileme durumlarına ait özelliklerin dağılımı

Sürekli Sütür					Tek tek Sütür		χ^2	p	Toplam	
		Tekniği		Tekniği						
		(n=28)		(n=28)						
		Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	
Perineal ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu										
İlk 24 saat	Evet	9	32,1	19	67,9	7,143	0,008	28	50	
	Hayır	19	67,9	9	32,1			28	50	
10. gün	Evet	0	0	0	0	*	*	0	0	
	Hayır	28	100	28	100			56	100	
3. ay	Evet	0	0	0	0	*	*	0	0	
	Hayır	28	100	28	100			56	100	
Perineal ağrının bebek bakımını etkileme durumu										
İlk 24 saat	Evet	7	25,0	19	67,9	10,338	0,001	26	46,4	
	Hayır	21	75,0	9	32,1			30	53,6	
10. gün	Evet	0	0	0	0	*	*	0	0	
	Hayır	28	100	28	100			56	100	
3. ay	Evet	0	0	0	0	*	*	0	0	
	Hayır	28	100	28	100			56	100	

χ^2 : Ki-kare analizi; p: anlamlılık derecesi

Tablo 10’ da kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal ağrının günlük yaşam aktiviteleri (yeme-içme, kişisel bakım vb.) ve bebek bakımını etkileme durumlarına ait özelliklerin dağılımı gösterildi.

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların % 32,1’i, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların % 67,9’u ilk 24 saatte perineal bölgedeki ağrının günlük yaşam aktivitelerini engellediğini bildirdi. Sürekli sütür tekniğinin tek tek sütür tekniğine göre daha az perineal ağrı nedeniyle kadınların günlük yaşam aktivitelerini daha az etkilediği saptandı ve aralarındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,008$). Doğum sonrası 10. gün ve 3. ayda perineal ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisi saptanmadı.

Perineal ağrının bebek bakımına etkisi sorgulandığında; sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların %25,0’ı, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların % 67,9’u ağrının bebek bakımını engellediğini ifade etti ve aralarındaki istatistiksel fark anlamlı bulundu ($p=0,001$). Buna göre sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların algıladıkları perineal ağrının bebek bakımına etkisi tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha az olduğu belirlendi. Her iki grupta da 10. günde ve 3. ayda perineal ağrının bebek bakımını etkilemediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 11: Kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda günlük aktivitelerini (yatma, oturma, yürüme, emzirme, idrar yapma vb.) gerçekleştirirken algıladıkları ağrıya ilişkin bulguları

Günlük Aktivite	Sütür teknikleri	İlk 24 saatte GKÖ puan ortalaması		10. günde GKÖ puan ortalaması		3. Ayda GKÖ puan ortalaması	
		Ort±Std.S (Min-Maks)	t;p	Ort±Std.S (Min-Maks)	t;p	Ort±Std.S (Min-Maks)	t;p
Spontan	Sürekli sütür tekniği	2,14±1,04 (0-4)	4,772	0,25±0,65 (0-3)	4,432	0,00±0,00	-
	Tek tek sütür tekniği	3,82±1,54 (1-7)	<0,001	1,14±0,85 (0-4)	<0,001	0,00±0,00	-
Yatma sırasında	Sürekli sütür tekniği	2,14±1,04 (0-4)	-4,706 <0,001	0,25±0,65 (0-3)	-4,432 <0,001	0,00±0,00 (0-0)	-
	Tek tek sütür tekniği	3,79±1,52 (1-7)		1,14±0,85 (0-4)		0,00±0,00 (0-0)	
Oturma sırasında	Sürekli sütür tekniği	3,11±1,29 (1-7)	-4,354 <0,001	0,71±0,76 (0-3)	-4,828 <0,001	0,11±0,31 (0-1)	0,461 0,647
	Tek tek sütür tekniği	4,86±1,69 (1-8)		1,96±1,14 (0-5)		0,07±0,26 (0-1)	
Yürüme sırasında	Sürekli sütür tekniği	2,64±0,95 (0-4)	-4,603 <0,001	0,36±0,68 (0-3)	-4,825 <0,001	0,00±0,00 (0-0)	-
	Tek tek sütür tekniği	4,36±1,73 (1-7)		1,43±0,96 (0-4)		0,00±0,00 (0-0)	
Emzirme sırasında	Sürekli sütür tekniği	2,68±1,02 (0-4)	-4,485 <0,001	0,50±0,75 (0-3)	-4,599 <0,001	0,00±0,00 (0-0)	-
	Tek tek sütür tekniği	4,54±1,75 (1-8)		1,71±1,18 (0-5)		0,00±0,00 (0-0)	
İdrar yapma sırasında	Sürekli sütür tekniği	2,75±1,04 (1-5)	-5,213 <0,001	0,43±0,74 (0-3)	-4,404 <0,001	0,00±0,00 (0-0)	-
	Tek tek sütür tekniği	4,64±1,62 (1-7)		1,46±1,00 (0-4)		0,00±0,00 (0-0)	
Defekasyon sırasında	Sürekli sütür tekniği	-	-	0,64±0,91 (0-4)	-3,856 <0,001	0,04±0,19 (0-1)	0,000 1,000
	Tek tek sütür tekniği	-		1,64±1,03 (0-4)		0,04±0,19 (0-1)	
Palpasyonla	Sürekli sütür tekniği	3,18±0,82 (2-5)	-5,873 <0,001	0,93±0,86 (0-4)	-5,082 <0,001	0,07±0,26 (0-1)	0,000 1,000

Tek tek sütür teknîği	5,21±1,64 (1-9)	2,25±1,08 (1-5)	0,07±0,26 (0-1)
--------------------------	--------------------	--------------------	--------------------

t: Student's t testi ; p: Anlamlılık derecesi

Kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda günlük aktivitelerini gerçekleştirirken algıladıkları ağrıya ilişkin bulguları Tablo 11'de verilmektedir.

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların spontane algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 2,14±1,04 (min:0, maks:4), 10. günde 0,25±0,65 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, yatma sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 2,14±1,04 (min:0, maks:4), 10. günde 0,25±0,65 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, oturma sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 3,11±1,29 (min:1, maks:7), 10. günde 0,71±0,76 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,11±0,31(min:0, maks:1) olarak, yürüme sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 2,64±0,95 (min:0, maks:4), 10. günde 0,36±0,68 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, emzirme sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 2,68±1,02 (min:0, maks:4), 10. günde 0,50±0,75 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, idrar yaparken algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 2,75±1,04 (min:0, maks:5), 10. günde 0,43±0,74 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, defekasyon sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması 10. günde 0,64±0,91 (min:0, maks:4), 3. ayda 0,04±0,19 (min:0, maks:1) olarak, palpasyonla algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 3,18±0,82 (min:2, maks:5), 10. günde 0,93±0,86 (min:0, maks:4), 3. ayda 0,07±0,26 (min:0, maks:1) olarak saptandı.

Tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların spontane algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 3,82±1,54 (min:1, maks:7), 10. günde 1,14±0,85 (min:0, maks:4), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, yatma sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 3,79±1,52 (min:1, maks:7), 10. günde 1,14±0,85 (min:1, maks:4), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, oturma sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 4,86±1,69 (min:1, maks:8), 10. günde 1,96±1,14 (min:0, maks:5), 3. ayda 0,07±0,26 (min:0, maks:1) olarak, yürüme sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 4,36±1,73 (min:1, maks:8), 10. günde 1,71±1,18 (min:0, maks:5), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, emzirme sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte 4,54±1,75 (min:0, maks:4), 10. günde 0,50±0,75 (min:0, maks:3), 3. ayda 0,00±0,00 olarak, idrar

yaparken algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte $4,64 \pm 1,62$ (min:1, maks:7), 10. günde $1,46 \pm 1,00$ (min:0, maks:4), 3. ayda $0,00 \pm 0,00$ olarak, defekasyon sırasında algılanan ağrı puanı ortalaması 10. günde $1,64 \pm 1,03$ (min:0, maks:4), 3. ayda $0,04 \pm 0,19$ (min:0, maks:1) olarak, palpasyonla algılanan ağrı puanı ortalaması ilk 24 saatte $5,21 \pm 1,64$ (min:1, maks:9), 10. günde $2,25 \pm 1,08$ (min:1, maks:5), 3. ayda $0,07 \pm 0,26$ (min:0, maks:1) olarak saptandı.

Sütür teknikleri karşılaştırıldığında; ilk 24 saatte ve 10. günde spontan olarak, yatma, oturma, yürüme ve emzirme sırasında, idrar yaparken ve palpasyonla GKÖ puan ortalamasının sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha az olduğu saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$). İlk 24 saatte kadınların tümünün defekasyon yapmaması nedeniyle ağrı algılamaları bildirilmedi, ancak 10. günde defekasyon sırasında algılanan ağrı sürekli sütür tekniği uygulananlarda diğer gruba göre daha az saptandı ve istatistiksel fark anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Ek olarak, 3. ayda spontan olarak, yatma, yürüme, emzirme sırasında ve idrar yaparken katılımcıların tümünde ağrı görülmedi. Gruplara göre oturma, defekasyon ve palpasyon sırasında algılanan ağrı karşılaştırıldığında GKÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 12: Perineal ağrı yaşayan kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda MAÖ-KF puan ortalamalarının suture tekniklerine göre dağılımı

Uygulama Zamanı	Suture Tekniği	MAÖ-KF Duyusal Ağrı Alt Puanı	MAÖ-KF Algısal Ağrı Alt Puanı	MAÖ-KF Toplam Puanı
		Medyan (Min-Max)	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min-Max)
İlk 24 saat	Sürekli Suture Tekniği	5,0 (0,0-14,0)	0,0 (0,0-1,0)	5,5 (0,0-14,0)
	Tek Tek Suture Tekniği	10,0 (3,0-18,0)	0,0 (0,0-4,0)	10,0 (3,0-22,0)
	U;p	U=133,0; p< 0,001	U=337,0; p=0,171	U=130,0; p< 0,001
10. gün	Sürekli Suture Tekniği	2,0 (0,0-6,0)	0,0 (0,0-0,0)	2,0 (0,0-6,0)
	Tek Tek Suture Tekniği	4,0 (0,0-20,0)	0,0 (0,0-4,0)	4,0 (0,0-20,0)
	U;p	U=193,5; p= 0,002	U=351,0; p=0,169	U=193,5; p= 0,002
3. ay	Sürekli Suture Tekniği	0,0 (0,0-3,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-3,0)
	Tek Tek suture tekniki	0,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-2,0)
	U;p	U=420,0; p=0,227	*	U=420,0; p=0,227

U:Mann Whitney U Testi; p: anlamlılık derecesi

Perineal ağrı yaşayan kadınların doğum sonrası ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda MAÖ-KF puan ortalamalarının uygulanan suture tekniklerine göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Sürekli suture tekniği uygulanan kadınların MAO-KF duyusal ağrı alt puan ortalaması doğum sonrası ilk 24 saatte 5,0 (min:0- max:14), 10. günde 2,0 (min:0- max:6), 3. ayda 0,0 (min:0- max:3) olarak saptandı. Tek tek suture tekniği uygulanan kadınların MAÖ-KF duyusal ağrı alt puan ortalaması ilk 24 saatte 10,0 (min:3- max:18), 10. günde 4,0 (min:0- max:20), 3. ayda 0,0 (min:0- max:2)’ dir. İlk 24 saat ve 10. günde, tek tek suture tekniği uygulanan grubun sürekli suture tekniği uygulanan gruba göre MAÖ-KF duyusal ağrı alt puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulundu (p<0,001; p=0,002). Buna göre tek tek suture tekniği uygulanan kadınların doğum sonrası ilk 24 saat ve 10. günde duyusal ağrı

düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlardan daha fazla olduğu saptandı. Üçüncü ayda istatistiksel fark anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların MAÖ-KF algısal ağrı alt puan ortalaması doğum sonrası ilk 24 saatte 0,0 (min:0- max:1), 10. günde 0,0 (min:0- max:0), 3. ayda 0,0 (min:0- max:0) olarak saptandı. Tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların MAÖ-KF algısal ağrı alt puan ortalaması ilk 24 saatte 0,0 (min:0- max:4), 10. günde 0,0 (min:0- max:4), 3. ayda 0,0 (min:0- max:0)' dır. İlk 24 saat ve 10. gün MAÖ-KF algısal ağrı alt puan ortalaması ile uygulanan sütür teknikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların MAÖ-KF toplam puanı doğum sonrası ilk 24 saatte 5,5 (min:0- max:14), 10. günde 2,0 (min:0- max:6), 3. ayda 0,0 (min:0- max:3) olarak, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların ise ilk 24 saatte 10,0 (min:3- max:22), 10. günde 4,0 (min:0- max:20), 3. ayda 0,0 (min:0- max:2) olarak saptandı. Tek tek sütür tekniği uygulanan grubun sürekli sütür tekniği uygulanan gruba göre MAÖ-KF toplam puan ortalamasının ilk 24 saat ve 10. günde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,001$; $p=0,002$). Buna göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonrası ilk 24 saat ve 10. günde genel ağrı düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlardan daha fazla olduğu saptandı. Üçüncü ayda istatistiksel fark anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 13: Kadınların perineal travma oluş biçimi ile algıladıkları perineal ağrı düzeyinin karşılaştırması

	Perineal Travma Oluş Biçimi	n	Ort±S.Sapma (Min-Maks)	F;p
İlk 24 saatte GKÖ puan ortalaması	Spontan yırtık	2	3,00±1,41 (2-4)	0,578 0,565
	Epizyotomi	48	3,06±1,59 (0-7)	
	Spontan+Epizyotomi	6	2,33±1,37 (2-4)	
	Toplam	56	2,98±1,55 (0-7)	
10. gün GKÖ puan ortalaması	Spontan yırtık	2	1,00±0,00 (1-1)	0,217 0,806
	Epizyotomi	48	0,67±0,78 (0-3)	
	Spontan+Epizyotomi	6	0,83±1,60 (0-4)	
	Toplam	56	0,70±0,87 (0-4)	
3. ay GKÖ puan ortalaması	Spontan yırtık	2	0,00±0,00 (0-0)	-
	Epizyotomi	48	0,00±0,00 (0-0)	
	Spontan+Epizyotomi	6	0,00±0,00 (0-0)	
	Toplam	56	0,00±0,00 (0-0)	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi ; p: Anlamlılık derecesi

Kadınların perineal travma oluş biçimi ile algıladıkları perineal ağrı düzeyinin karşılaştırması Tablo 13’de verildi.

Spontan yırtığı olan kadınların ilk 24 saate GKÖ puan ortalaması 3,00±1,41 (min:2, maks: 4), epizyotomili kadınların GKÖ puan ortalaması 3,06±1,59 (min:0, maks: 7), her ikisinin olduğu kadınlarda ise GKÖ puan ortalaması 2,33±1,37 (min:2, maks: 4) olarak saptandı. Onuncu günde ise Spontan yırtığı olan kadınların GKÖ puan ortalaması 1,00±0,00 (min:1, maks:1) epizyotomili kadınların GKÖ puan ortalaması 0,67±0,78 (min:0, maks: 3), her ikisinin olduğu kadınlarda ise GKÖ puan ortalaması 0,83±1,60 (min:0, maks: 4) olarak saptandı. Üçüncü ayda ağrı bildirilmedi. Kadınların perineal travma oluş biçimi ile ilk 24 saat, 10. gün ve 3. ayda perineal ağrı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05)

Tablo 14: Yenidoğan ağırlığı ve epizyotomi uzunluğu ile algılanan perineal ağrı düzeyinin karşılaştırması

			İlk 24 saat	10. gün	3.ay
			Spontan	Spontan	Spontan
		Epizyotomi	Ağrı	Ağrı	Ağrı
		Uzunluğu	GKÖ puanı	GKÖ puanı	GKÖ puanı
Yenidoğan	r	-0,038	1		
Ağırlığı	p	0,779			
İlk 24 saat	r	0,312	0,071	1	
Spontan Ağrı	p	0,019	0,605		
GKÖ puanı					
10. gün	r	0,203	-0,070	0,412	1
Spontan Ağrı	p	0,134	0,608	0,002	
GKÖ puanı					
3.ay	r	*	*	*	*
Spontan Ağrı	p	*	*	*	*
GKÖ puanı					

r: Pearson Korelasyon, p: anlamlılık değeri

Yenidoğan ağırlığı ve epizyotomi uzunluğu ile algılanan perineal ağrı düzeyinin karşılaştırması Tablo 14’de verildi.

Çalışmamızda yenidoğan ağırlığı ile epizyotomi uzunluğu arasında doğrusal bir ilişkinin olmadığı saptandı ($p>0,05$). Katılımcıların GKÖ puan ortalamaları ile epizyotomi uzunluğu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; epizyotomi uzunluğu ile ilk 24 saatteki spontan ağrı arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki saptandı ($r=0,312$; $p=0,019$). Buna göre epizyotomi uzunluğu arttıkça doğum sonrası ilk 24 saatte algılanan perineal ağrı düzeyinin arttığı belirlendi. Epizyotomi uzunluğu ile 10. gündeki spontan ağrı arasında doğrusal bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) ve 3.ayda spontan ağrı açısından tüm değerler sıfır olduğundan ilişki hesaplanamadı.

4.5. Kadınların DSKÖ'ne ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşamına İlişkin Bulguları

Bu bölümde kadınlara hastane taburculuğu öncesinde uygulanan DSKÖ'nin puan ortalamaları, doğum sonrası 3. ayda cinsel yaşamına ilişkin özellikleri (cinselliğe başlama zamanı, dispareni yaşama durumu, dispareni sıklığı, yeri), dispareni yaşayan kadınların MAÖ KF puan ortalamaları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 15: Kadınların DSKÖ puan ortalamalarının sütür tekniklerine göre dağılımı

		Ortalama±S.Sapma		
	Sütür Teknikleri	n	(Min-Maks)	t;p
DSKÖ Fiziksel Konfor Alt Puanı	Sürekli sütür tekniği	28	36,75±5,12 (26-47)	-6,737
	Tek tek sütür tekniği	28	45,79±4,92 (37-58)	<0,001
DSKÖ Psiko-Spritüel Konfor Alt Puanı	Sürekli sütür tekniği	28	20,11±2,53 (15-26)	-2,231
	Tek tek sütür tekniği	28	21,46±1,99 (19-26)	0,030
DSKÖ Sosyo-Kültürel Konfor Alt Puanı	Sürekli sütür tekniği	28	29,96±2,83 (21-34)	-4,375
	Tek tek sütür tekniği	28	33,96±3,92 (26-45)	<0,001
DSKÖ Toplam Puanı	Sürekli sütür tekniği	28	86,82±8,20 (15-47)	-6,469
	Tek tek sütür tekniği	28	101,21±8,48 (19-58)	<0,001

t: Student's t testi ; p: Anlamlılık seviyesi

Tablo 15'de kadınların DSKÖ puan ortalamalarının uygulanan sütür tekniklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların DSKÖ fiziksel konfor alt puan ortalaması 36,75±5,12 (min:26, maks:47), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların puan ortalaması 45,79±4,92 (min:37, maks:58) olarak saptandı. Tek tek sütür tekniği uygulanan grubun DSKÖ fiziksel konfor alt puan ortalaması sürekli sütür tekniği

uygulanan gruba göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,001$). Buna göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların fiziksel konfor düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların DSKÖ psiko-spritüel konfor alt puan ortalaması $20,11\pm2,53$ (min:15, maks:26), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların puan ortalaması $21,46\pm1,99$ (min:19, maks:26) olarak saptandı. Tek tek sütür tekniği uygulanan grubun DSKÖ psikospiritüel konfor alt puan ortalaması sürekli sütür tekniği uygulanan gruba göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,030$). Buna göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların psiko-spiritüel konfor düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların DSKÖ sosyo-kültürel konfor alt puan ortalaması $29,96\pm2,83$ (min:21, maks:34), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların puan ortalaması $33,96\pm3,92$ (min:26, maks:45) olarak saptandı. Tek tek sütür tekniği uygulanan grubun DSKÖ sosyo-kültürel konfor alt puan ortalaması sürekli sütür tekniği uygulanan gruba göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Buna göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların sosyo-kültürel konfor düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

DSKÖ toplam puanı incelendiğinde sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların puan ortalaması $86,82\pm8,20$ (min:15, maks:47), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların ise puan ortalaması $101,21\pm8,48$ (min:15, maks:47)'dir. Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların DSKÖ'nden aldıkları toplam puan diğer gruba göre daha düşüktür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Buna göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonu konfor düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 16: Doğum sonrası cinsel yaşama ait özelliklerin sütur tekniklerine göre dağılımı

	Sürekli Sütur Tekniği (n=28)	Tek tek Sütur Tekniği (n=28)	χ^2 ;t	p	Toplam
Cinsel ilişkiye başlama durumu					
Evet (n,%)	26 (%92,9)	27 (%96,4)	$\chi^2=0,352$	0,553	53 (%94,6)
Hayır (n,%)	2 (%7,1)	1 (%3,6)			3 (%5,4)
Cinsel ilişkiye başlama zamanı (gün)					
Ort±S.Sapma	51,54±7,97	51,30±7,15	t=0,117	0,908	51,42±7,49
(Min-Maks)	(40-60)	(40-60)			(40-60)
Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama durumu					
Evet (n,%)	6 (%21,4)	11 (%39,3)	$\chi^2=2,112$	0,146	17 (%30,4)
Hayır (n,%)	22 (%78,6)	17 (%60,7)			39 (%69,6)
Cinsel ilişki sırasında algılanan ağrının sıklığı					
Nadiren (n,%)	4 (%66,7)	5 (%45,5)	$\chi^2=1,431$	0,489	9 (%52,9)
Bazen (n,%)	1 (%16,7)	5 (%45,5)			6 (%35,5)
Sıklıkla (n,%)	0 (%0,0)	0 (%0,0)			0 (%0,0)
Her zaman (n,%)	1 (%16,7)	1 (%9,1)			2 (%11,8)
Cinsel ilişki sırasında algılanan ağrının yeri					
Vajına girişinde (n,%)	6 (%100,0)	9 (%81,8)	$\chi^2=1,236$	0,226	15 (%88,2)
Vajına derinlerinde (n,%)	0 (%0,0)	2 (%18,2)			2 (%11,8)
Alt karm (n,%)	0 (%0,0)	0 (%0,0)			0 (%0,0)
Cinsel ilişki sırasında algılanan ağrının cinsel yaşamı etkileme durumu					
Kaçınma (n,%)	2 (%33,3)	4 (%36,36)	$\chi^2=0,165$	0,685	6 (%35,29)
Etkilemiyor (n,%)	4 (%66,7)	7 (%63,64)			11 (%64,71)
Cinsel ilişki sırasında algılanan ağrının GKÖ puan ortalaması					
Ort±S.Sapma	1,20±0,447	2,0±1,48	t=1,162	0,265	1,75±1,29
(Min-Maks)	(1-2)	(1-6)			(1-6)

χ^2 : Ki-kare analizi; t:Student's t testi; p: anlamlılık derecesi

Kadınların, doğum sonrası cinsel yaşama ait özelliklerin sütur tekniklerine göre dağılımı Tablo 16'da verildi.

Araştırma kapsamındaki kadınların doğumdan sonra cinsel aktivitesi sorgulandığında; sürekli sütur tekniği uygulananların % 92,9'unun, tek tek sütur tekniği uygulananların %96,4'ünün ilk üç ay içinde cinsel ilişkiye başladığı belirlendi. Tüm

katılımcıların doğum sonrası cinsel aktiviteye başlama zamanı ortalama $51,42 \pm 7,49$ (min:40, maks:60) gündür. Sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların %78,6'sı, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların %60,7'si doğum sonrası cinsel birleşme sırasında ağrısı olmadığını ifade etti. Ağrısı olduğunu ifade eden %30,4 oranındaki kadının GKÖ puan ortalaması $1,75 \pm 1,29$ (min:1, maks:6) olarak saptandı. Ağrı sıklıkları sorgulandığında; kadınların %52,9'u nadiren olduğunu, %11,8'i her zaman olduğunu bildirdi. Kadınların %88,2'si ağrının vajina girişinde, %11,8'si vajina derininde olduğunu ifade etti ve hiçbir kadın alt karın bölgesinde ağrı bildirmedi. Disparoni yaşayan kadınların %35,9'unun bu ağrının cinsel ilişkiden kaçınmasına neden olduğu, %64,71'nin ise yaşamını etkilemediği saptandı.

Sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniği arasında cinsel ilişkiye başlama, cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel ilişki sırasında ağrının sıklığı ve ağrının yeri oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Ayrıca doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanı ve cinsel ilişki sırasında algılanan ağrının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 17: Disparoni yaşayan kadınların MAÖ-KF puan ortalamalarının sütür tekniklerine göre dağılımı

Sütür Tekniği	MAÖ -KF	MAÖ -KF	MAÖ -KF
	Duyusal Ağrı	Algısal Ağrı	Toplam Puanı
	Alt Puanı	Alt Puanı	
	Medyan	Medyan	Medyan
	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)
Sürekli Sütür Tekniği	0,0 (0,0-3,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-3,0)
Tek Tek Sütür Tekniği	0,0 (0,0-7,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-7,0)
U;p	U=329,5 p=0,277	*	U=330,0 p=0,288

U:Mann Whitney U Testi; p: anlamlılık derecesi

Tablo 17'de disparoni yaşayan kadınların MAÖ -KF puan ortalamalarının uygulanan sütür tekniklerine göre dağılımı görülmektedir.

Sürekli sütür tekniği uygulanmış disparoni yaşayan kadınların MAÖ-KF duyuşal alt puan ortalaması 0,0 (min:0,0- max:3,0), tek tek sütür tekniği uygulanmış disparoni yaşayan kadınların ise 0,0 (min:0,0- max:7,0) olarak saptandı. Her iki grubun da MAÖ-KF algısal alt puanı 0,0 (min:0,0- max:0)' dır. Sürekli sütür tekniği uygulanmış disparoni yaşayan kadınların MAÖ-KF toplam puan ortalaması 0,0 (min:0,0- max:3,0), tek tek sütür tekniği uygulanmış disparoni yaşayan kadınların ise 0,0 (min:0,0- max:7,0)'dır. Gruplar arasındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Perineal ağrı kadınlar arasında doğumdan hemen sonra görülen ve doğum sonu dönemin ötesinde devam eden yaygın bir semptomdur. Bu durum yeni annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini etkileyebilmektedir (Fernando, 2007; Franscisco ve ark., 2014). Doğum sonrası dönemde özellikle epizyotomi uygulanmış kadınlarda daha sık karşılaşılan perineal ağrı; kısa dönemde, günlük aktivitelerin sağlanamaması, emzirmenin kesilmesi, anne-bebek ilişkisinin bozulması, rollerin yerine getirilmemesi gibi, uzun dönemde ise disparoni, kronik perineal ağrı, partner ile ilişkilerde bozulma, beden imgesinde bozulma, işe dönüşte gecikme gibi birçok morbiditenin kaynağı olmaktadır (Sultan ve ark., 2007; Steen, 2010). Ayrıca perineal ağrı ve postpartum disparoni, kadınların en özel deneyimi olması gereken doğumun korku ile anılmasına neden olmaktadır. Bu korku ise vajinal doğumdan kaçınmaya ve dolayısıyla sezaryene eğilimi arttırmaktadır (Zaksek, 2015; Moore ve Moorhead, 2013).

Doğum sonrası yaygın görülen tüm bu etkiler perineal ağrının azaltılması yönündeki çabaları beraberinde getirmiştir. Bunlardan birisi de sütür tekniklerinin perineal ağrıya ve cinsel sağlığa etkilerinin kanıt düzeyinde sunulması olmuştur. Bizim çalışmamız sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniğinin perineal ağrıya ve disparoniye etkisini değerlendiren, sürekli sütür tekniğinin güvenle uygulanabileceğini ve üstünlüğünü gösteren randomize kontrollü, deneysel bir çalışmadır. Ayrıca araştırmamız ülkemizde bu amaçla yapılan çalışmanın çok az olması nedeniyle literatüre katkısı yönünden önemlidir. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda benzer çalışmaların sonuçları ile tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Demografik, Genel Sağlık, Obstetrik Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların yarısına yakını (%46,4), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların yarısından fazlası (%64,3) 18-24 yaş grubundadır (Tablo 1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde 25 yaş altındaki kadınların yarısından fazlasının hiç doğum yapmadığı bildirilmektedir. Buna göre çalışma bulgularımız toplum genelini yansıtmamakla birlikte deney ve kontrol gruplarının benzer yaş grubunda olması çalışma sonuçlarını etkilememesi açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda deney grubunun yarısına yakınının (% 42,9) okuryazar olduğu, kontrol grubunun % 39,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptandı, ayrıca her iki gruptaki kadınların büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%92,9) ve sağlık güvencesine (%80,4) sahip olduğu belirlendi (Tablo 1). Katılımcıların eğitim durumu ve sağlık güvencesine sahip olma oranı TNSA (2013) verileri (sırasıyla %34,4 - %89,5) ile benzerlik göstermektedir. Çalışma oranı (%7,1) ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016) verilerinde bildirilen kadının işgücüne katılma oranına göre (%31,5) oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Yara iyileşmesini geciktiren faktörler arasında sigara içmek ve ilaç kullanımı yer almaktadır (Aslan ve Olgun, 2017). Ayrıca Dahlen ve ark.'nın (2013b) yaptığı çalışmada sigara kullanımının ciddi perineal travma oluşması için potansiyel bir neden olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda ise araştırma kapsamında yer alan kadınların büyük çoğunluğunun sigara içmediği (%92,9) ve rutin ilaç kullanmadığı (%98,2) belirlendi ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 2). Travma riskinin artması ve epizyotomi bölgesinin iyileşme sürecinin etkilenmesi söz konusu olabileceğinden grupların benzer özellikler taşıması önem kazanmaktadır.

Doğum sırasında oluşan travmanın boyutunu etkileyebilecek faktörler arasında doğum şekli, riskli doğumlar, perineal onarım (yara dokusu) gibi daha önceki doğuma bağlı nedenler sayılmaktadır, ancak küretaj/düşük ile ilgili bilgi literatürde rastlanmamıştır (RCOG, 2004; Fernando, 2007; Webb ve ark., 2014; Şenol ve Aslan, 2015).

Çalışmamızda, deney grubunun küretaj/düşük ve gebelik sayılarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$) (Tablo 3). Kadınların primipar olması ve daha önce hiç doğum yapmamış olması nedeniyle perineal travma yaşamadığı bilinmektedir. Dolayısıyla küretaj/düşük sayılarının perineal travmayı, yara iyileşmesi ve perineal ağrıyı etkilemeyeceği düşünülmektedir.

5.2. Kadınların Gebeliğine ve Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadının gebeliğini istemesi ve planlaması, doğum sürecinin kendi kontrolünde olması, yanı sıra antenatal dönem bakım ve eğitimler ile işbirliğinin artırılması doğum sürecinin normalliğini desteklemektedir. (Steen, 2010; Moore ve Moorhead, 2013). Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun (sırasıyla %82,1 - %89,3) şimdiki gebeliğini planladığı, ebe/hemşire ve/veya uzman hekim (sırasıyla %83,9 - %98,2) tarafından doğum öncesi kontrollerini yaptırdığı ve vajinal yoldan doğumu istediği (%96,4) belirlendi. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4). Doğum sırasında oluşabilecek perineal travmayı etkileyebilen bu faktörlerin benzer özellik göstermesi önemlidir.

Literatürde doğum eyleminin birinci evre süresinin primiparlarda 18 saati, aktif ikinci evre süresinin 2 saati, üçüncü evre süresinin ise 1 saati geçmemesi gerektiği ve uzamış doğum eyleminin perineal travma üstünde negatif etkisi olduğu bildirilmektedir (Lowdermilk ve Perry, 2006).

Araştırmamızda grupların birinci evre süresi (deney grubu: $12,39\pm4,67$ – kontrol grubu: $13,57\pm6,15$ saat), ikinci evre süresi (deney grubu: $17,32\pm5,69$ – kontrol grubu: $18,52\pm5,41$ saat) ve üçüncü evre süresine (deney grubu: $7,32\pm4,19$ – kontrol grubu: $7,68\pm3,19$ dakika) ait özelliklerinin normal sınırlarda olduğu, uzun eylem açısından risk teşkil etmediği ve gruplar arasında sonuçları etkileyebilecek bir farklılığın bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5).

Yara iyileşmesini geciktiren önemli faktörlerden birisi de oksijenlenmeyi etkilemesinden dolayı anemidir (Aslan ve Olgun, 2017). Çalışmamızda sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların hemoglobin düzeyi ortalamaları (deney grubu: $11,49\pm1,1$ - kontrol grubu: $11,44\pm0,82$) benzerdir ve normal sınırlardadır ($p>0,05$) (Tablo 5). Bulgularımızın bu yönde olması epizyotomi bölgesinin iyileşme sonuçlarının etkilenmemesi açısından önem kazanmaktadır. Ayrıca benzer amaçla

yapılan bir çalışmada her iki grupta bulunan kadınların hemoglobin düzeyleri bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir (Almeida ve Riesco, 2008).

Araştırma kapsamındaki katılımcıların tamamının (%100,0) doğumunu yaptıran profesyonelin ebe olduğu, vajinal kuruluşunun olmadığı, doğum eylemi sırasında lavman uygulanmadığı, doğum pozisyonunun litotomi olduğu, ikinci evrede valsalva tipi ıkınmanın desteklendiği belirlendi. Ayrıca çalışmamızda her iki grupta bulunan kadınların çoğunluğuna doğum indüksiyonu (oksitosin infüzyonu) (deney grubu: %89,3 - kontrol grubu: %82,1) uygulandığı belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 6). Literatürde doğum pozisyonunun, ikinci evrede kullanılan ıkınma tipinin, indüksiyon uygulamasının, doğumu yaptıran profesyonelin perineal sonuçları etkileyebileceği belirtilmiştir (Kettle ve Tohill, 2008; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines, 2012; Sultan ve ark., 2007). Doğum sürecini ve dolayısıyla perineal travma boyutunu etkileyebilecek bu faktörlerin deney ve kontrol grubunda benzer özellikte olması sonuçlarımızın güvenilirliğini arttırması açısından önemlidir.

5.3. Kadınların Perineal Travmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde, doğum sırasında yapılan epizyotomi uygulamasının spontan yırtık oluşumuna göre daha yüksek perineal ağrı algılanmasına neden olduğu bildirilmektedir (Andrews ve ark., 2008). Çalışmamızda deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların çoğunluğuna (sırasıyla %82,1 - %89,3) epizyotomi uygulandığı, spontan yırtık oranının benzer özellikte olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi. Ayrıca uygulanan epizyotomi tipinin tamamının mediolateral olduğu, her iki grupta da benzer oranda (sırasıyla %17,9 - %14,3) perine dışı laserasyon geliştiği bulundu ($p>0,05$) (Tablo 7). Saptadığımız bu veriler, perineal ağrı sonuçlarımıza benzer etkisinin olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Baksu ve ark.'nın (2008) epizyotomi onarımına başlama zamanının hemoglobin ve hemotokrit düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; epizyotomi onarımı plasenta doğumunun ardından yapılan kadınların, plasenta doğumunu beklemeden onarılan kadınlara göre hemoglobin-hemotokrit düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ayrıca gecikmiş onarıma kıyasla erken onarımda, daha az kanama ve perineal ağrı görülür ve özellikle bu nedenle onarıma derhal başlanması önerilmektedir. Ek olarak erken onarım ile ödem gelişimi önlenir ve bu durum, ilgili yapıların daha

kolay tanınmasını sağlar, enfeksiyon riskini azaltır (Fernando, 2007). Çalışmamızda epizyotomi onarımına başlayıncaya kadar geçen süre açısından gruplar benzer özellik göstermekte ve araştırma sonuçlarına etkisinin de benzer doğrultuda olacağı düşünülmektedir (Tablo 8).

Çalışmamızda sürekli sütür tekniğinin onarımı sırasında kullanılan materyal miktarının ($65,63 \pm 18,75$ cm), tek tek sütür tekniği onarımında kullanılan materyal miktarına ($115,18 \pm 19,58$) göre daha az olduğu belirlendi ($p < 0,001$). Ayrıca sürekli sütür tekniğinin ($16,04 \pm 4,99$ dk), tek tek sütür tekniğine kıyasla ($23,46 \pm 3,29$ dk) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla daha kısa sürede onarımının sağlandığı belirlendi ($p < 0,001$) (Tablo 8). Kettle ve ark.'nın (2012) yaptığı bir Cochrane derlemesinde; sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniğinin karşılaştırıldığı 12 araştırma ve 4777 kadın incelenmiştir. Çalışmada sürekli sütür tekniği ile onarım sırasında kullanılan materyal miktarının tek tek sütür tekniğine kıyasla daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca tekniğin kolay uygulanması nedeniyle tecrübesiz bir operatör tarafından da gerçekleştirilebilmesi bir avantaj olarak bildirilmektedir. Mahmood ve Anwar'ın (2013) yaptığı çalışmada sürekli tekniğin daha hızlı uygulandığı ve artmış komplikasyon riski olmadan daha az dikiş materyali kullanıldığı saptanmıştır. Benzer şekilde diğer bir randomize kontrollü çalışmada sürekli sütür tekniği uygulamasının daha kısa sürede ve daha az materyal kullanılarak gerçekleştirildiği saptanmıştır (Valenzuela ve ark., 2009). Sürekli sütür tekniği uygulaması, daha az dikiş materyal kullanımı nedeniyle doğum ünitelerinde malzeme harcamalarını azaltması, kısa zamanda onarımın yapılması nedeniyle de daha az kaynak kullanımı söz konusu olacağından önerilen bir yöntemdir. Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir (Sultan ve ark., 2007; Kettle ve ark., 2012).

Perineal yara iyileşmesini etkileyebilecek faktörler arasında obezite, sigara kullanımı, stres, uykusuzluk gibi sistemik faktörlerin yanı sıra, uygun olmayan materyal ve teknik kullanımı ve kötü onarım bulunmaktadır (Webb ve ark., 2014). Sütür tekniklerinin doğum sonrası morbiditeye etkisinin sorgulandığı çalışmalarda, sürekli sütür ve tek tek sütür tekniklerinin arasında REEDA puan ortalaması açısından fark bulunmadığını bildiren sonuçlar olmakla birlikte (Hasanpoor ve ark., 2012), yapılan meta-analitik bir değerlendirme, onarımda kullanılan kesintisiz, subkütiküler bir tekniğin morbidite (kanama, ödem, ağrı vb.) ve yara iyileşmesi açısından tek tek

kesilen, transkutanöz teknikten daha iyi olduğunu yüksek kanıt düzeyinde sunmaktadır (Viswanathan ve ark., 2005). Bizim çalışmamızda kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yara kenarlarının birleşme durumunun değerlendirildiği REEDA skalası puan ortalaması deney grubunda ($0,46 \pm 0,64$) kontrol grubuna ($1,04 \pm 0,43$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu ($p < 0,001$) (Tablo 9). Buna göre sürekli sütür tekniği uygulaması sonrasında bölgenin kontrol grubuna göre daha iyi yara iyileşmesi gösterdiği belirlendi. Sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Araştırma bulgularımıza göre doğum sonrası 10. gün ve 3. ayda yeniden suture edilme ihtiyacı her iki grupta da rastlanmadı (Tablo 9). Yapılan bir meta analiz çalışmasında bulgularımızla uyumlu olarak, uzun dönem yeniden suture edilme ihtiyacı sürekli ve tek tek sütür tekniğinde de benzer özellik göstermektedir (Kettle ve ark., 2012).

Çalışma sonuçlarımız ilk 24 saatte, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların kontrol grubuna göre daha az analjezik ajan kullanma ihtiyacı olduğunu göstermektedir ($p < 0,001$). Onuncu gün analjezi ihtiyacı sorgulandığında ise tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların %10,7'si analjezik ajan kullandığını bildirmiş olsa da gruplar arasında fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Üçüncü ayda kadınların analjezi ihtiyacı olmadığı saptandı (Tablo 9). Kettle ve ark.'nın (2012) yaptığı meta-analitik çalışma sonucuna göre bizim bulgularımızla uyumlu olarak, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların erken postpartum evrede tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha az analjezi kullanma ihtiyacı duyduğu belirlenmiştir.

5.4. Kadınların Doğum Sonrası Algıladıkları Perineal Ağrıya İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum sonrası perineal ağrının yemek yeme, banyo yapma, giysilerini değiştirme gibi temel ihtiyaçları negatif yönde etkilediği bildirilmektedir. Ayrıca bebek bakımında yetersizliğe, emzirme ve laktasyonun sağlanamamasına ve uykusuzluğa neden olabilmektedir. (Way, 2012). Kettle ve Tohill (2008), kadının doğum sonrası perineal rahatının desteklenmesi için sorulan klinik sorulara cevap bulmak amacıyla yaptıkları sistematik derlemede, tüm katmanların (vajen, perineal kaslar ve cilt) onarımında sürekli sütür tekniğinin tek tek sütür tekniğine göre üstünlüğünü bildirmektedir. Bizim çalışmamızda, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların kontrol grubuna göre, doğum sonrası ilk 24 saatte daha düşük perineal ağrı düzeyi nedeniyle,

günlük yaşam aktivitelerinin daha az etkilendiği belirlendi. Ayrıca deney grubundaki kadınların algıladıkları perineal ağrının bebek bakımı üzerindeki etkisi de kontrol grubuna göre daha azdır ($p<0,001$) (Tablo 10). Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda doğum sonrası ilk 24 saatte ve 10. günde, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların perineal ağrı düzeyleri, spontan olarak, yatma, oturma, yürüme, emzirme, idrar yapma, defekasyon gibi günlük aktivitelerini yaparken ve palpasyon sırasında, kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Üçüncü ayda ise perineal ağrı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Jena ve Kanungo'nun (2015) sürekli sütür tekniğinin maternal morbidite açısından tek tek sütür tekniği ile karşılaştırdığı çalışmada; sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonrası 2. gün yatarken, otururken ve yürürken algıladıkları perineal ağrının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Onuncu günde ise yatarken algıladıkları ağrı düzeyinde bir fark saptanmazken, oturma ve yürüme sırasında sürekli sütür tekniği uygulananlarda daha düşük düzeyde ağrı bildirilmiştir. Altıncı haftadan sonra ise fark görülmemiştir.

Kokonali ve ark.'nın (2011) çalışmasında doğum sonrası ilk gün dinlenme, yürüme, oturma, idrar yapma ve defekasyon sırasında algılanan ağrı sürekli sütür tekniğinde daha düşük bulunmuştur.

Kettle ve ark.'nın (2002) 1542 kadın ile yaptıkları iki sütür tekniğinin karşılaştırıldığı çalışmada doğum sonrası 2. gün ve 10. günde dinlenme, oturma, yürüme, idrar yapma ve defekasyon sırasında sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlar daha az perineal ağrı yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Almeida ve Riesco'nun (2008) benzer amaçla yaptığı çalışmada doğum sonrası erken dönemde (1. gün) günlük aktiviteler sırasındaki ağrı düzeyinde fark bulunmazken, palpasyonla tek tek sütür tekniğinde daha yüksek ağrı düzeyi bildirilmiştir. Kellow ve ark.'nın (2010) randomize kontrollü çalışmasında doğum sonrası 2. hafta ve 6. haftada perineal ağrı düzeyi tek tek sütür tekniği uygulananlarda sürekli sütür tekniği uygulananlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kettle ve ark.'nın (2012) yaptığı meta-analitik bir çalışmaya göre, doğum sonrası kısa dönemde ve 10. günde spontan perineal ağrı sürekli sütür tekniği

uygulananlarda diğer tekniğe kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Doğum sonrası 3. ay ve daha uzun süreli perineal ağrı sorgulandığında ise teknikler arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımız literatür ile uyumludur.

Perineal onarım sırasında iğne ve ipin doku ile temasının en aza indirilmesi ile perineal ağrı düzeyinin azaltılması öngörülmektedir (Sultan ve ark., 2007). Randomize kontrollü bir çalışmada sürekli sütür tekniğinde tek tek sütür tekniğine göre daha az sayıda sütür kullanıldığı ve perineal ağrı düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (Jena ve Kanungo, 2015). Çalışmamızda sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonrası ilk 24 saat ve 10. günde MAO-KF duyuşal ağrı ve genel ağrı düzeylerinin (duyuşal ve algısal) tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlardan daha düşük olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 12). Tek tek sütür tekniği uygulananların deney grubuna göre MAO-KF duyuşal ağrı düzeyinin (zonklama, delici, acı veren vb.) yüksek olması özellikle transkütanöz sütürların varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda MAO-KF algısal ağrı (yorucu, bıktırıcı, endişe verici vb.) düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Üçüncü ayda istatistiksel fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 12).

Literatürde yenidoğan ağırlığının perineal travmaya dolayısıyla perineal ağrıya etkisi incelendiğinde, pozitif bir korelasyon olduğunu bildiren çalışmaların (Tayrac ve ark., 2006) yanı sıra etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır: Manzanares ve ark.'nın (2013) 2695 kadın ile yaptığı çalışmada intakt perineuma sahip kadınların yenidoğan ağırlığı ile perineal travması olan kadınların yenidoğan ağırlığı arasında bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde Karaçam ve Eroğlu'nun (2003) yaptığı çalışmada ve Ratfics ve ark.'nın (2011) çalışmasında yenidoğan ağırlığının ve baş çevresinin perineal travma riskine etkisi olmadığı bildirilmektedir. Araştırmamızda verilerle uyumlu olarak yenidoğan ağırlığı ile epizyotomi uzunluğu arasında doğrusal bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14). Ayrıca yenidoğan ağırlığı (deney: $3092,86\pm445,49$ gr – kontrol: $3098,21\pm309,27$ gr.) ve yenidoğan baş çevresi uzunluğu (deney: $33,93\pm1,36$ - kontrol: $33,89\pm1,03$ cm) her iki grupta da benzer özellikte idi ($p>0,05$) (Tablo 5).

Çalışmamızda epizyotomi uzunluğu ile ilk 24 saatteki spontan ağrı arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulundu ($r=0,312$; $p<0,001$). Bu bağlamda kadınların epizyotomi uzunluğu arttıkça doğum sonrası ilk 24 saatte

algıladıkları perineal ağrı düzeyinin de arttığı söylenebilir. Doğum sonu 10. gün ve 3. ayda ağrı algısı ile epizyotomi uzunluğu arasında farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14). Francisco ve ark.'nın (2014) çalışmasında primiparlarda doğum sırasında oluşan perineal travmanın boyutu arttıkça perineal ağrı düzeyinin de arttığı ve doğumdan sonra geçen süre ile ağrı şiddetinin ters orantılı olarak azaldığı belirlenmiştir ve bulgularımızla uyumludur. Ayrıca çalışmamıza göre kadınlara uygulanan epizyotominin uzunluk ortalamaları deney ($3,77\pm1,24$ cm) ve kontrol ($4,27\pm1,46$ cm) gruplarında benzerlik göstermektedir ($p>0,05$) (Tablo 8). Saptanan bu veri, perineal ağrı sonuçlarımızın etkilenmediğinin kanıtı olarak önem kazanmaktadır.

5.5. Kadınların DSKÖ'ne ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kontrol grubunun DSKÖ fiziksel konfor alt puan ortalaması ($45,79\pm4,9$), psiko-spritüel konfor alt puan ortalaması ($21,46\pm1,99$), sosyo-kültürel konfor alt puan ortalaması ($29,96\pm2,83$) deney grubuna göre (sırasıyla $36,75\pm5,12$ - $20,11\pm2,53$ - $33,96\pm3,92$) daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Buna göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların fiziksel konfor, psiko-spiritüel konfor, sosyo-kültürel konfor düzeyleri sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha yüksektir. Ayrıca araştırma sonuçlarımıza göre tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonu konfor düzeyleri ($101,21\pm8,48$) sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre ($86,82\pm8,20$) daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 15). Kindberg ve ark.'nın (2008) randomize kontrollü olarak yaptığı çalışmada, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlar ile tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonrası memnuniyet düzeyleri benzer özellik göstermiştir.

Konfor, bütüncül bir yaklaşımı barındıran, gereksinimlerin karşılanmasında farklı değişkenlerin rol oynadığı bir kavramdır. Kadınların doğum sonu konfor düzeyleri ise ağrı, kanama, beslenme, perineal ve genel hijyen, uterus kontraksiyonları, emzirme sorunları, yorgunluk gibi gereksinimlerinin karşılanmasına göre farklılık gösterebilmektedir (Karakaplan ve Yıldız, 2010). Araştırmamızda sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların kontrol grubundakilere göre daha düşük konfor düzeylerinin olması, perineal ağrının yanı sıra konforu etkileyebilen diğer değişkenlerin de olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca perineal ağrısı düşük olan kadınların konfor düzeylerini etkileyebilecek diğer değişkenler yönünden

beklentilerinin artabileceği, dolayısıyla memnuniyetlerinin azalabileceği düşüncesindeyiz.

Araştırmamızda kadınların doğumdan sonra cinsel aktivitesi sorgulandığında; deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (sırasıyla % 92,9 - %96,4) ilk 3 ay içinde cinsel ilişkiye başladığı, doğum sonrası cinsel aktiviteye başlama zamanının ortalama $51,42 \pm 7,49$ gün olduğu belirlendi ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 16). Kebaili ve ark.'nın (2013) sütür tekniklerini karşılaştırdığı çalışmada sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonrası cinsel aktiviteye başlama zamanı (deney: 47.59, kontrol: 48.74 gün) bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Valenzuela ve ark.'nın (2009) çalışmasında ise sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların (45 gün), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara (49 gün) göre anlamlı farklılıkla daha kısa sürede cinsel ilişkiye başladığı bildirilmektedir.

Bulgularımıza göre sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların %22,4'ü, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların ise % 39,4'ü doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 16).

Disparoni anatomik, endokrin, patolojik ve duygusal faktörlerin etkisi ile ortaya çıkan, koital konforu büyük ölçüde azaltan bir ağrı sorunudur. Jinekolojik cerrahi işlemler özellikle doğum sırasında maruz kalınan perineal travma ve onarımı disparoni nedeni olmaktadır. (Steege ve Zolnoun, 2009). Literatür incelendiğinde birçok çalışma epizyotomi ve spontan yırtık onarımı yapılan kadınlar arasında disparoni görülme oranının daha yaygın olduğunu bildirmektedir (Rathfisch ve ark., 2010; İslam ve ark., 2013; Chayachinda ve ark., 2015). Epizyotomi onarımında kullanılan tekniklerin disparoniye etkisi sorgulandığında ise; Jena ve Kanungo'nun (2015) çalışmasında sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda tek tek sütür tekniği uygulananlara kıyasla daha az disparoniye rastlandığı bildirilmektedir. Cochrane veritabanında bulunan bir derlemede, kapsam dahilinde olan birkaç çalışmada sürekli sütür tekniğinin disparoniyi azaltma yönünde etkisi bildirilmiş olsa da tam bir kanıt sağlanamamıştır ve teknikler arasında fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Kettle ve ark., 2012). Kettle ve ark.'nın (2002) benzer amaçla yaptıkları çalışmada sürekli sütür tekniği ile tek tek sütür tekniği arasında disparoni yaşama açısından fark bulunmadığı bildirilmektedir. Benzer şekilde

Kindberg ve ark.'nın (2008) iki sütür tekniğinin morbiditeye etkisinin karşılaştırıldığı çalışmada disparoni gelişme açısından fark saptanmamıştır ve bulgularımız literatür ile uyumludur.

SONUÇ

Epizyotomi ve spontan yırtık onarımında kullanılan sütür tekniklerinin perineal ağrıya ve disparoniye etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamındaki deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında demografik (yaş, eğitim durumu vb.) ve genel sağlık (ilaç kullanımı, sigara kullanma) özellikleri açısından istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 1, Tablo 2).

- Araştırmada her iki grupta bulunan kadınların büyük çoğunluğunun gebeliğini planladığı (%85,7) ve istenilen doğum şeklinin vajinal doğum olduğu (%96,4), tamamının (%100,0) doğum öncesi kontrollerini yaptırdığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4).

- Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında doğum eyleminin 1. 2. ve 3. evre süreleri, hemoglobin düzeyleri, vajinal tuşe sıklığı, ıkınma süresi, yenidoğan doğum ağırlığı ve baş çevresi uzunluğu ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5).

- Araştırma kapsamındaki katılımcıların tamamının (%100,0) doğumunu yaptıran profesyonelin ebe olduğu, vajinal kuruluşunun olmadığı, doğum eylemi sırasında lavman uygulanmadığı, doğum pozisyonunun litotomi olduğu, ikinci evrede valsalva tipi ıkınmanın desteklendiği görüldü. Ayrıca kadınların çoğunluğuna doğum indüksiyonu uygulandığı (%85,7) ve perine hijyeni eğitimi verildiği (%85,7) belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 6).

- Çalışmada sürekli sütür tekniği ile yapılan onarımın süresinin ($16,04\pm4,99$ dk) tek tek sütür tekniği ile yapılan onarımın süresinden ($23,46\pm3,29$ dk) daha kısa olduğu saptandı ve istatistiksel fark anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).

- Araştırmada sürekli sütür tekniği ile yapılan onarımda kullanılan materyal miktarının ($65,63\pm18,75$ cm) tek tek sütür tekniğine ($115,18\pm19,58$ cm) göre daha az olduğu belirlendi ve istatistiksel fark anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).

- Araştırmada epizyotomi bölgesinde kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yara kenarlarının birleşme durumunun değerlendirildiği REEDA Skalası puan ortalaması

sürekli sütür tekniği uygulanan grupta ($0,46\pm0,64$), tek tek sütür tekniği uygulanan gruba ($1,04\pm0,43$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha düşük bulundu ($p<0,05$). Buna göre sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre epizyotomi bölgesinin daha iyi yara iyileşmesi gösterdiği sonucuna varıldı. Ayrıca 10. gün ve 3. ayda her iki grupta da yeniden suture edilme ihtiyacı görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 9).

- Çalışmada doğum sonu ilk 24 saatte analjezi kullanma ihtiyacı sürekli sütür tekniği uygulanan grupta (%42,9), tek tek sütür tekniği uygulanan gruba (%82,1) göre daha düşük bulundu ($p<0,05$). Onuncu gün analjezi kullanım ihtiyaçları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

- Çalışmada sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların yarısından azı (%32,1), tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların ise çoğunluğu (%67,9) ilk 24 saatte perineal bölgedeki ağrının günlük yaşam aktivitelerini engellediğini bildirdi ve aralarındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Doğum sonrası 10. gün ve 3. ayda perineal ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisi saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

- Araştırmada sürekli sütür tekniği uygulanan kadınların daha düşük perineal ağrı yaşaması nedeniyle tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre bebek bakımında daha etkin oldukları saptandı ve istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Her iki grupta da 10. günde ve 3. ayda perineal ağrının bebek bakımını etkilemediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 10).

- Doğum sonrası ilk 24 saatte ve 10. günde, sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlarda, spontan olarak, yatma, oturma, yürüme ve emzirme sırasında, idrar yaparken ve palpasyonla algılanan perineal ağrı GKÖ puan ortalaması, tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha düşük bulundu ve istatistiksel farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$). Doğumdan sonra 3. ayda ise spontan olarak ve günlük aktiviteler sırasında katılımcıların tümünde perineal ağrı görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 11).

- Araştırmada doğum sonrası ilk 24 saat ve 10. günde deney grubunda olan kadınların MAÖ-KF duyuşsal ağrı alt puan ortalaması ve MAÖ-KF toplam puan ortalaması tek tek sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha düşük bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Gruplar arasında MAÖ-KF algısal ağrı alt puan ortalaması açısından fark bulunmadı ($p>0,05$). Üçüncü ayda ise ağrı bildirilmedi ($p>0,05$) (Tablo 12).

- Çalışmada katılımcıların epizyotomi uzunluğu ile algıladıkları perineal ağrı düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 14).

- Araştırmada tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların DSKÖ sosyo-kültürel konfor alt puan ortalamasının, psiko-spiritüel konfor alt puan ortalamasının ve fiziksel konfor alt puan ortalamasının sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlardan daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Ayrıca tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların DSKÖ'nden aldıkları toplam puanın diğer gruba göre daha fazla olduğu görüldü ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tek tek sütür tekniği uygulanan kadınların doğum sonu konfor düzeylerinin sürekli sütür tekniği uygulanan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 15).

- Sürekli sütür tekniği ve tek tek sütür tekniği arasında cinsel ilişkiye başlama zamanı ve cinsel ilişki sırasında algılanan ağrı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

ÖNERİLER

Araştırmada epizyotomi ve sponan yırtık onarımında kullanılan sürekli sütür tekniğinin tek tek sütür tekniğine göre üstünlüğünü bildiren sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ülkemizde daha yaygın uygulanan tek tek sütür tekniğinin yerini sürekli sütür tekniğinin alması için doğumhane çalışanlarına yönelik hizmet-içi eğitimler kapsamında bu yöntemin yararlarının, risklerinin ve uygulama tekniğinin öğretilmesi,

- Perineal travmanın anne ve dolaylı yenidoğan sağlığına etkisi göz önünde tutularak, doğum sırasında perinenin korunması ve doğum sonu dönemde perineal ağrının azaltılması ile ilgili yapılacak girişimler konusunda ebe ve hemşirelerin farkındalığının sağlanması,

- Sürekli sütür tekniğinin kadın sağlığına katkısı ve daha az kaynak kullanımı nedeniyle hastane politikası olarak sürdürülebilirliğinin hedeflenmesi,

- Sürekli sütür tekniğinin sağlık çalışanlarının mesleki eğitimleri sırasında uygulanan müfredat programlarında yer alması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Aasheim, V., Nilsen, A.B.V., Lukasse, M., Reinar, L.M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, Art. No: CD006672.
- Almeida, S.F.S., Riesco, M.L.G. (2008). Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(2), 272-9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2006). Episiotomy. Practice Bulletin No. 71. *Obstet Gynecol* 107, 957-62.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. Practice Bulletin No. 165. *Obstet Gynecol*, 128, e1–15.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). Operative Vaginal Delivery. Practice Bulletin No. 71. *Obstet Gynecol* 126, e56-65.
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, AH., Jones, PW. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137, 152–6.
- Arulkumaran, S., Penne, LK., Rao KB. (2005). *The Management of Labour*. 2. Edition, Chennai: Orient Longman Private Ltd, 251-55.
- Arkoç, E.G. (2013). Gömük 20 Yaş Dışı Çekimi Sonrası Ağrı Değerlendirmede Görsel Analog Skala ve Yüz İfadesi Skalası Karşılaştırması. Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı. Lisans Bitirme Tezi. İzmir.
- Aslan, E.F., Olgun, N. 2017. *Fizyopatoloji. Akademisyen Kitabevi, Ankara. (Dilek Aygün Enflamasyon, İmmün Yanıt Ve İyileşme 53)*
- Baksu, B., Davas, I., Akyol, A., Ozgöl, J., Ezen, F. (2008). Effect of timing of episiotomy repair on peripartum blood loss. *Gynecol Obstet Invest*, 65(3), 169-73.
- Başgöl, Ş., Beji, N.K. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 5(2), 32-39.
- Beckmann, M.M., Stock, O.M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No. CD005123.

- Bekdemir, Ö. (2013). Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Perineal Ağrının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Beksaç, M.S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (2001). Obstetrik Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara: Nobel.
- Boran, S.Ü., Cengiz, H., Erman, Ö., Erkaya, S. (2013). Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females. *Eurasian J Med*, 45: 176-80.
- Buhling, K.J., Schmidt, S., Robinson, J.N., Klapp, C., Siebert, G., Dudenhausen, J.W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124, 42–46.
- Calvert, S.S., Fleming, V.V. (2000). Minimizing postpartum pain: a review of research pertaining to perineal care in childbearing women. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 407-415.
- Carroli, G., Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art. No: CD000081.
- Chang, S.R., Chen, K.H., Lin, H.H., Chao, Y.M., Lai, Y.H. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.*, 48(4), 409-18.
- Chayachinda, C., Tirapant, V., Ungkanungdech, A. (2015). Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *J Sex Med*, 12, 1275–1282.
- Coutada, S., Silva, C.N., Rocha, A. (2014). Episiotomy: early maternal and neonatal outcomes of selective versus routine use. *Acta Obstet Ginecol Port*, 8(2), 126-134.
- Dahlen, H., Priddis, H., Schmied, V., Sneddon, A., Kettle, C., Brown, C., Thornton, C. (2013a). Trends and risk factors for severe perineal trauma during childbirth in New South Wales between 2000 and 2008: a population-based data study. *BMJ Open*, 3, 1-7.
- Dahlen, H.G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V., Tracy, S. (2013b). Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional. *Midwifery*, 29, 759–764.

- Dereli, T. (2016). Sütür malzemeleri ve sütür teknikleri. *Güncel Dermatoloji Dergisi*, 1(1), 24-33.
- East, E.C., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J., Forster, D. (2012). Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, 28, 93–97.
- Elharmeel, S.M., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., Driel, M.L. (2011). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev.*, 10, (8), CD008534.
- Fernando, R.J. (2007). Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*, 17, 8, 238-43.
- Friedman, A.M., Ananth, C.V., Prendergast, E., D'Alton, M.E., Wright, J.D. (2015a). Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. *Obstet Gynecol.*, 125(4), 927-37.
- Friedman, A.M., Ananth, C.V., Prendergast, E., D'Alton, M.E., Wright, J.D. (2015b). Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA*, 313, 197–9.
- Francisco, A.A., Oliveira, S.M.J.V., Silva, F.M.B., Bick, D., Riesco, M.L.G. (2011a). Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*, 27, e254–e259.
- Francisco, A.A., Oliveira, S.M.J.V., Santos, J.O., Silva, F.M.B. (2011b). Evaluation and treatment of perineal pain in vaginal postpartum. *Acta Paul Enferm*, 24(1), 94-100.
- Francisco, A.A., Kinjo, M.H., Bosco, C.S., Silva, R.L., Mendes, E.P.B., Oliveira, S.M.J.V. (2014). Association between perineal trauma and pain in primiparous women. *Rev Esc Enferm USP*, 48(Esp), 39-44.
- Fleming, V.E., Hagen, S., Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *BJOG*, 110, 684–9.
- Fodstad, K., Staff, A.C., Laine, K. (2014). Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *Int Urogynecol J.*, 25(12), 1629-37.
- Graham, ID., Carroli, G., Davies, C., Medves, JM. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. *BIRTH*, 32(3), 219-23.

- Grigoriadis, T., Athanasiou, S., Zisou, A., Antsaklis, A. (2009). Episiotomy and perineal repair practices among obstetricians in Greece. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106, 27–29.
- Güneri, E.S., (2015). Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 482-96.
- Güngör, İ., Rathfisch, G. (2009). Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 56-65.
- Handa, V.L. (2006). Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol.*, 30(5), 253-6.
- Hasanpoor, S., Bani, S., Shahgole, R., Gojzadeh, M. (2012). The effects of continuous and interrupted episiotomy repair on pain severity and rate of perineal repair: a controlled randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 1(3), 165-171.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). 19 Nisan 2011 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27910. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. Erişim tarihi: 03.12.2016.
- İslam, A., Hanif, A., Ehsan, A., Arif, S., Niazi, S.K., Niazi, A.K. (2013). Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc.*, 63(6), 696-701.
- Jena, L., Kanungo, S. (2015). A comparative study of continuous versus interrupted suturing for repair of episiotomy or second degree perineal tear. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 4(1), 52-55.
- Kalis, V., Laine, K., Leeuw, J., Ismail, K., Tincello, D. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*, 119, 522–526.
- Karaçam, Z., Eroğlu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4): 384–394.
- Karakaplan, S., Yıldız, H. (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (1), 55-65.
- Kebaili, S., Trigui, K., Louati, D., Smawi, M., Ben, H. S. et al. (2013). Continuous versus interrupted techniques for repair of mediolateral episiotomy: a prospective 6 months follow-up study. *Androl Gynecol*, 1, 4.
- Kellow, S.Y., Kamel, S., Al-Ani, H., Wahab, L. M. (2010). Continuous versus interrupted technique for repair of episiotomy. *Zanco J. Med. Sci.*, 14(3), 40-7.

- Kettle, C. Hills, R.K., Jones, P., Darby, L., Gray, R., Johanson, R. (2002). Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 2217–23.
- Kettle, C., Tohill, S.(2008). Perineal care. *Clinical Evidence*, 9, 1401.
- Kettle, C., Dowswell, T., Ismail, K.M.K. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art.No.:CD000947.
- Kindberg, S., Stehouwer, M., Hvidman, L., Henriksen, T. (2008). Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *BJOG*, 115, 472–479.
- Kokonali, D., Ugur, M., Kokonali, K.M., Karayalcın, R., Tonguc, E. (2011). Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.*, 284(2), 275-80.
- Kütük, MS., Özgün, MT., Uludağ, S. Dolanbay, M., Özdemir, F., Uysal, G., Öztürk, A. (2013). Rutin epizyotomi uygulamasının terk edilmesi: Erciyes Üniversitesi deneyimi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 23(3): 154-9.
- Latthe, P., Latthe, M., Say, L. Gülmezoglu, M. Khan, K.S. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 6(177), 1-7.
- Leeman, L., Spearman, M., Rogers, R. (2003). Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *Am Fam Physician*, 15, 68(8), 1585- 90.
- Lodge, F., Cooper, M.H. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery*, 24 (3).
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. (2006). *Maternity Nursing* (7th Edition). Elsevier Mosby: St.Louis.
- Mahmood, S., Anwar, S. (2013). Continuous Versus Interrupted Sutures for Episiotomy Wound Repair. *Journal of Surgery Pakistan (International)*, 18 (1), 7-11.
- Manzanares, S., Cobo, D., Moreno-Martínez, M.D., Sánchez-Gila, M., Pineda, A. (2013). Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth*, 40 (4), 307-11.

- Mamuk, R., Gençalp, N. S. (2013). Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. *International Journal of Human Sciences*, 10(2), 48-66.
- McDonald, E.A., Gartland, D., Small, R., Brown, S.J. (2015). Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*, 122, 672–679.
- Memon, H.U., Handa, V.L. (2013). Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond)*, 9(3), 265-77.
- Moore, E., Moorhead, C. (2013). Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 21(9), 616-620.
- Morris, A., Berg, M., Dencker, A. (2013). Professional's skills in assessment of perineal tears after childbirth—A systematic review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 7-15.
- Morano S., Mistrangelo E., Pastorino D., Lijoi D., Costantini S., Ragni N. (2006). A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. *J Minim Invasive Gynecol*, 13(5):457-62.
- National Institute For Health And Care Excellence (UK) (NICE) (2014). Intrapartum care for healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guidelines* 190. NICE: London. Erişim: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>. Erişim Tarihi 12.02.2015.
- National Institute For Health And Care Excellence (UK) (NICE) (2017). Care in second stage of labour. *Clinical Guidelines*. NICE: London. Erişim: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care>. Erişim Tarihi 12.02.2015.
- National Guideline Clearinghouse (NGC). (2011). Operative vaginal delivery. Erişim: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/25669> Erişim Tarihi: 22.07.2015.
- Oliveira, L.S. Brito, L.G.O., Quintana, S.M., Duarte, G., Marcolin, A.C. (2014). Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J*, 132(4), 231-8.
- Oral, E., Usta, A.T. (2016). *Kronik Pelvik Ağrı (Multidisipliner Yaklaşım)*. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara (Sedat Kadanalı, Rahime Nida Bayık, Disparoni 87).
- Özcan, H., Aslan, E. (2013). Doğum şekli ve doğum sonrası cinsel yaşam: Prospektif bir çalışma. *Androloji Bülteni*, 54(3): 219-221.

- Petrocnik, P., Marshall, J.E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*, 31, 274–279.
- Phillips, C., Monga, A. (2005) Childbirth and the pelvic floor: “the gynaecological consequences”. *Reviews in Gynaecological Practice*, 5, 15–22.
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines. (2012). Perineal care Erişim: www.health.qld.gov.au/qcg, Erişim tarihi: 22.02.2016.
- Rathfisch G., Dikencik, B.K., Kizilkaya, B.N., Comert, N., Tekirdag, A., Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640-9.
- Rathfisch, G., Beji, NK., Tekirdağ, Aİ., Aslan, H. (2011). Risk factors for perineal tears in normal vaginal births. *Geburtsh Frauenheilk*, 2011, 71: 677–682.
- Räsänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3), 348-56.
- Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists (RCOG) Guideline (2004). Methods and Materials Used in Perineal Repair, No. 23. Erişim: http://unmfm.pbworks.com/w/file/fetch/81069629/perineal_repair-RCOG.pdf. Erişim Tarihi: 22.07.2015.
- Royal College of Midwives (RCM). 2012a. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour third stage of labour. Erişim: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Third%20Stage%20of%20Labour.pdf>. Erişim Tarihi: 22.07.2015.
- Royal College of Midwives (RCM). 2012b. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour suturing the perineum. Erişim: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Suturing%20the%20Perineum.pdf>. Erişim Tarihi: 22.07.2015.
- Royal College of Midwives (RCM) (2012). Care of the Perineum. Erişim: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Care%20of%20the%20Perineum.pdf>. Erişim Tarihi: 22.07.2015.
- Safarinejad, M.R., Kolahi, A.A., Hosseini, L. (2009). The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med*, 6, 1645–1667.

- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014) 22.05.2014 Tarihli Resmi Gazete, Sayı:29007. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>. Erişim Tarihi:03.12.2016
- Sanders, J., Peters, T.J., Campbell, R. (2005). Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*, 21(2), 154-60.
- Saymer, FD., Demirci, N. (2007). Prenatal perineal masajın vaginal doğumlarda etkinliği. *I.Ü.F.N. Hem. Derg*, 15(60): 146-54.
- Seijmonsbergen, S.A.E., Sahami, S., Lucas, C., Jonge, Ad. (2015). Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: a systematic review. *Birth*, 42(2), 100-15.
- Shahraki, A.D., Aram, S., Pourkabirian, S., Khodae, S., Choupannejad, S. (2011). A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci*, 16(12), 1583-9.
- Shen, Y.C., Sim, W.C., Caughey, A.B., Howard, D.H. (2013) Can major systematic reviews influence practice patterns? A case study of episiotomy trends. *Arch Gynecol Obstet*, 288,1285–1293.
- Steege, J.F., Zolnoun, D.A. (2009). Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol*, 113, 1124–36.
- Steen, M. (2010). Care and consequences of perineal trauma. *British Journal of Midwifery* 18(11), 711-15.
- Sule, S.T., Shittu, S. O. (2003). Puerperal complications of episiotomies at Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Zaria, Nigeria. *East African Medical Journal*, 80(7), 351-6.
- Sultan, A.H, Thakar, R., Fenner, D.E. (2007). *Perineal and Anal Sphincter Trauma*. London: Springer-Verlag.
- Suzuki,S., Satomi, M.(2010). Episiotomy in the United States: has anything changed?. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
- Şahin, N. (2009). Kadınlarda postpartum dönemde cinsel yaşam. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(3): 125-30.

- Şenol, D.K., Aslan, E. (2015). Normal Doğum Sonrası Perinenin Değerlendirilmesi. HEAD. 2015; 12(1): 7-10.
- Taşkın, L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Tayrac, R., Panel, L., Masson, G., Mares, P. (2006). Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 35 (1), 24-31.
- Trinh, A.T., Roberts, C.L., Ampt, A.J. (2015). Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. BMC Pregnancy and Childbirth, 15 (101), 1-6.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016). İşgücü İstatistikleri. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21573>. Erişim Tarihi: 12.03.2016
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim Tarihi: 12.03.2016
- Üstünsöz, A. (1996). Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Valenzuela, P., Saiz, P. M., Valero, J., Azorín, R., Ortega, R., Gujjarro, R. (2009). Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG, 116, 436–441.
- Varney, H., Kriebs, J.M., Geger, C.I. (2004). Varney's Midwifery (4. Edition). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K.N., Gartlehner, G., Thorp, J.J. (2005). The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evidence Report/Technology Assessment No. 112.
- Walsh, L.V. (2001). Midwifery: Community-Based Care During The Childbearing Year. Pennsylvania: W. B. Saunders Company.
- Way, S. (2012) A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. Midwifery 28, 12–19.

- Webb, S., Sherburn, M., Ismail, K.M.K. (2014). Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ*, 349.
- Weber, A.M., Meyn L. (2002). Episiotomy use in the United States, 1979-1997. *Obstet Gynecol*, 100(6), 1177-82.
- Yılmaz, SD., Vural, G., Bodur, S. (2010). Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolin İyileşme Sürecine Etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 172-177.
- Zaksek, T.S. (2015). Sexology in midwifery, sexual activity during pregnancy in childbirth and after childbirth. Erişim: <http://www.intechopen.com/books/sexology-in-midwifery>. Erişim Tarihi: 22.05.2015.

FORMLAR

Ek 1: Eğitim Materyali

EPİZYOTOMİ VE İKİNCİ DERECE YIRTIKLARIN ONARIMI

MELTEM AYDIN BEŞEN

- Epizyotomi (perineotomi) doğum sırasında vaginal açıklığın genişletilmesi için perineye yapılan bir kesidir.
- Rutin olarak yapılmaz.
- Doğumu kolaylaştırabilir.

- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**, vajinal doğum sırasında maternal laserasyonlara karşı koruma ve doğumu kolaylaştırma veya hızlandırma gibi maternal ve fetal durumlarda epizyotominin kullanılabileceğini, ancak gerekmedikçe kullanımın sınırlandırılmasını önermektedir.
- **American College of Nurse-Midwives (ACNM)**, genellikle vaginal doğumda epizyotomiye gereksinim olmadığını, ancak bazen bakım sağlayan kişilerin bebeğin hızlı bir şekilde doğurtulması gerektiği durumlarda epizyotomiyi önerdiğini belirtmektedir.

Endikasyonları

- Profilaktik: Pelvik taban bütünlüğünü korumak
- Perine direnci nedenli ilerlemenin durması
 - Kalın ve fazlaca adaleli doku
 - Operasyon skarları
 - Önceki epizyotomi
- Kontrol dışı yırtıklardan kaçınmak
- Prematür ve sağlıklı fetüs
- İri bebek
- Pozisyon bozuklukları (Oksiput posterior, yüz geniş vb.)
- Fetal distres
- Operatif vajinal doğum
- Prezantasyon bozuklukları (Omuz distosisi, makat prezantasyon vb.)

UYGULAMA -1

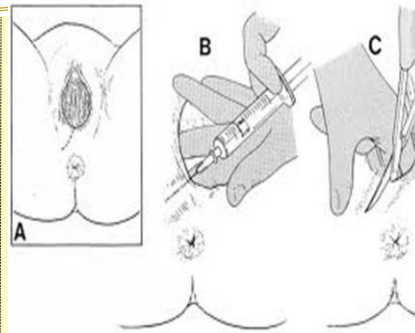
Epizyotomi uygulama yeri ve yönüne göre ikiye ayrılır:

- Median: Kanlanması az olan perineal body kesildiğinden daha az kanamaya neden olur. Ayrıca onarımı daha kolay, daha az ağrı ve daha iyi iyileşme gösterir. En büyük dezavantajı 3-4. derece perine laserasyonlarıdır.



UYGULAMA-2

- Mediolateral: Sırasıyla cilt ve ciltaltı, vajinal mukoza, bulbokavernöz kası ve ürogenital septum, pelvik diyaframın süperior fasyası, derin kesilerde levator ani kasının puborektalis alt kısımları kesilir.



UYGULAMA -3 Epizyotominin zamanlaması

- Epizyotomi çok geç yapıldığında, uygulama yırtıkları önleyemeyeceği gibi pelvik tabanı da korumayacaktır.
- Çok erken yapıldığında ise kesi gereksiz kan kaybına neden olacaktır.
- Epizyotominin zamanlaması; perine kabardığında, kontraksiyon sırasında fetal başın 3 ile 4 cm'lik açıklıktan görülebildiğinde yapılmalıdır.

ÖNCESİ

TAÇLANMA

SONRASI



ONARIM-1

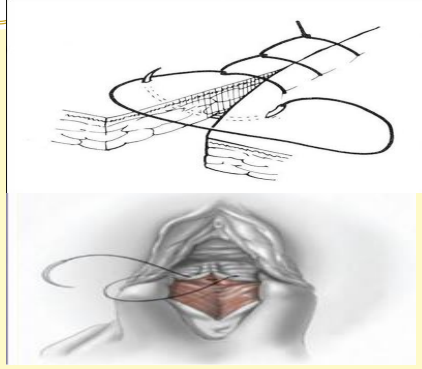
- Epizyotomi ya da ikinci derece yırtıkların onarımı cilt, mukoza ve tabanı oluşturan kas tabakasını kapsar.
- Onarıma başlamadan önce alan temizlenir. Bazı klinisyenler alanın temiz kalması için vajinanın derinine nemlendirilmiş gazlı bez yerleştirebilmektedir.

ONARIM-2

- 10 ml %0.05 Lidocain ile yeterli anestezi sağlanır.
- Onarıma vajinadan başlanır ve yaranın tepe noktası belirlenir.
- Yaklaşık 1 cm üstünden 2-0 kromik katkı suture materyali ile bir suture koyulur ve düğümленir.
- Bu aşamadan sonra tek tek suture tekniğinin ya da sürekli suture tekniğinin işlem basamakları uygulanır.

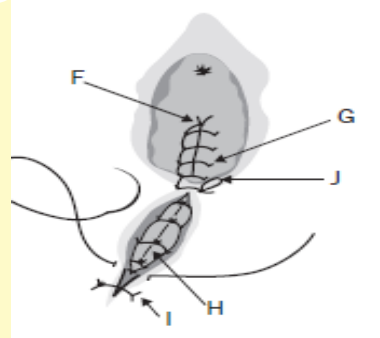
Tek tek suture tekniği (Interrupted suture technique) -1

- Kilitli sürekli suture tekniği (iğne her defasında ip halkasının içinden geçirilerek) ile vajina himen halkası önüne kadar yaklaşık 0.5 cm aralıklar ile suture edilerek kapatılır.
(Şekil- 1a, b)



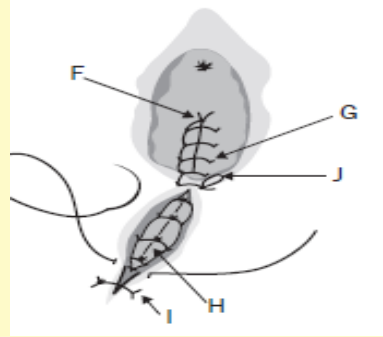
Tek tek suture tekniği (Interrupted suture technique) -2

- Vajinanın onarımı himen halkasının hemen önünde atılan suture düğümленmesi ile sonlandırılır.
- (Şekil 2 (J))



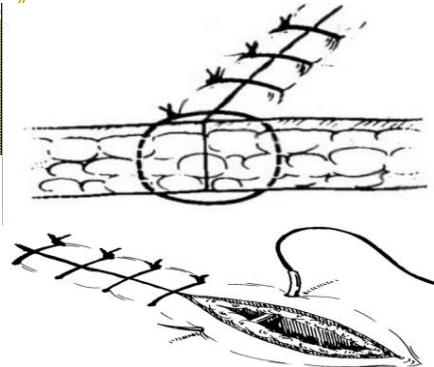
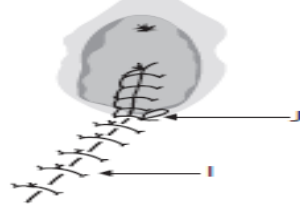
Tek tek suture tekniği (Interrupted suture technique) -3

- Daha sonra perine kasları 2-0 kromik katküt üç ya da dört tek tek dikiş atılıp düğümlenerek birbirine yaklaştırılır. (Şekil-3 (H))



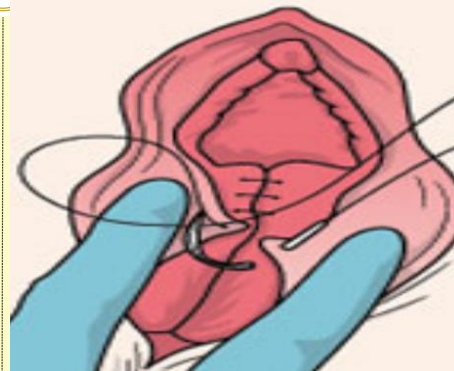
Tek tek suture tekniği (Interrupted suture technique) -4

- Son olarak cilt ve cilt altı yaklaşık 0.5 cm lik aralıklar ile 3-0 kromik katküt kullanılarak tek tek suture ile kapatılır.
- Doku kenarlarının karşılıklı gelmesine dikkat edilmelidir. (Şekil-4a,b,c)



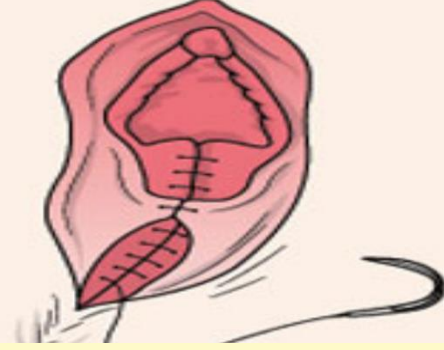
Kilitsiz sürekli suture tekniği-1 (Continuous non-locking technique)

- Vajinal kesi kilitleme yapılmadan yaklaşık 0.5 cm suture aralıkları ile himen halkası önüne kadar sürekli suture tekniği ile kapatılır.
- Ardından düğüm kullanılmadan perine onarımına geçilir (Şekil-5)



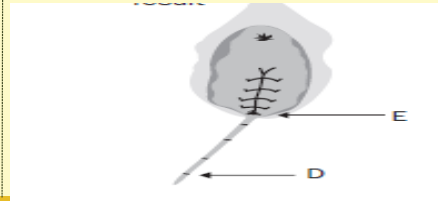
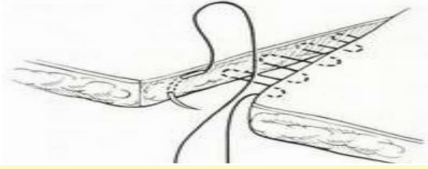
Kilitsiz sürekli suture tekniği-2 (Continuous non-locking technique)

- Benzer şekilde perine kasları da kilitsiz ve düğümlenme yapılmaksızın sürekli suturelar ile birbirine yaklaştırılır (Şekil-6).

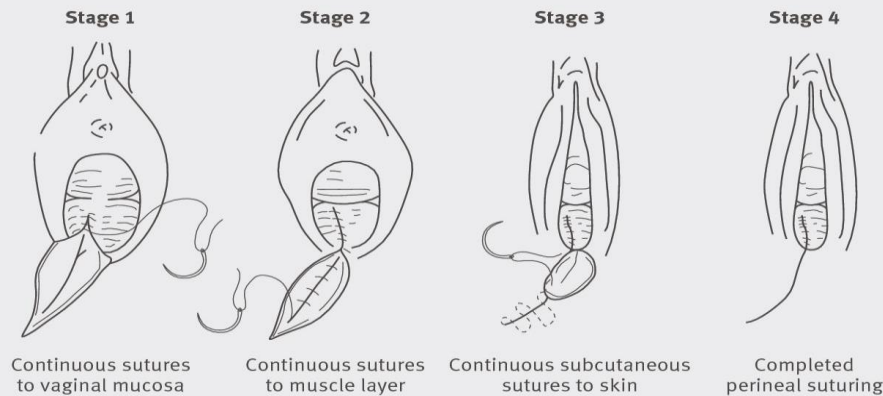


Kilitsiz sürekli suture tekniği-3 (Continuous non-locking technique)

- Daha sonra deri kenarlarının birkaç milimetre altındaki subkutan dokunun sürekli suture tekniği kullanılarak birleştirilmesi ile cilt kapatılır (Şekil 7, Şekil 8 (D)).
- Onarım, himen halkasının hemen önünde terminal düğüm ile sonlandırılır (Şekil 8 (E)).



Kilitsiz sürekli suture tekniği-4 (Continuous non-locking technique)



Kaynaklar-1

- Walsh LV. (2001). Midwifery community-based care during the childbearing year. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Kettle, C., Hills, RK., Jones, P., Darby, L., Gray, R., Johanson, R. (2002). Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet, 359: 2217–23.
- Kindberg, S., Stehouwer, M., Hvidman, L., Henriksen, TB. (2008). Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG, 115: 472–9.
- Kettle, C., Dowswell, T., Ismail, KMK. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or seconddegree tears. CochraneDatabase of Systematic Reviews, 11, CD000947.

Kaynaklar-2

- Tohill, s., Kettle, c. How to suture correctly. Erişim: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/how-to-suture-correctly>.
- Posner GD., DY, J., Black AY., Jones GD. (2014) Oxorn-Foote Eylem &Doğum. Çeviri: Demir, C., Güleç, ÜK. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Dönmez S, Sevil Ü. Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliğı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3):105-12.

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

Sayın Gebe, bu araştırma Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı ve İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisi olan Meltem AYDIN BEŞEN tarafından planlanmıştır. Araştırmanın amacı doğumda açılan kesinin tamiri için kullanılan dikiş tekniğinin doğumdan sonra ağrınıza etkisi olup olmadığını araştırmaktır. Bu araştırmanın yapılabilmesi için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Mersin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Çalışmanın başlangıcında tanıtıcı özelliklerinizi, genel sağlık durumunuzu ve gebelik bilgilerinizi içeren, cevaplama süresi 10 dk. olan bir form doldurulacaktır. Hastanedeki doğum takibiniz ve doğum sonu süreçteki uygulamalar rutin uygulamalar olacaktır ve hastane çalışanı (doktor veya ebe) tarafından yapılacaktır. Bu çalışmada uygulamada olan dikiş tekniklerinden herhangi birisi kullanılarak tamiriniz gerçekleştirilecektir ve tekniklerin doğum sonu ağrıya etkisi olup olmadığı araştırılacaktır. Araştırmacı Meltem AYDIN BEŞEN, dikiş tekniğinin doğum sonu süreçte ağrınıza etkisini ve yara iyileşimini sizinle yaklaşık 5-7 dk. süren görüşme ile değerlendirecektir. Ayrıca hastane taburculuğu öncesi doğum sonu rahatınızı belirlemek amacı ile cevaplama süresi 10 dk. olan bir form daha doldurulacaktır. Bir sonraki aşamada doğum sonu 10. günde telefonla ve 3. ayda telefonla araştırmacı tarafından size ulaşılacak ve yaklaşık 5-7 dk. süren görüşme yapılacaktır. Bu görüşmede ağrı düzeyini ve özelliğini içeren sorular yer alacaktır. Siz de araştırma ile ilgili 0 536 788 35 30 telefon numarasından 24 saat araştırmacı Meltem AYDIN BEŞEN'e ulaşabilirsiniz. Araştırmaya tahmini 54 kişi katılacaktır.

Araştırma sonuçları doktora tezi için ve bilimsel yayın amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır ve tek sorumluluğunuz yöneltlen soruları uygun gördüğünüz şekilde cevaplamaktır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu durumda herhangi bir suçlama ile karşılaşmayacağınız gibi, sorumluluk ve cezalandırma söz konusu değildir. Ayrıca almış olduğunuz tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Kimliğiniz yalnızca araştırmacı tarafından bilinecektir. Araştırma sonuçları açıklanırken kişilerin kimliği

deşifre edilmeyecektir. Bu çalışmaya gönüllü olmanızın karşılığında size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sezaryen ameliyatı gibi acil durumların olması, bebeğiniz ya da sizin sağlık durumunuzun bozulması, epizyotomi kesisinin açılmaması veya sevk gibi durumlarda araştırmaya katılımınız sona erecektir.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum

Gönüllünün Adı Soyadı:

Öğr. Gör. Meltem AYDIN

BEŞEN

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Ek 3: KATILIMCI TANITIM FORMU

Araştırmada yer aldığı grup: ()Sürekli Sütür Tekniği ()Tek Tek Sütür Tekniği

Ad Soyad: **Protokol No:** **Adres ve Telefon No:**

1.Yaşınız:

() 18-24 yas () 25-29 yas () 30-34 yas () 35 - 39 ()39 ↑ Yas

2.Eğitim Durumunuz:

()Okur-yazar ()İlköğretim ()Lise ()Üniversite ve ↑

3.Mesleğiniz: ()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Diğer.....

4.Eşinizin mesleği: ()Serbest meslek ()İşçi ()Memur ()Diğer.....

5.Evlilik yaşıınız:.....

6.Sosyal güvencesiniz: ()Var..... ()Yok

7.Sürekli kullandığınız bir ilaç: ()Var..... ()Yok

8.Sigara kullanımı: ()Var:.....adet/gün ()Yok

9.Obstetrik öykü:

Gebelik sayısı: **Düşük/Küretaj sayısı:**

10.Gebeliğiniz planlı/istenen bir gebelik miydi?

()Evet ()Hayır

11.Gebeliğinizde doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?

()Evet (..... kez) ()Hayır

12.Gebeliğinizde doğum öncesi kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

()Uzman Hekim ()Ebe/Hemşire ()Aile Hekimi

13.Mevcut gebelik haftası.....**14.İstediğiniz doğum şekli nedir?**

()Vajinal doğum ()Sezaryen doğum

15.Doğum dikişlerine evde nasıl bakacağınız size anlatıldı mı?

()Evet ()Hayır

16.Bu bilgi size kim tarafından verildi?

() Hekim ()Ebe/Hemşire ()Öğrenci ebeler

Ek 4: DEĞERLENDİRME FORMU**1. DOĞUM EYLEMİ DEĞERLENDİRME FORMU**

Doğum eyleminin başlama saati:.....

Doğum eyleminin bitiş saati:.....

Doğumun 1. Evresinin süresi:.....

Doğumun 2. Evresinin süresi:.....

Doğumun 3. Evresinin süresi:.....

Doğum eyleminin birinci evresinde gebenin hemoglobin düzeyi:g/dl

Vajinal tuşe sıklığı:.....

Vajinal kuruluk durumu: () Evet () Hayır

Doğum eylemi sırasında indüksiyon uygulaması: () Evet () Hayır**Doğum eylemi sırasında lavman uygulaması:** () Evet () Hayır

Doğum pozisyonu:.....

Doğum pozisyonunda kalınan süre:.....dk.

Doğum eyleminde kullanılan ıkınma tipi: () Spontan () Valsalva

İkınma süresi:.....dk.

Doğumu yaptıran kişinin mesleği: () Hekim () Ebe

Yenidoğan doğum ağırlığı:..... gr

Yenidoğan baş çevresi:..... cm

Perineal travmanın durumu:

() Spontan yırtık

() Epizyotomi

() Epizyotomi + Spontan

yırtık

Epizyotominin uzunluğu: cm**Epizyotominin yeri:**

() Median

() Median Lateral

() Lateral

Epizyotomi uygulanmadan spontan yırtıkların yer ve derecesi:

..... Yönünde

..... Derecede

Diğer laserasyonun varlığı:

() Vajen

() Serviks

() Perine epizyotomi hattını aşmış

Epizyotominin açık kalma süresi:.....

Onarım süresi:..... dk.

Onarımda kullanılan materyal (katgüt) miktarı:.....cm

2. DOĞUM SONRASI DEĞERLENDİRME FORMU

İlk 24 saat içinde	Spontan ağrı GKÖ puanı ()	Analjezi kullanma ihtiyacı ()	REEDA puanı ()
10. günde	Spontan ağrı GKÖ puanı ()	Analjezi kullanma ihtiyacı ()	Yeniden sütüre edilme()
3. ayda	Spontan ağrı GKÖ puanı ()	Analjezi kullanma ihtiyacı ()	Yeniden sütüre edilme()

İlk 24 saat içinde	GKÖ puanı	10. günde	GKÖ puanı	3. ayda	GKÖ puanı
Yatarken		Yatarken		Yatarken	
Otururken		Otururken		Otururken	
Yürürken		Yürürken		Yürürken	
Emzirme sırasında		Emzirme sırasında		Emzirme sırasında	
İdrar yaparken		İdrar yaparken		İdrar yaparken	
Defekasyon sırasında		Defekasyon sırasında		Defekasyon sırasında	
Palpasyonla		Palpasyonla		Palpasyonla	

McGill Ağrı Anketi (Kısa Form) (McGill Pain Questionnaire; MPQ)

Aşağıdaki maddelerden yararlanarak ağrınızı tarifleyiniz. Ağrı seviyesi ile uyumlu olarak sütunu işaretleyiniz. Sadece perineal ağrıyı dikkate alınız.

Ağrı Tipi	İlk 24 saat				10. gün				3. ay			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Zonklama, çarpıntı gibi												
Sıçrayan, fırlayan tarzda												
Bıçaklama, delinme gibi												
Keskin, kesiliyor gibi												
Kasılır tarzda												
Kemirici, çekiştirici												
Sıcaklık veren, yakıyor gibi												
Acı veren												
Künt, yoğun tarzda												
Hassasiyet şeklinde												
Keskin, şiddetli												
Yorucu, yıpratıcı												
Bıktırıcı, tiksindirici												
Endişe-korku veren, korkunç												
Dayanılmaz eziyet çektiren												

Ağrı Seviyesi: 0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Ağır

Perineal bölgenizdeki ağrı yeme-içme, boşaltım, kişisel bakım gibi günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmenize engel oluyor mu?

İlk 24 saat içinde		10. günde		3. ayda	
()Evet	()Hayır	()Evet	()Hayır	()Evet	()Hayır

Perineal bölgenizdeki ağrı bebeğinizin bakımını gerçekleştirmenize engel oluyor mu?

İlk 24 saat içinde		10. günde		3. ayda	
☐ Evet	☐ Hayır	☐ Evet	☐ Hayır	☐ Evet	☐ Hayır

3. DİSPARONİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Cinsel ilişkiye başladınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır (Nedeni.....)

2. Doğumdan kaç gün sonra başladınız?

3. Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?

☐ Evet (GKÖ puanı) ☐ Hayır

4. Cinsel ilişki sırasında ağrınız ne sıklıkla oluyor?

☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sıklıkla ☐ Her zaman

5. Cinsel ilişki sırasında ağrınız nerede oluyor?

☐ Vajina girişinde ☐ Vajinanın derinlerinde ☐ Alt karn bölgesinde ☐ Diğer....

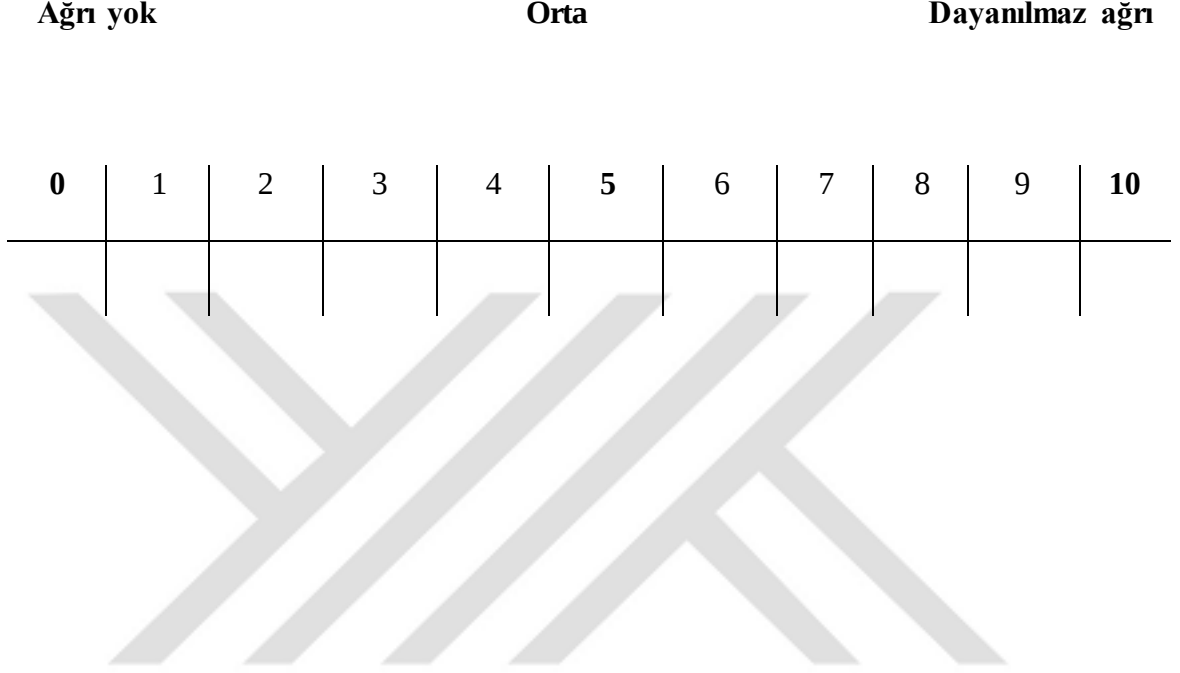
6. Cinsel ilişki sırasındaki ağrınız cinsel yaşamınızı nasıl etkiliyor?

McGill Ağrı Anketi (Kısa Form) (McGill Pain Questionnaire; MPQ)

Aşağıdaki maddelerden yararlanarak ağrınızı tarifleyiniz. Ağrı seviyesi ile uyumlu olarak sütunu işaretleyiniz. Sadece perineal ağrıyı dikkate alınız.

Ağrı Seviyesi

Ağrının Tipi	Yok(0)	Hafif(1)	Orta(2)	Ağır(3)
Zonklama, çarpıntı gibi				
Sıçrayan, fırlayan tarzda				
Bıçaklama, delinme gibi				
Keskin, kesiliyor gibi				
Kasılır tarzda				
Kemirici, çekiştirici				
Sıcaklık veren, yakıyor gibi				
Acı veren				
Künt, yoğun tarzda				
Hassasiyet şeklinde				
Keskin, şiddetli				
Yorucu, yıpratıcı				
Bıktırıcı, tiksindirici				
Endişe-korku veren, korkunç				
Dayanılmaz eziyet çektiren				

Ek 5: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

EK 6: McGill Ağrı Anketi (Kısa Form) (McGill Pain Questionnaire; MPQ)

Aşağıdaki maddelerden yararlanarak ağrınızı tarifleyiniz. Ağrı seviyesi ile uyumlu olarak sütunu işaretleyiniz. Sadece perineal ağrıyı dikkate alınız.

Ağrı Tipi	İlk 24 saat				10. gün				3. ay			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Zonklama, çarpıntı gibi												
Sıçrayan, fırlayan tarzda												
Bıçaklama, delinme gibi												
Keskin, kesiliyor gibi												
Kasılır tarzda												
Kemirici, çekiştirici												
Sıcaklık veren, yakıyor gibi												
Acı veren												
Künt, yoğun tarzda												
Hassasiyet şeklinde												
Keskin, şiddetli												
Yorucu, yıpratıcı												
Bıktırıcı, tiksindirici												
Endişe-korku veren, korkunç												
Dayanılmaz eziyet çektiren												

Ağrı Seviyesi 0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Ağır

Ek 7: Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA)

PUAN	KIZARIKLIK	ÖDEM	EKİMOZ	AKINTI	YARA KENARLARINDA YAKLAŞMA
0	Hiç Yok	Hiç Yok	Hiç Yok	Hiç Yok	Hiç Ayrılma Yok
1	İnsizyonun bilateral 0.25 cm içinde	Perinede insizyonda 1cm'den az	Bilateral 0.25cm veya unilateral 0.5cm	Serum	Deri ayrılması 3 mm veya daha az
2	İnsizyonun bilateral 0.5 cm içinde	Perinede ve/veya vulvada 1-2 cm arasında	Bilateral 0.25-0.5 cm arası unilateral 0.5-2cm	Sulu kanlı	Deri ve subkütan yağ dokusu ayrılıyor
3	İnsizyonun bilateral 0.5 cm ötesinde	Perinede ve/veya vulvada 2 cm'den büyük	Bilateral 1 cm'den unilateral 2 cm'den büyük	Kanlı pürülan	Deri, subkütan yağ ve fascia tabakaları ayrılıyor

REEDA Skalası İzlemi

Belirti	Kızarıklık	Ödem	Ekimoz	Akıntı	Yara Kapanması
Puan					

Ek-8: DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

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

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

15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					



Ek 9: DSKÖ KULLANIM İZNİ

"Doğum Sonu Konfor Ölçeği"nin kullanım izni hakkında



meltem aydın <meltemaydin80@gmail.com>

11.08.2015



Alıcı: heryilmaz

Sayın Doç.Dr. Hatice Yıldız,

Doç.Dr. Gülay RATFICH'in danışmanlığında yapacağım "Epizyotomi ve Perine Yırtığı Onarımında Kullanılan Sütur Tekniklerinin Perineal Ağrı ve Disparoniye Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmamda Selma Karakaplan ile geliştirdiğiniz "Doğum Sonu Konfor Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz.

Gerekli iznin verilmesi hakkında isteğimi bilgilerinize sunarım. Saygılarımla.

Meltem AYDIN BEŞEN

İ. Ü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Programı Öğrencisi



heryilmaz <heryilmaz@marmara.edu.tr>



11.08.2015



Alıcı: bana

Sayın Beşen

Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ni doktora tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ekte gönderiyorum.

Kolaylıklar dilerim

Sevgilerimle,

2 Ek



EK 10: ETİK KURUL KARARI

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 78017789/050.01.04/361
Konu : Etik Kurul

09/10/2015

Sayın. Öğr. Gör. Meltem AYDIN BEŞEN
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Ana Bilim Dalı Öğretim Görevlisi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Epizyotomi ve Perine Yırtığı Onarımında Kullanılan Sütür Tekniklerinin Perineal Ağrı ve Disparoniye Etkisi" adlı araştırmaya ilişkin 08/10/2015 tarihli ve 2015/311 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 08/10/2015 tarihli ve 2015/311 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (2 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 03243610001-4417 Fax :
e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr



MEÜ.ID.FR-001/03

Sayfa ../.

Yayın Tarihi : 22 / 11 / 2013

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
08/10/2015	18	311

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Ana Bilim Dalı Öğr. Gör. Meltem AYDIN BEŞEN'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Epizyotomi ve Perine Yırtığı Onarımında Kullanılan Sütür Tekniklerinin Perineal Ağrı ve Disparoniye Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 02/10/2015 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yardımcısı

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Raportör

İmza
Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK
Üye

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

(Katılamadı)
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılamadı)
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

Ek 10: KURUM İZNİ

02/11 2015 16:08 FAX 03243373499

MERSİN KHB GENEL SEKRETER

0002/0002



T.C. Sağlık Bakanlığı



ÇANAKKALE

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Mersin İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

Sayı : 43266470-770

26.10.2015*018055

/10/2015

Konu : Araştırma İzni

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı**

İlgili : 16/10/2015 tarih ve 89881 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza istinaden Üniversiteniz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç Dr. Gülay RATHFİCH'in danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Meltem AYDIN BEŞER'in " Epizyotomi ve Perine Yırtığı Onarımında Kullanılan Sürtür Tekniklerinin Perineal Ağrı ve Disparoniye Etkisi " konulu araştırmasının uygulama safhası için Üniversitenizin talep yazısı incelenmiş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması ve yapılacak çalışma sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu uygulamanın Tarsus Devlet Hastanesinde yapılmasına Genel Sekreterliğimizce müsaade edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim,

Uzm.Dr.Memrişine ÇAMSARI
Genel Sekreter

n /

Mersin KHB Genel Sekreterliği
Ayrıntılı bilgi için iribat : Eğitim birimi
Nusratiye mah. Kuvayı Milliye Cad. No:132 AKDENİZ

Tel:(0324)3373692-135

Fax:(0324)3373499