



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ANNELERİN VE DOĞUMHANE ÇALIŞANLARININ DOĞUM
POZİSYONLARI VE PERİNE TRAVMASI İLE İLİŞKİLİ
GÖRÜŞLERİ**

KÜBRA AYDIN

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Kübra AYDIN
Tez Başlığı : Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonları
ve Perine Travması ile İlişkili Görüşleri
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 24.05.2018

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

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Filiz OKUMUŞ

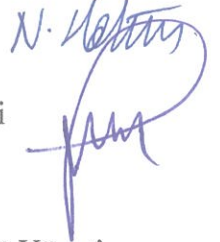
İstanbul Medipol Üniversitesi



Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Nevin HOTUN ŞAHİN

İstanbul Üniversitesi



Dr.Öğr.Üyesi Lebriz Hale

İstanbul Medipol Üniversitesi

AKTÜN TAMER

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 29./05./2018. tarih ve ...2018.../...21... - ...06... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



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 olmadığını beyan ederim.

KÜBRA AYDIN



TEŞEKKÜR

“Annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması ile ilişkili görüşleri” konulu tez çalışmamın gerçekleşmesinde;

Tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş’a,

Tez çalışması süresince bilgi ve tecrübelerini eksik etmeyen Doç. Dr. Kerem Doğa Seçkin’e, Doç. Dr. Burak Yücel’e,

İstatiksel analizlerin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Dr. Berna Aslan Çetin’e,

Yüksek Lisans eğitimimde her zaman destekçim olan Dr. Şahin Kalkan’a,

Literatür okumam da yardımlarını esirgemeyen Öğr. Gör. Rıdvan Akdoğan’a, Öğr. Gör. Ahmet Akkoca’ya

Tez süresi boyunca desteklerini eksik etmeyen tüm çalışma arkadaşlarıma,

Daima yanımda olan her konuda desteğini esirgemeyen ilgi ve desteklerini eksik etmeyen haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme, babama ve kardeşim İsmail Aydın’a sabır, destek ve güvenleri için

SONSUZ TEŞEKKÜR EDİYORUM.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Doğum Eylemi	7
4.1.1. Doğumun Birinci Evresi	8
4.1.2. Doğumun İkinci Evresi	8
4.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi	9
4.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi	9
4.2. Normal Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar ..	9
4.2.1. Yan Yatma Pozisyonu	10
4.2.2. Sallanma Pozisyonu	11
4.2.3. Ayakta Durma Pozisyonu	11
4.2.4. Yürüme.....	11
4.3. Normal Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar ..	12
4.3.1. Çömelme Pozisyonu	14
4.3.1.1. Destekle çömelme pozisyonu.....	15
4.3.1.2. Tuvalet üstünde, doğum sandalyesi ya da taburesine oturma pozisyonu	16

4.3.1.3. Destekle ayakta çömelme pozisyonu	16
4.3.2. Yarı yatar pozisyon	17
4.3.3. Sol Yan Yatma Pozisyonu (Sim's Pozisyonu).....	17
4.3.4. El-diz pozisyonu.....	18
4.3.5. Diz- göğüs pozisyonu.....	19
4.4. Normal Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonların Etkileri.....	19
4.5. Doğum Pozisyonları ile İlgili Ebelerin Sorumlulukları	21
4.6. Doğum Pozisyonlarının Tarihçesi	27
4.7. Doğum Masalarının Gelişimi.....	30
4.8. Litotomi Pozisyonu	31
4.8.1. Litotomi Pozisyonunda Ebelerin Yapması Gerekenler.....	32
4.9. Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi.....	33
4.10. Epizyotomiye Bağlı Ortaya Çıkabilecek Sorunlar	35
4.10.1. Epizyotomi ve Ağrı	35
4.10.2. Epizyotomi ve Cinsel Yaşam	35
4.10.3. Epizyotomi ve Anne-Bebek İletişiminin Başlatılması.....	36
4.10.4 Epizyotomide, Yara İyileşmesi ve Komplikasyonları	36
5. METOD VE MATERYAL.....	39
5.1. Araştırmanın Tipi	39
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	39
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
5.3.1. Örneklem seçim kriterleri	40
5.3.2. Araştırma dışı bırakılma kriterleri.....	40
5.3.3. Araştırma akış şeması.....	41
5.4. Araştırmanın Soruları.....	42

5.5. Veri Toplama Araçları	42
5.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	42
5.5.2. Çalışanlar Veri Toplama Formu.....	42
5.6. Veri Toplama Aşamaları	43
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	43
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
5.9. Araştırmanın Süresi.....	44
5.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar	44
6. BULGULAR	45
6.1. Araştırmaya Katılanların Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	46
6.2. Araştırmaya Katılanların Doğum Pozisyonları Görüşlerine İlişkin Bulgular..	51
6.3. Araştırmaya Katılanların Epizyotomi Uygulaması ve Perine Travmalarına İlişkin Bulgular	58
7. TARTIŞMA	67
7.1. Araştırmaya Katılanların Özelliklerine İlişkin Bulgular Tartışılması.....	68
7.2. Araştırmaya Katılanların Doğum Pozisyonları Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
7.3. Araştırmaya Katılanların Epizyotomi Uygulaması ve Perine Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	74
8. SONUÇLAR	80
9. KAYNAKLAR	84
10. EKLER.....	94
11. ETİK KURUL ONAYI	102
12. ÖZGEÇMİŞ.....	105

KISALTMALAR LİSTESİ

ACNM	: American College of Nurse-Midwives
ACOG	: American Congress of Obstetricians and Gynecologists
AWHONN	: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
CIMS	: Coalition For Improving Maternity Services
EFM	: Elektronik Fetal Monitör
FKA	: Fetal Kalp Atımı
M.Ö	: Milattan önce
NICE	: National Institute For Health And Care Excellence
NST	: Non Stress Test
TAYA	: Türkiye Aile Yapısı Araştırması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 6.1.1. Doğumhane Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri.....	46
Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	47
Tablo 6.1.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tıbbi ve Obstetrik Öyküsü	48
Tablo 6.1.4. Bu Gebeliklerine İlişkin Özellikler.....	49
Tablo 6.1.5. Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular	50
Tablo 6.2.1. Annelerin Doğum Pozisyonları Hakkında Bilgi Kaynakları	51
Tablo 6.2.2. Annelerin Evde Doğum ve Doğum Sandalyesi Hakkında Görüşleri...	51
Tablo 6.2.3. Annelerin Travay Esnasında Kullanılan Hareket ve Pozisyon Bilgileri	52
Tablo 6.2.4. Annelerin Litotomi Pozisyonuna İlişkin Görüşleri.....	52
Tablo 6.2.5. Annelerin Farklı Doğum Pozisyonlarına İlişkin Bilgileri.....	53
Tablo 6.2.6. Annelerin Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	53
Tablo 6.2.7. Doğumhane Çalışanlarının Doğumda Kullanılan Pozisyonlara İlişkin Görüşleri.....	54
Tablo 6.2.8. Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	55
Tablo 6.2.9. Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Çalışma Yılı Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 6.2.10. Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 6.3.1. Annelerin Perineal Travma Durumları	58
Tablo 6.3.2. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Epizyotomi Uygulamasına Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 6.3.3. Doğumhane Çalışanlarının Epizyotomi Uygulamaları.....	61
Tablo 6.3.4. Doğumhane Çalışanlarının Epizyotomi İle İlgili Görüşleri.....	62
Tablo 6.3.5. Doğumhane Çalışanlarının Klinikte Epizyo Kullanımı İle İlişkili Görüşleri.....	63
Tablo 6.3.6. Doğumhane Çalışanlarının Ebelerin Epizyotomi Onarımı Hakkında Görüşleri.....	64

Tablo 6.3.7. Doğumhane Çalışanlarının Epizyotomi Oranlarını Azaltmada Karşılaştıkları Engeller.....	64
Tablo 6.3.8. Doğumhane Çalışanlarının Rutin Epizyotomi Hakkındaki Görüşleri...	65
Tablo 6.3.9. Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Perineal Travma Yaklaşımları ve Doğum Pozisyon Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	65



ŞEKİLLERİN LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 4.3.1.3.1. Çömelme pozisyonu.....	18
Şekil 4.3.2.1. Sol yan pozisyon	19
Şekil 4.3.3.1. Sol yan pozisyon-2.....	20
Şekil 4.3.4.1. El-diz pozisyonu	21
Şekil 5.3.3. Araştırma akış şeması.....	41



1. ÖZET

ANNELERİN VE DOĞUMHANE ÇALIŞANLARININ DOĞUM POZİSYONLARI VE PERİNE TRAVMASI İLE İLİŞKİLİ GÖRÜŞLERİ

Bu araştırma annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması ile ilişkili görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evreni İstanbul il merkezinde bulunan bir hastanede oluşturulmuştur. Hastane de kayıtlı tüm gebeler ve kadın doğum kliniğinde çalışan hekimler ve ebeler içerisinden evreni temsil edecek şekilde örneklem gurubu seçilmiştir. Çalışmanın örneklemini gebelerde 188, çalışanlarda 96 olarak alınmıştır. Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “perineal kesi yapılırken bilgi verme” bakımından annelerin %3’ü bilgi aldık derken bu oran çalışanlarda %17 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “lokal ağrı kesici kullanımı” bakımından çalışanların tümü, %100’ü bilgi verdik derken bu oran annelerde %60 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “fırsat verilse başka pozisyon” bakımından annelerin %78’i hayır derken bu oran çalışanlarda %24 olarak bulunmuştur($p<0.05$). Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “doğum pozisyonu bilgisi” bakımından annelerin %73’ü hayır derken bu oran çalışanlarda %14 olarak bulunmuştur($p<0.05$). Doğumhane çalışanlarından; Ebeler ile hekimler arasında “başka doğum pozisyonu destekleme” bakımından hayır diyenlerin %17 ‘si ebeler iken %83’ü hekimler olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Bütün gebelere perinatal dönemde, travay esnasında ve doğumda kullanılabilir pozisyonlar hakkında bilgi verilmelidir. Ebe ve hekimleri doğum pozisyonları konusunda hizmet içi eğitimler verilmesi, bilgilerinin güncellenmesi önerilir. Epizyotominin rutin bir uygulama olmadığı, endikasyon varlığında uygulanması gerektiği, gebenin kendi vücuduna yapılacak müdahalelerle ilgili kendisinin de kararlara katılmasının sağlanması, bilgilendirilmesi, epizyotomi endikasyonunu azaltmak için hizmet içi eğitim programları düzenlenerek eksik bilgilerin tamamlanması, güncellenmesi ve yanlış olan bilgilerin düzeltilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi, Doğum pozisyonu, Perineal travma, Doğumhane çalışanları

2. ABSTRACT

THE MOTHERS AND BIRTH CARE PROVIDERS' VIEWS RELATED BIRTHING POSITIONS AND PERINEAL TRAUMA

This study has been conducted to assess the views related birthing position and perineal trauma among mothers and birth care providers. This study has been conducted at a central hospital in Istanbul. A total of 188 pregnant women and 96 birth care providers were included in this study. 188 pregnant women were chosen from the patients who have been registered at the hospital at some point during their pregnancy and the birth care providers were chosen from the physicians and midwives working at the obstetrics and gynecology clinic. When pregnant women were asked if they were “informed while the perineal incision has been made” 3% of them said that they have been informed whereas 17% of the staff working at the delivery room said that they have informed the patients ($p<0.05$). When the question about ‘the use of local anesthetics’ has been asked 100% of the staff said that they have told the patients before applying local anesthetics whereas only 60% of the pregnant women told that they have indeed been informed ($p<0.05$). When the group has been questioned about the “birth positions” 73% of the pregnant women said that they have not received any information about the different possible positions whereas 14% of the staff said that they have given the required information. When the birth care providers were asked if they “support different birth positions” 17% of the ones who said no were midwives whereas 83% were physicians ($p<0.05$). All pregnant women should receive information about possible birth traumas and birth positions during their perinatal visits. Midwives and physicians should receive lectures on birth positions in order to stay up-to-date with their knowledge. Episiotomy is a procedure which is not routinely applied. It should be done under the right indications and the patient should be informed before applying an episiotomy incision. In order to decrease the numbers of patients who are receiving episiotomy incisions birth care providers should be lectured on the correct usage and indications of episiotomy.

Key words: Episiotomy, Delivery position, Perineal trauma, Delivery room professionals

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Epizyotomi doğum eyleminin ikinci evresinde, istenmeyen yırtıkları önlemek, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak için yapılan cerrahi bir insizyondur (1). Epizyotominin sınırlı kullanıldığı kadınlar, rutin kullanılan kadınlara göre daha az perineal travma, daha erken cinsel ilişkiye başlama ve perineal bütünlüğünün daha iyi korunduğu belirtilmektedir (2). ACOG vajinal doğum esnasında maternal ve fetal endikasyon durumlarında epizyotominin kullanılabilceğini, gerekmedikçe kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir (3). ACNM epizyotominin uygulanması gerektiği durumlarda ise bunun hastaya anlatılması ve sorularının cevaplandırılmasını önermektedir (4).

Türkiye’de doğumlarda epizyotomi yaygın olarak kullanılmaktadır. Sayiner ve Demirci (2007)’nin yapmış olduğu çalışmada primipar gebelerin %96,7’sine multipar gebelerin ise %51,8’ine epizyotomi uygulandığı bu oranın tüm doğumlar içinde %70,3 olduğu belirtilmiştir (5). Karaçam (2001)’in yaptığı çalışmada epizyotominin ilk doğumların tamamına yakınına (%95), ikinci doğumların yaklaşık yarısına (%48), üçüncü ve daha fazla doğumların çok küçük bir bölümüne (%12) uygulandığı saptanmıştır (6). Toker (2003)’in yaptığı bir çalışmada da primigravuların %90’ına epizyotomi uygulandığı, ikinci ve üçüncü doğumlarda bu oranın giderek azaldığı belirlenmiştir (7). Dönmez ve ark’nın belirttiğine göre; Latin Amerika’da tüm doğumların %70’i epizyotomi ile yaptırılmakta ve vajinal doğum yapan her 10 primipar kadından 9’una uygulanmakta, Brezilya’da vajinal doğumların %94,2’sine, Arjantin’de %80’den fazlasına ve İngiltere’de vajinal doğum yapan kadınların yarısından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır (8).

Epizyotomi ve perineal travmanın artmasında doğumda pozisyonun önemli etkileri olduğu bildirilmiştir. Litotomi pozisyonu epizyotomi kullanımını artıran bir yaklaşımdır (9; 10; 11).

Günümüzdeki gebelere bakıldığında; intravenöz kataterler, otomatik kan basıncı monitörleri ve fetal monitörlerin kullanımına bağlı olarak travay süresince supine

pozisyonda, doğum anında ise doğum masalarının şekillerine bağlı olarak litotomi pozisyonunda doğumunu gerçekleştirmektedirler (12).

Litotomi pozisyonu, birçok ülkede ve ülkemizde rutin olarak kullanılmaya devam etmektedir. Doğum eyleminde annenin pozisyonu anne/fetüs sağlığını doğrudan etkileyen önemli faktördür. Annenin doğumdaki pozisyonu; doğum süresinin, perinatal fonksiyonu, anatomik fizyolojik adaptasyonu, uterin kontraksiyonların süre ve annenin rahatının artmasını ve güçsüzlüğün azalmasını ve dolaşımın düzenlenmesi ile annenin memnuniyetinin büyük ölçüde etkiler (13). Doğum eyleminde en önemli unsurlardan biri tercih edilen doğum pozisyonunda gebenin kendisini ne kadar rahat hissettiği ve bebeğin çıkışına en iyi nasıl yardım edebileceği konusunda neler hissettiğidir (14). Farklı kültürlerdeki kadınlar tarih boyunca yürümeyi, hareket ve pozisyon değişikliğini doğum ağrılarıyla baş etmek ve rahatlamak için kullanmışlardır (13). Toplumun gelişmesiyle, doğum masalarının kullanılmaya başlanmasıyla yatay doğum pozisyonları tercih edilmeye başlanmıştır (15).

Yerçekimi etkisiyle pelvis açıklığının genişletir ve uterus kontraksiyonlarına yardımcı olur. Dik pozisyonda fetal başın yaptığı baskı doğrudan uterus boynuna uygulanır böylece uterus boynunun kısalmasına ve açılmasına yardımcı olur. Doğum eylemi süresince dik duran gebeler daha az ağrı çekerek daha kolay ve hızlı doğum yaparlar (16). Etkili dikey pozisyonlar, yürümek, diz üstü pozisyon, çömelmek ayakta durmaktır. Bütün dikey pozisyonlarda, fetal inişi kolaylaştırarak fetüsün pelvise daha iyi yerleşmesinin ve inişi sağlayacak yerçekimi kuvveti etkilidir (13).

Ebeler ve profesyonelleri gebelerin vücutları ile ilgili bilgeliğine güvenmeli, kadınların kendi bilgeliğini fark etmesini sağlayacak ortamları hazırlamalıdır (17). Ebeler danışmanlık sorumluluğunu yerine getirmeli, tüm seçenekleri aileye sunmalıdır (18). Yeterli ve doğru bilgilendirilmiş gebenin karar sürecine uyumunu kolaylaştıracaktır. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu sürecin anne ve yenidoğan için daha sağlıklı geçmesini sağlayacaktır. Bu da ebelerin danışmanlık sorumluluğunu tam olarak yerine getirmesiyle mümkündür (19). Gebelerin doğumun

ilk evresinde dikey pozisyonları tercih etmeleri yönünde cesaretlendirilmeye gereksinimleri vardır (20). Doğum eylemindeki gebeler en fazla ıkmama hissi veren duruşu keşfedinceye kadar değişik pozisyonları denemelidir (16).

Dik pozisyonun yararlı etkileri hakkında iyi kanıtlar bulunmasına rağmen Türkiye’de doğumda litotomi pozisyonu rutin olarak kullanılmaya devam etmektedir. Ülkemizde son zamanlarda normal doğum daha fazla önem taşımaktadır. Sağlık bakanlığı normal doğumun desteklenmesi için birtakım önlemler almaya başlamıştır. Doğum servislerini geliştirme koalisyonu (Coalition for improving maternity services-CIMS) tarafından tanımlanan 10 adımda anne dostu hastane kriterlerine bakıldığında dördüncü adımda gebenin travay süresince hareket etme serbestliği, travay ve doğum esnasında herhangi bir komplikasyon olmaksızın rahat ettiği pozisyonu tercih etme hakkı vardır. Altıncı adımda epizyotomi oranı en fazla %20, hedef %5 veya daha azdır (21).

Literatürde doğum pozisyonlarının perinatal sonuçlar üzerine potansiyel etkileri konusunda kanıtlar bulunmaktadır (10). Dik pozisyonların perineal yırtık ve epizyotomi ihtiyacını azalttığı için perineal travma riskini azaltmada etkileri olduğu rapor edilmiştir (9). Doğum eylemi süresince kadına verilen bakım ve uygulamalarda geleneksel ya da rutin uygulamalar yerine kanıta dayalı bilimsel uygulamalara ihtiyaç vardır (22). Doğum pozisyonlarının avantajları ve dezavantajları tartışılmakla birlikte doğumdan çeşitli pozisyonları benimseyen, kadınları destekleyen veya engelleyen, mevcut sağlık sistemindeki uygulamalarla alakalı yeterli araştırmalar mevcut değildir. Ebe ve kadınların doğum pozisyonlarını nasıl algıladıklarını anlamak için araştırma yapılması gerekmektedir (23). Anne ve bebek sağlığı için bu oranların azaltılması anneler ve sağlık çalışanları ile iş birliği halinde gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir. Doğum profesyonellerinin, ebelerin doğum pozisyonlarının kullanımına yönelik davranışlarının geliştirilmesi ve farkındalıklarının artırılması ve böylece gebelerin doğumlarda hareket özgürlüğünü sağlayacak pozisyonlara yönlendirilmesi ve doğumda kadını pasif duruma sokan yaklaşımlarda çıkartarak aktif duruma getiren yaklaşımların benimsenmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu açıdan annelerin ve doğum alanında çalışan

sağlık çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması hakkında görüşleri önemlidir. Ülkemizde hem sağlık çalışanlarının hem de annelerin görüşleri hakkında yeterince veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada, annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması ile ilişkili görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Eylemi

WHO (1996), normal doğum eylemini 37-42 haftalar arasında, spontan olarak, fetüsün verteks pozisyonunda olduğu, anne ve fetüsün iyi izlenmesiyle iyilik hallerinin en üst seviyede olduğu bir durum olarak tanımlar. T.C Sağlık Bakanlığına göre doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak serviksin dilatasyonu ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla dışarı atılması olarak tanımlanır (24).

Doğum eylemi Mısır hiyeroglifisinde çömelme anlamına gelmektedir (25). Fizyolojik bir süreç olan doğum, kadın ve ailesinin yaşamında özel ve mucizevi bir deneyimdir. Doğum kadının hayatında ki en önemli olaylardan biridir (14). Günümüzde doğum gelişen teknolojiyle birlikte gereksiz müdahalelerin yapıldığı, kadının kendi bedeninde söz hakkı olmadığı ve kötü anımsanan bir süreç haline gelmiştir (26).

Uluslararası Lamaze International, 21. yüzyılda doğumun normal, fizyolojik sürecinin ortaya çıkmasına izin vermek yerine tıbbi rutinlerle başlatılan, devam ettirilen ve sonlandırılan müdahalelerle karakterize edildiğini vurgulamaktadır. Doğumda tıbbi müdahale sonucu ilk kez doğum yapan düşük risk grubu annelerin %24'ü, tüm kadınların %30'undan fazlası sezeryanla doğumunu gerçekleştirmiştir. Doğumda müdahalelerin artması yüksek sezaryen oranlarının yanında anne ve bebek yaralanma riskini de artırmaktadır. ABD'de 2005 yılında gerçekleştirilen araştırmada %41'nin kontraksiyonlarının başlatılması ve %47'nin kontraksiyonlarının daha hızlı ilerlemesi için indüksiyon uygulanmıştır. Annelerin 3/4'den fazlasına doğum eyleminde epidural anestezi uygulanmış ve bu kadınların %7'si müdahaleli bir şekilde doğumunu gerçekleştirmiştir. Bu araştırma sonuçları endişe vericidir. Giderek artan araştırmalarda doğumun tıbbi yönetiminde anne ve bebek açısından risklerin arttığı görülmektedir (27).

Doğum eylemi 4 evrede gerçekleşir (28).

- Birinci evre: Doğum kontraksiyonları başlar, efesman ve dilatasyonun tamamlanmasıyla sonlanır. Birinci evre sonuna doğru fetal iniş başlar.
- İkinci evre: Efesman ve dilatasyon ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır.
- Üçüncü evre: Bebeğin doğumu ile başlar, plasentanın doğumu ile sonlanır.
- Dördüncü evre: Placenta doğumundan sonraki ilk birkaç saatlik dönemi kapsar. Bu evrede uterus tonüsüyle kanama kontrol altına alınır. Anne ve bebek bağlanması gerçekleşir (27).

4.1.1. Doğumun Birinci Evresi

Doğumun I. Evresi düzenli kontraksiyonlar ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer (25). Doğumun I. evresi en uzun evredir ve bu evrenin süresi kişisel özelliklere göre farklılık göstermektedir (13).

Doğum eyleminin I. evresi kendi içinde üç faza ayrılır (27; 28):

- Latent faz: Düzenli kontraksiyonlar ile başlar, efesman tamamlandığında ve dilatasyon 4 cm olduğunda sonlanır.
- Aktif faz: Dilatasyon 5 cm olduğunda başlar, 8 cm' ye ulaştığında sonlanır.
- Geçiş fazı: Servikal dilatasyon 10 cm olduğunda faz tamamlanır. Fetüs aşağı iner. En kısa süren fazdır. Anne bu fazda hissettiği ağrı nedeniyle sık sık pozisyon değiştirebilir.

4.1.2. Doğumun İkinci Evresi

Doğum eyleminin bu evresi güçlü kontraksiyonların olduğu evredir. Doğum eyleminin ikinci evresine geçiş çoğunlukla dilatasyon kanamasında artma, ıkınma isteğinde artış, perineal bölgede kabarma belirtileri olarak tanımlanır. Annenin ıkınmasıyla fetüsün prezente olan kısmı rotasyona uğrayarak pelvis içine doğru ilerler, böylece servikal dilatasyon gerçekleşir (28).

4.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

Bu evrede kontraksiyonlar plasentanın ayrılmasını ve doğmasını sağlar. Plasentanın doğumu birkaç dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir (27).

4.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi

Plasentanın doğumundan sonra uterusun güçlü kontraksiyonları ve kanamayı azaltır. Bu kontraksiyonlar ağrılı olabilir. Bu evrede anne bebek iletişiminin başlatılması, emzirmenin erken sağlanması oldukça önemlidir (27).

4.2. Normal Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar

Doğumun anne bebek açısından daha az hasarla gerçekleşmesi için vücudun duruş pozisyonu oldukça önemlidir (29). WHO'ya göre doğum eyleminin I. evresinde serbestçe dolaşması ve rahat ettiği pozisyonda olması için desteklenmesi gerektiğini savunmaktadır (24). Doğum eyleminin I. evresinde rahat bir pozisyonda olmak, gebenin gevşemesini ve rahatlmasını sağlayacaktır. Birinci evrede gebenin yatakta olması gerekmez. Rahat bir sandalyeye oturabilir ya da rahat ettiği pozisyonda yatabilir (13). Doğum eylemi süresince, kadının istediği pozisyonu alması için hareket etmeye teşvik edilmesi gerekmektedir (30).

Doğumun I. evresinde uygulanan non-farmakolojik yöntemlerde gevşeme tekniği olarak pozisyon değişimi, ayakta durma ve hareket önerilmektedir (23). Asırlarca insanoğlu doğum eylemini dikkatle takip ederek deneme-yanılma ve deneme-öğrenme yöntemi ile öğrenilen bilgilerini gelecek nesillere aktarmışlardır (13).

Doğumun ilk evresinde ayakta durma, pozisyon değişikliği hissedilen ağrıyı azaltır ve gebenin acıyla baş etmesine yardımcı olmaktadır (31). Bu evrede gebenin yatar pozisyonda olması süreci yavaşlatabilir. Dikey pozisyonlar ve ayakta dolaşmak yerçekiminden faydalanarak sürecin kolaylaştırılmasını sağlar (32).

Yapılan araştırmalarda, gebelerin doğum eyleminin I. evresinde ayakta ya da oturur pozisyondayken, döz ya da yan yatış pozisyonuna oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissettikleri tespit edilmiştir. Doğum ağrılarını hafifletmede en etkili girişim pozisyon değişikliğidir (33). Doğum eyleminin ilk evresinde gebelerin aldığı pozisyonlar yan yatma, ayakta durma, sallanma, yürüme olarak gruplandırılmıştır (22).

4.2.1. Yan Yatma Pozisyonu

Yan yatma pozisyonu, biręok gebenin gevşeme aralarında tercih ettiği bir pozisyonudur. Yan yatma pozisyonu, pozisyon değiştirmek zorunda kalmadan, dilatasyon evresinde bebeğin doğrudan nefesle doğum kanalından aşağıya inmesini sağlar (14). Gebeler sağa ya da sola yatış pozisyonunu daha fazla benimserler. Sırtüstü pozisyona göre kontraksiyonlar daha seyrek, fakat güçlüdür. Kasılmalar arasında dinlenmeyi kolaylaştırır. Yeręekimi nötrdür. Abdomene ve sırtta destek daha kolay yapılır. Feto-plasental dolaşımı kolaylaştırır ve sırtüstü yatmaya bağlı hipotansiyonu düzenler (13). Koksiks daha rahat olduğundan, bu pozisyon doğum için uygun bir pozisyonudur. Bazen doğum için en yararlı pozisyonlardan biri de olabilir (25). Doğum sırasında yan pozisyonun tercih edilmesi perineyi koruduğu belirtilmektedir (29). Yan yatış pozisyonunda üstte kalan kol ve bacağının altına yastıklar yerleştirilir. Yastıkların dizi ve ayak parmaklarını destekleyecek kadar uzun ve dizi kalça düzeyine getirecek kadar da yüksek olmasına dikkat edilmelidir. Arkada kalan omuz ve kol yatak üzerine yerleştirilmelidir. Alt kısma yastık konulduğu durumda omuzlar fazla zorlanacaktır. Bu dengelenmiş bir pozisyonudur, basınę ve gerilimden kağınmak için geliştirilmiştir. Yatağın çok yumuşak olması konforlu olmayacağı gibi beden de gerektiği kadar desteklenmeyecektir (30).

Dezavantajları; alternatif yürüme pozisyonlarına kıyas edildiğinde doğum süreci uzayabilir. Diğer pozisyonlar ile dönuşümlü olarak uygulanırsa daha etkili olduğu belirtilmektedir. Üstteki bacağın bir kişi tarafından desteklemesi gerekebilir (13).

4.2.2. Sallanma Pozisyonu

Bazı özel ritmik hareketler gebelerin kontraksiyon anında ağırlarını hafifletmede etkili olabilir. Yapılan araştırmalarda gebelerin çömelme pozisyonunda ileri geri hareket etme ve sallanma gibi bir takım ritmik hareketler yaparak rahatladıkları tespit edilmiştir (33).

4.2.3. Ayakta Durma Pozisyonu

Afrika kabilelerinde oldukça sık kullanılan pozisyon ayakta durmadır. Kontraksiyonlar daha az ağırlı ve kuvvetlidir. Yatay pozisyonlara oranla daha hızlı doğum olur. Ayakta durmak pelvis kemiklerinin açılmasını sağlayarak, sırt ağırlarını azaltır, esnemeye veya etrafta dolaşmaya olanak verir, aynı zamanda yer çekiminin etkisiyle her ıkınmada bebeğin başının aşağı doğru hareketini sağlayarak doğumu kolaylaştırır (16). Kontraksiyonlar arasında ayakta yerçekimi desteklediği için bebeğin hızlı inişini elverişli hale getiren en etkili pozisyonudur (25). İlk evrenin erken döneminde kontraksiyonlar sırasında hafif öne eğilerek gezinmek faydalıdır. Gebe ayakta dururken destek için duvara sırtını duvara yaslayabilir ya da eşinden yardım alabilir (25).

4.2.4. Yürüme

Yürümek, doğum eyleminin ve kontraksiyonların verimliliğini artırır. İlk aşamada kasılma için öne eğilerek yürüme denenebilir, ancak kasılmalar sırasında yürümek daralma oluşturabilir (25).

İngiltere’de Birmingham Kadın Doğum Hastanesi’nde 1977’de yapılan bir araştırmada, yürüyen gebelerin doğum eyleminin süresinin büyük ölçüde daha kısa olduğu ve uterus kasılmalarında daha az ağırı yaşadıkları tespit edilmiştir. Yürüyüş ve dik duruş pozisyonu bebeğin ve annenin rahatlığı için en uygun yöntemdir. Güçlü, düzenli ve sık olan kontraksiyonlar nedeniyle serviks daha iyi açılmaktadır. Gebeler, kontraksiyonlar sırasında kendilerini daha güvende hissederler (25). Yürüme,

yerçekiminden faydalanarak prezente olan kısmın pelvise inmesini ve birçok gebenin rahatsızlığının azalmasını sağlar, travay süresini kısaltır, fetal kalp atımındaki yavaşlamaları azaltır (34).

Doğum eyleminin I. evresinde genellikle gebeler daha çok ayakta durmayı ya da yürümeyi tercih etmektedirler. Horizontal pozisyonda olma servikal açıklık 5 cm olana kadar yaşanan bel ve sırt ağrılarını hafifletmektedir (35) (36). Doğumun ilk evresinde yürüme ve dik pozisyonların, anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemediği belirtilmektedir (37).

4.3. Normal Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar

Doğumda önemli olan faktör, gebenin kendi bedenini tanıyarak rahat hissettiği pozisyonu tercih etmesidir. Doğum eyleminin II. evresinde doğum kanalını genişletecek ve doğumun ikinci evresini kısaltacak çok farklı pozisyonlar yer almaktadır (30).

Doğum eyleminin II. evresinde anne için hangi pozisyonunun daha uygun olduğu konusu tartışmalıdır (38). Farklı dik pozisyonlar için geçmiş zamana bakıldığında kazıklar, hamaklar, düğüm yapılmış kumaşlar, kadının diz çökmesi, çömelmesi ya da çömelmeye yardımcı tuğlalar, taşlar, kum yığınları ve doğum tabureleri gibi yardımcı araçlar kullanılmıştır (13) (39).

Doğumun II. evresi sırasındaki pozisyon seçimini etkileyen faktörler hakkında bilgi yetersizliği vardır. Bu faktörleri belirlemek son derece önemlidir. Bu bilgi gebelerin kendileri için uygun pozisyon seçimini sağlayan durumların belirlenmesine yardımcı olabilir. Tıbbi müdahalelerin etkisini en aza indirmek için doğum pozisyonlarını etkileyen faktörler üzerine yapılan bir araştırmada, dikey pozisyonların ebelerin en iyi bağımsız uygulayıcılar olduğu tespit edilmiştir. Hollanda'da bağımsız primer bakım ebeleri sadece düşük risk grubundaki kadınlarla ilgilenmektedir (40). Gebe kendisi için doğal kaynakları, doğal akışı ve doğal konforu kombine ederek kendi doğal yöntemini belirlemelidir. Eğer gebe kendisine doğumunu eğlenceli bulma

özgürlüğü verirse, kendi doğal akışının kontrolünü ele alacaktır. Hareket etmek doğumun ritmik doğasına katkı sağlar. Kontraksiyonlar esnasında kadınlar sıklıkla yürürler veya kalçalarını hareket ettirirler ya da pozisyon değiştirirler. Gebenin kendi vücudunun mesajının alması önemlidir (41).

Gebeler doğumda hareketli ve dik pozisyonda olmayı tercih etmektedirler (42). Fetüs ilerledikçe abdomen kaslarının itici güçleri ile birlikte diyafragma kasları da önem taşımaktadır. Gebe ıkınarak itici güçleri kuvvetlendirir. Gebenin bütün gücünü kontraksiyon esnasında aşağıya doğru vererek ıkınması önem taşımaktadır. Bu esnada fetüsün başı rektuma baskı yaptığından ıkınma hissi kendiliğinden de gelişir (28). Pelvisi sallama ve yandan abdomeni sıkıştırma fetal başın rotasyonunu daha da kolaylaştırabilir. Gebe, dinlenme sırasında bebeğin rotasyonunu sağlayan yana doğru uzanma pozisyonuna geçmesi konusunda cesaretlendirilmelidir (34).

II. evredeki dik pozisyonlardan bazıları oturmak, çömelmek ya da diz çökmek ve eller ya da dizler üzerinde olmaktır (43). Doğum uzmanları doğum için hem annenin rahatlığı hem de doğumun kalitesi açısından özellikle yan yatma, diz çökme, oturma ve çömelme pozisyonlarının daha uygun olacağını vurgulamaktadır.

Tarih boyunca kadınlar doğum yaparken içgüdülerini dinleyerek kasılmalar sırasında kendi istedikleri pozisyonları tercih etmiş, istedikleri gibi hareket etmişlerdir. Kadınlar müdahale edilmedikleri ve kendi haline bırakıldıklarında kendi içgüdülerine odaklanırlar. İçgüdüsel olarak sallanma ya da buna benzer ritmik hareketler yaparlar. Annenin sezgileri doğum anında anneye ve bebeğe rehberlik eder. Tüm bunlardan dolayı, doğum eylemi içgüdüsel bir olay olmakla birlikte karmaşık pozisyonların kullanımına gerek yoktur. Doğum eyleminde pozisyon değişikliğinin uterus kasılmalarını etkin hale getirdiği ve yerçekiminden yaralanmayı kolaylaştırır. Geleneksel toplumlarda kadınların içgüdüleri aracılığıyla doğuma kendilerini hazırlamak için kullandıkları 40 adet pozisyon kaydedilmiştir (25).

4.3.1. Çömelme Pozisyonu

Çömelme pozisyonunda kadın ayakucu üzerine çömelirken, kollar dışarıya bacakların iç ya da dış kısmına yere konur. Eller vücudunu dengeler. Kollar kalçaların yanına yerleştirildiğinde bacaklar yanlara doğru daha kolay açılacak ve doğum kanalı daha fazla genişleyecektir (14).

Doğum eyleminin ikinci evresinde çömelme en iyi pozisyonlardan biri olarak gösterilmektedir. Fakat bu pozisyonun kullanımını kültürel faktörlerden etkilenmektedir.

Amerika ve Kanada gibi batılı ülkelerde doğum eyleminin ikinci evresinde annelerin çömelme pozisyonunda durmalarının çok zor olduğu bildirilmektedir (6).

Diğer taraftan ülkemize bakıldığında çömelme pozisyonu günlük yaşamda sık kullanıldığı için doğum esnasında kolaylıkla kullanılmaktadır.

Çömelme pozisyonu doğum eyleminin ikinci evresinde ıkınma/itme için çok uygun bir pozisyonudur. Çömelme pozisyonu ıkınma sırasında etkili itme refleksi için güçlü kasılma, en uygun fetal oksijenizasyon, minimum gerginlik, bebeğin inişi, rotasyonu ve çıkışı için maksimum pelvik alan ve perine genişliği gibi avantajları vardır. Bu pozisyon yerçekiminin etkisinden faydalanarak çömelme sırasında perineyi ve pelvis kemiğinin dış açısının 0,5-1 cm kadar genişletir, pelvis kemiğinin alt kısmını basınç altında kalmasını engelleyerek, pelvis kemiğinin alt kısmını yukarıda tutarak bebeğin doğmasına olanak sağlar (44). Doğum eylemini hızlandırıcı ilaç (oksitosin) kullanımına daha az ihtiyaç duyulur. Çömelme pozisyonunda doğan bebeklerin Apgar skorları daha yüksek bulunmuştur. Anne çömelme pozisyonunda iken doğuma yardımcı kişi perineyi rahatlıkla gözlemler ve bebeğin doğumu sırasında bebeğin başını kontrol altına alabilir (6).

Çömelme pozisyonunun kullanılmadığı durumlarda tabure ya da doğum sandalyesi kullanılabilir. Sandalye ya da doğum taburesinde oturan anne çömelme pozisyonundaki gibi sırtın dik olmasını sağlar.

Yapılan araştırmalarda doğum sandalyesi ve yatay pozisyon karşılaştırıldığında; doğum sandalyesi ile yapılan doğumlarda annenin daha az ağrı algıladığı, kendini daha rahat hissettiği ve daha az perineal yırtıkların oluştuğu bildirilmiştir (6).

Pek çok kadın çömelmeye doğum sürecinin çok erken evresinde başladıkları için hata yaparlar. Doğumun ikinci evresi yorucu olacağına, ilk evrede mümkün olduğunca dinlenmek ve yorulmamak gerekir. Aşağı doğru baskı uterus prolapsusu olasılığını artırabilir, perineal ve servikal yırtılmalara ve ödeme neden olabilir ve kan kaybını artırabilir (13).

Doğum esnasında doğum taburesi kullanılarak uzun süre çömelme vajende ödeme neden olarak 3. ve 4. derece yırtıkların artmasına sebep olduğu bilinmektedir ve doğum esnasında kan kaybı riskini artırdığı tartışılmaktadır (10).

Bir takım çömelme pozisyonları vardır. Bunlar;

- Destekle çömelme
- Tuvalet üstünde, doğum taburesi ya da sandalyesine oturma pozisyonu
- Destekle ayakta çömelme pozisyonu

4.3.1.1. Destekle çömelme pozisyonu

Kadın çömelme pozisyonunda kollarını dirseklerden bükerek, arka tarafında alçak bir koltuk ya da yatak kenarına oturan yardımcı olan kişinin bacaklarına uzanarak destek alır. Bu pozisyon doğum ağrısı sırasında arkadaki yardımcı kişiye doğru uzanmayı ve yeni kontraksiyon geldiğinde tekrar pozisyon almayı kolaylaştırır. Çömelme pozisyonunda bebek doğum kanalında ve perinden kolaylıkla çıkacaktır. Bu

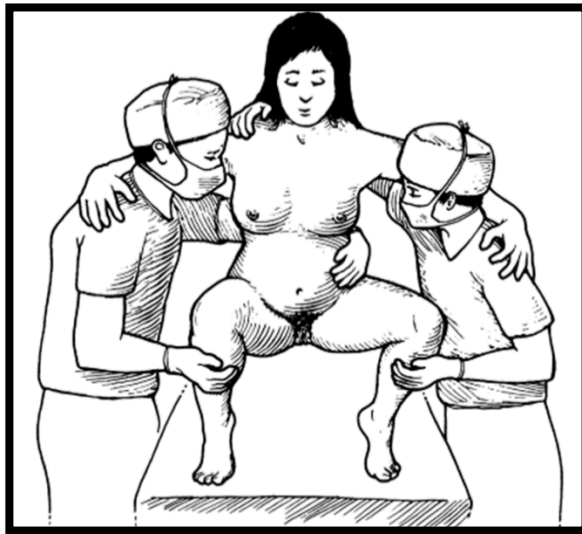
pozisyonunda önemli olan bedeni desteklemek yerine, kollar rahat ve serbest bırakılarak doğuma yardımcı kişiden destek alınması önemlidir (14).

4.3.1.2. Tuvalet üstünde, doğum sandalyesi ya da taburesine oturma pozisyonu

Birçok kadın bebeğe aşağı doğru itme sürecinde tuvalet üzerinde oturmayı rahatlatıcı bulmaktadır. Bu alışlagelmiş bir pozisyonudur. Tuvalet üzerine oturan kadınlar daha kolay ve etkili ıkınarak bebeğin aşağı inişinde daha başarılı olmaktadır. Bu pozisyon doğum kanalındaki kemik kısımların eklem yerlerinde ayrılmasına, perinenin açılmasına, yer çekiminden yararlanılarak ve bacağı desteklediği için ıkınma sırasında oluşan yorgunluğu azaltacaktır. Bebeğin başı perinede görülmeye başladığında doğumun daha güvenli gerçekleşmesi için diğer doğum pozisyonları tercih edilebilir (44).

4.3.1.3. Destekle ayakta çömelme pozisyonu

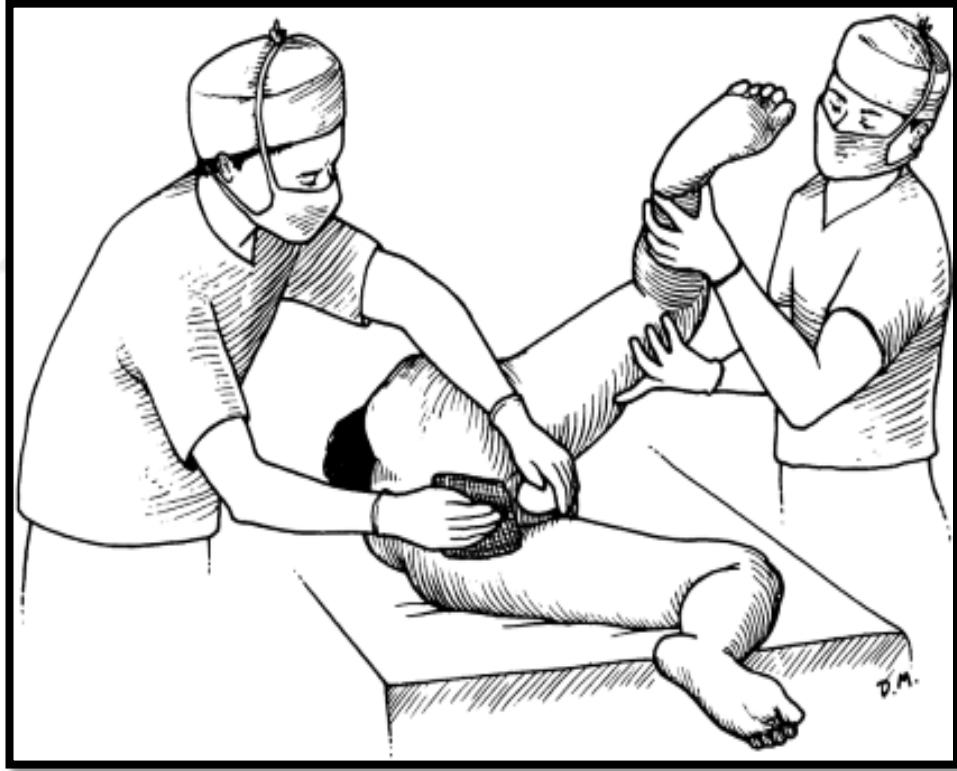
Yerçekimi etkisinden daha fazla yararlanarak doğum kanalından bebeğin aşağı doğru inişine yardımcı olur. Kadına yardımcı olan kişi duvara sırtını dayayarak ayakta durur. Ön tarafında da kadın sırtını destek olan kişiye dayar. İkinme anında, destek olan kişi kadını koltuk altından destekleyerek kendine doğru çeker (14) (44).



Şekil 4.3.1.3.1. Çömelme pozisyonu (45)

4.3.2. Yarı yatar pozisyon

Yarı yatar pozisyon, genellikle bebeğin kolay ve daha rahat bir şekilde ilerlediği zamanlarda tercih edilmektedir. Yarı yatış pozisyonu, bebek aşağı doğru ilerlerken annenin nefes alıp vermesi ile derin gevşemelerinin sürdürülmesine yardımcı olur. Bu pozisyonda kuyruk sokumunun üstüne oturulacak şekilde yatağa yatırılır. Baş, bel, omuzlar, kollar ve dizlerin altına yastık konulur. Yatağın baş kısmı 45 derecelik açı oluşturacak şekilde yükseltilir (44). Bacaklar birbirinden uzaklaştırılır. Ağrı sırasında gebe ellerini dizlerine koyup dizlerini kendine doğru çekebilir. Bu pozisyon aynı zamanda pelvis kemiğinin eklem yerlerinden açılıp genişlemesine olanak verir (46).



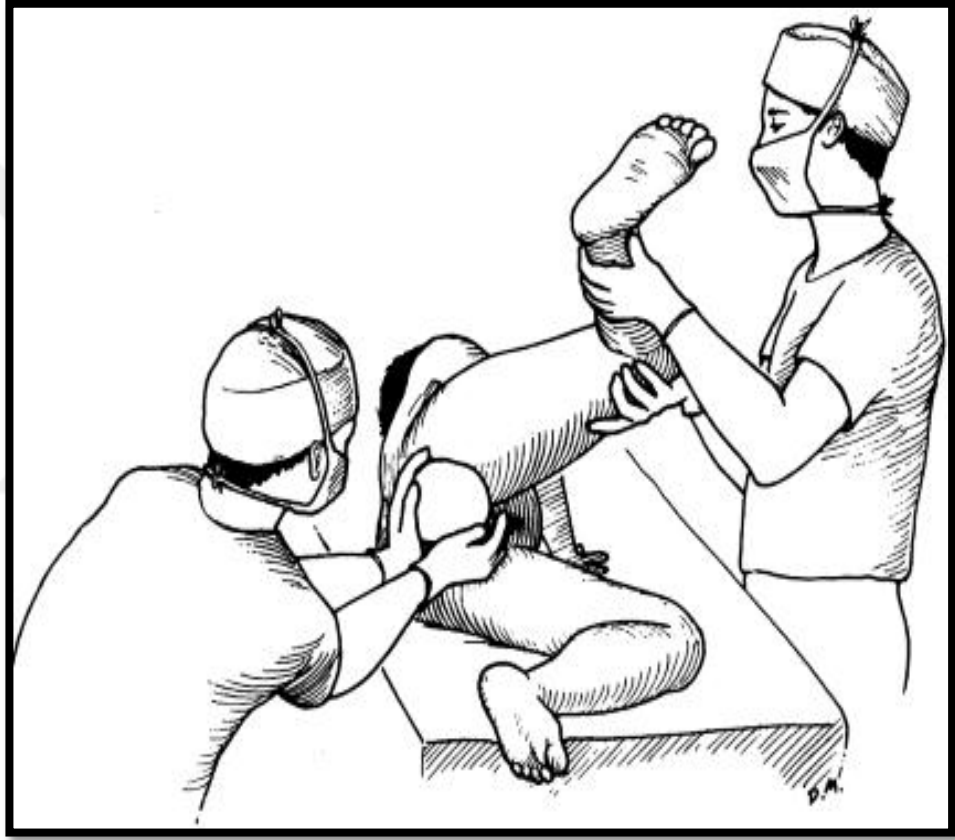
Şekil 4.3.2.1. Sol yan pozisyon (45)

4.3.3. Sol Yan Yatma Pozisyonu (Sim's Pozisyonu)

Anne sol yan yatma pozisyonunda iken yan bir şekilde yatar, altta olan bacağı uzatır ve üstte olan bacağı kıvrıyarak öne alır, karnın sol bölgesi yatakla temastadır.

Üstte olan bacağın altına yastıkla destek yapılması daha uygun olur. Bu pozisyon daha çok annenin rahat ettiği için kendisinin tercih ettiği pozisyonudur (6).

Sol yan yatar pozisyonda perine daha esnek olduğu için laserasyon oluşma olasılığı ve epizyotomi uygulama gereksiniminin daha az olduğu belirtilmektedir (47). Sol yan yatma pozisyonunun olumsuz yönü ise gerektiği durumlarda epizyotomi ve forseps gibi uygulamaları zorlaştırmasıdır (6).

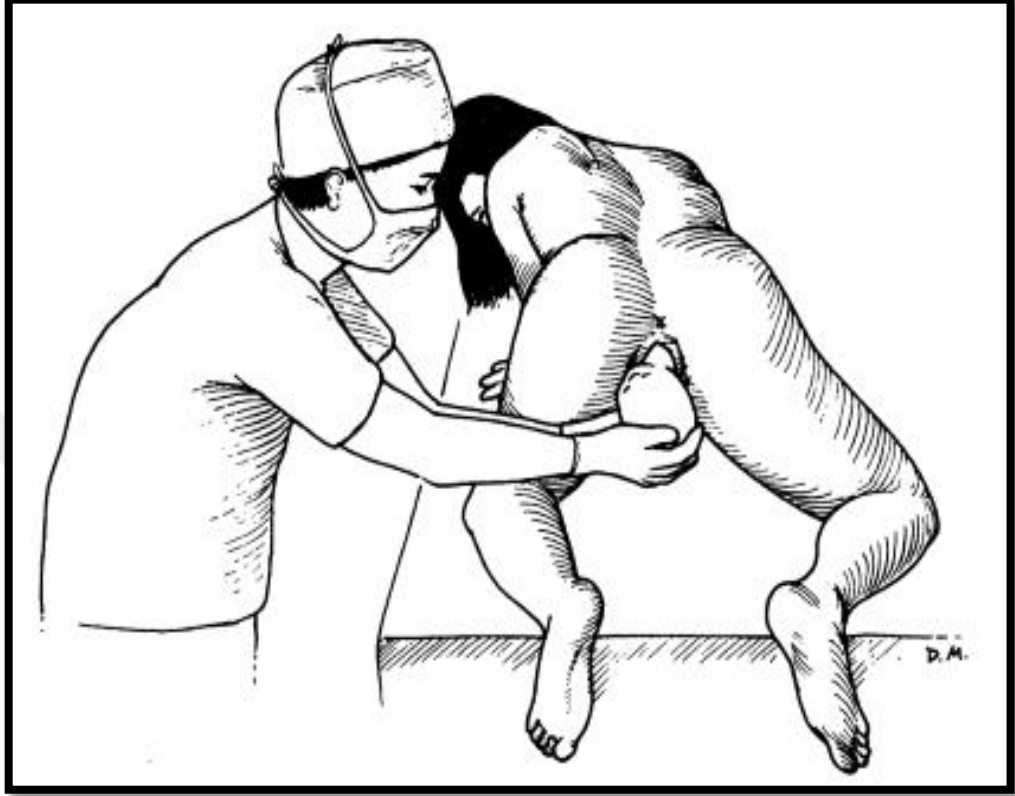


Şekil 4.3.3.1. Sol yan pozisyon-2 (45)

4.3.4. El-diz pozisyonu

Bu pozisyon dört ayak duruşu olarak da adlandırılmaktadır. Doğum kanalına yerleşen bebeğin en uygun pozisyonda yerleşmesini sağlar. Gebenin elleri ve dizlerinin altına yastıklar yerleştirmek rahatlatıcı olacaktır, farklı olarak doğum

topundan yardım alarak el-diz pozisyonu denenebilir. Doğum için tercih edilen en rahat pozisyon olabilir (48).



Şekil 4.3.4.1. El-diz pozisyonu (45)

4.3.5. Diz- göğüs pozisyonu

Bu pozisyon bebek doğum kanalına yerleşmediğinde bebeğin doğru pozisyonu almasını sağlar. Doğum pozisyonu değildir. Ön kollar çapraz olarak yerleştirilir ve baş ellerin üstüne doğru uzatılır.

4.4. Normal Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonların Etkileri

Doğum eyleminde annenin pozisyonu anne ve bebek açısından önemli sonuçlara neden olan bir faktördür. Dik bir pozisyonda fetal inişi kolay olmaktadır. Dikey pozisyonlarda fundus, doğum kanalının boy eksenini düzleştirerek ve fetüsün

kafasını pelvis girişine yönelterek öne doğru inmesini sağlar. Anne ve fetüsten alınan verilere göre, farklı doğum pozisyonlarının faydalarına göre kanıt çeşitlilik göstermektedir. Araştırmacılar, bebeğin inişine ve döl yatağı problemlerine yardımcı olan ve fetüsün yeterli oksijen almasını sağlayan, aşağı ana toplardamar üzerindeki gebe uterusun ağırlığını azaltan, yerçekiminin kullanımını kapsayan doğum sırasında hareketlilik ve ayakta doğum pozisyonunun avantajlarını tanımlamışlardır. Diz çökme ve çömelme gibi birtakım pozisyonlarda artmış bir pelvis çapı gözlemlenmiştir (23).

Doğum pozisyonları, psikolojik sonuçları da etkilemektedir. Kadınların kendileri için en rahat pozisyonu seçmesi kontrollü olma deneyimlerini artırabilir. Kontrollü olma duygusu, pozitif bir doğum deneyimi ve doğum sonrası iyilik haline katkıda bulunan önemli bir faktördür. Bu psikolojik sonuçlar giderek artan bir biçimde bakım kalitesinin önemli tarafları olarak belirtilmektedir (40). Doğumun ilk evresinde profesyonel ve becerikli yönetim sağlandığında doğum sonuçları olumlu olması beklenir. Bu kadınların kendi doğumlarında kontrol duygusunun korunmasına yardım ederek doğuma aktif bir şekilde katılmasını sağlayarak özgüveni ve memnuniyetini artırır (37).

Doğum sırasında ayakta doğum pozisyonlarını kullanan kadınlarda yarı uzanmış ve sırtüstü pozisyonu kullananlara göre doğumun I. ve II. Evresinin süresinde kısalma, daha az tıbbi müdahale, daha az ağrı hissetme ve bebeklerini doğururken duygusal açıdan daha fazla tatmin oldukları belirtilmiştir (23). Destekli oturma pozisyonu supine-litotomi pozisyonu ile karşılaştırıldığında, doğumun I. ve II. Evresinin süresinde kısalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Doğum eyleminin I evresinin ayakta ya da oturur pozisyonda olan gebelerde yan yatış pozisyonunda olan gebelere oranla ortalama bir saat daha kısa sürdüğü tespit edilmiştir (36) (37). Ganapathy ve Gopal, doğumun II. evresinin anlamlı olarak 11 dakika daha kısa sürdüğünü tespit etmişlerdir (38). Gebeye hareket etme özgürlüğü ve eylem sırasında ayakta durma, yürüme, diz üstü durma, oturma veya çömelme gibi konforlu, desteklenen, dik pozisyonları kullanmasına izin verilmesi halinde doğumun tüm evreleri daha kısa, daha rahat ve az ağırlı olduğu gözlemlenmektedir (25).

Gebelerin dikey pozisyonlarda doğum yapması ile ıkınma kuvveti ve uterus kas sisteminin baskısı daha güçlü olur, kontraksiyonlar daha etkilidir ve bebek ileriye doğru daha hızlı itilir. Dikey doğum pozisyonları nefes alıp vermeyi, uterusun ve plasentanın kan dolaşımını kolaylaştırır (23).

Doğumun II evresinde fetüsün iri olması nedeniyle eylem ilerlemiyorsa, çömelme pozisyonunda pelvis ölçüsü 0,5-2 cm artabilir. Bu yüzden eylemin II. Evresinin süresi kısalır, oksitosin ihtiyacı, doğuma mekanik yardım ve epizyotomi gereksinimi azalır (34). İkinci evrede pozisyonların uygun bir şekilde kullanılması ile perinenin fazla gerilmesini önleyerek epizyotomi ihtiyacı da azaltılacaktır (28; 30). Doğumun II. evresinde pozisyonları inceleyen sistematik 18 randomize kontrollü araştırmanın sonuçları yatay ya da litotomi ile karşılaştırıldığında, dikey ya da lateral pozisyonunda daha kısa II. evre, müdahaleli doğumlarda bir miktar azalma, daha az epizyotomi, daha az şiddetli ağrı ve daha az anormal fetal kalp atımları olduğunu, ancak II. derece yırtıklarda biraz artış ve kan kaybı riskinde artma (> 500 ml) görüldüğü saptanmıştır (39) (42).

4.5. Doğum Pozisyonları ile İlgili Ebelerin Sorumlulukları

Kökleri yüzyıllarca geriye giden alışagelmış kadın doğum uygulamalarının bir gecede değişmesi beklenemez. Bugün çoğu doğum salonlarında çalışan doğum uzmanı ve ebe gebeyi sırtüstü yatırarak doğum yaptıracak şekilde eğitilmiştir. Dik pozisyonların anne ve bebek için daha yararlı olduğuna inanan hekimler ve ebeler bile, annenin sırtüstü yatmasında ısrarcı olabilirler. Bir hekim ve ebe değişime karşı gösterilen bu gönülsüzlüğü “annenin sırtüstü yattığı durumların haricinde ellerimi nereye koyacağımı hakikaten bilemiyorum” diyerek açıklamıştır (16).

Doğum eyleminde mobilitenin ve dik duruşların sonuçları üzerindeki kararsızlık ebeler uygulamalarında da görülmektedir. Ebelere seçim yapma hakkı verildiğinde, gebelerin yatak üzerinde yarı yatar pozisyonunda olmayı seçtiklerini savunmaktadırlar. Bir doğum salonunun bir yatak odası olduğu varsayımı, bir önceki doğumda gebenin doğum pozisyonu, dik bir duruşta doğuma yardımcı olma konusunda ebenin güveni

ve deneyimi ve doğumun tıbbileştirilmesi bunun nedenleri arasındadır (13). Ebelerin kanıt temelli uygulamaları gerek bilmedikleri gerekse hastane politikaları izin vermediği için doğum eylemi sürecinde geleneksel uygulamalara devam etmekte, anne ve bebek sağlığını riske atabilecek uygulamalarda bulunabilmektedirler (49).

Ülkemizde son zamanlarda normal doğum daha fazla önem taşımaktadır. Sağlık bakanlığı normal doğumun desteklenmesi için birtakım önlemler almaya başlamıştır.

Ancak doğumhanelerde halen epizyotomi, sık vajinal muayene, doğumda induksiyon gibi müdahaleler gerekenden çok daha sık yapılmaktadır. Kadınların yiyip içmesi ve hareket özgürlüğü engellenmekte doğum için genelde Litotomi pozisyonu kullanılmaktadır. Tüm bunların neticesinde doğumun mutlu bir olay olması gerekirken kadınlar için travma ve korkulara neden olmaktadır (50).

AWHONN tarafından geliştirilen doğumun II. evresinin yönetiminde uygulama protokolü ile klinik uygulamalar ve kanıt temelli bilgilerin uygulanması hedeflenmektedir. Doğum eyleminin II. evresinde supine pozisyonlarından ziyade dik pozisyonların uygulanmasının teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (13). Doğum eylemi süresince şunların yapılması önemlidir (13), (42), (51).

Perinatal dönemde bütün gebeler doğum sürecinin II. evresinde farklı dikey pozisyon uygulamaları anlatılarak teşvik edilmeli ve dik pozisyonların avantajları ve sırtüstü pozisyonların dezavantajları hakkında bilgilendirilmelidir.

- Gebe doğum sürecinin II. evresinde litotomi gibi sırtüstü pozisyon seçiminin dezavantajları açıklanarak vazgeçirilmeli, pelvis çıkımının genişlediği çömelme, yarı oturma, ayakta durma ve diğer el-diz pozisyonları teşvik edilmelidir. Kanıta dayalı araştırma ve rehberlerin açıklama ve önerileri dikkate alındığında, açıklamalar dik pozisyonlar ile doğum eylemi süresince pozisyon değişikliğinin yararlı olduğu görülmektedir.

- EFM, intravenöz infüzyonlar ve farklı analjezi metotlarının kullanımı gebenin mobilizasyonunu ve doğum eylemi süresince pozisyon değişikliğini etkileyebilir. Doğumda hareketin teşvik edilmesi farmakolojik analjezi gereksinimini ve sezaryen doğumları azaltmaktadır. Sağlık personeli gebenin bunların kullanımına yönelik seçenekleri olduğu konusunda bilgilendirmelidir.
- Alışagelmiş yataklar ve doğum yatakları doğumhanelerden kaldırılarak koltuk yataklar ile değiştirilmelidir. Dik pozisyonların kolaylaştırılması için destekler sağlanmalı ve ebeler gebelerin isteklerine anlayış göstererek uymalıdır. Çevre hareket özgürlüğünde önemli olduğundan, gebenin bulunduğu doğum odası uygun hale getirilmelidir.
- Sağlık personeli gebeyi kontraksiyonlar boyunca yatar veya yarı yatar pozisyon yerine gebenin en rahat ettiği pozisyon değişikliği konusunda yardımcı olmalı ve kadını cesaretlendirmelidir. Gebeler kendilerine seçenek verildiği takdirde doğum sırasında ortalama olarak 7-8 defa pozisyon değiştirmektedirler.

Vücudumuzun en doğal işlevsel özelliği olan doğum hakkında bilgi almak ve hazırlanmak en temel sağlık haklarından biridir. Doğum hastaneleri, servisleri kadar gebe bilgi ve danışma merkezlerine ve hazırlık programlarına da ihtiyaç vardır (32). Sağlık merkezlerinde normal doğum için ayrılan bölümlerin mimari planlamasının da özenle yapılması ve tıbbileştirmeden kaçınılması önem taşıyabilir. Ne yazık ki günümüzde Türkiye’de girişinde “Sancı Odası” tabelası bulunan ve “Doğumhane” olarak isimlendirilen hastane birimleri yer almaktadır (52). Hastane odaları dizaynına bakıldığında genellikle yatak içinde yatan hastalara göre dizayn edilmiş, doğum odaları, kadının sırtüstü yatabileceği şekilde ve sağlık personelinin de yatağın etrafında ve ayakucunda durabilecekleri şekilde tasarlanmış, ıkmama sürecinde dikey pozisyonların kullanılmasına olanak verecek şekilde dizayn edilmemiştir. Kadınlar odanın ortasında yer alan yatağa, özellikle doğum sürecinin sonlarına doğru tırmanmada güçlük yaşamaktadırlar. Çok az sayıda oda sadece yürümek ve çömelmek için uygundur. Ne yazık ki birçok hastanede ve doğum salonlarında yatak odanın büyük bir kısmını kapsamaktadır. Hastanede doğal doğum

gerçekleştirebilmek için öncesinde dikey pozisyonlar hakkında eğitim almış sağlık ekibiyle pozisyonlar hakkında tartışılmalı ve doğumun gerçekleşeceği doğum odasının farklı pozisyonların kullanılmasına olanak verecek şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır. Örneğin; çoğu kadınlar için çömelme pozisyonunda ıkınmak ve doğum yapmak çok rahatlatıcıyken, bu durum doğumda daha önceden bu pozisyonu kullanmamış olan sağlık personeli için oldukça şaşırtıcı olabilir (44). Gebelik süresince gebe ve sağlık profesyoneli tarafından doğum eyleminde kullanılabilecek en az beş tane pozisyon belirlenmeli ve doğumda destek için bulunacak kişilerle denenmelidir. Seçilen özel pozisyon için nasıl bir yardımın gerekeceği tespit edilmelidir. Doğumun gerçekleşmesi düşünülen yerde “tercih edilen doğum pozisyonu için doğum topuna, ekstra yastığa, geriye doğru yaslanabilecek düz bir sandalyeye gereksinim var mı?” gibi durumlara yönelik analizler yapılarak ortamın doğum için uygunluğu ve yapılacak düzenlemelere ayrıca önem verilmelidir (44). Doğum sürecindeki gebe kendini rahat hissedebileceği bir ortamda izlenmelidir. Doğum odasında mümkünse konforlu sandalye ve koltuklar, radyo/kaset çalar, CD çalar ve televizyon bulunmalıdır. Annenin ayrı olarak dinlenebileceği bir doğum odası da bulunmalıdır (13). Doğumhane kavramı ve fiziki mekanının günümüz obstetrik yaklaşımında da yeri olmamalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın kısıtlı içerikte olmakla beraber “Anne Dostu Hastane Programı” çalışmasını yürütüyor olması memnun edicidir (52). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında doğum birimleri için yayınlanan genelgeye göre, yeni yapılacak hastanelerde doğum odalarının sancı-doğum-loğusa odası olarak tek bir oda şeklinde planlanacağı belirtilmektedir (53). Anne dostu hastane kriterinde, gebe kendini rahat, ev ortamında hissedebilmeli, travay sırasında pozisyon kısıtlaması olmamalı, istediği pozisyonda yatabilmeli, odada rahatça yürüyebilmeli, hareket edebilmelidir ifadesidir (54).

Sağlık bilimlerinde kanıta dayalı bilginin her gün biraz daha artması, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle tedavi seçeneklerini de artırmaktadır. Yeni tedavi yaklaşımları, sağlık bakım ekibi olarak hemşire/ebeleri gelişen tedavi uygulamalarında hastaların yaşadıkları sorunların giderilmesi ya da azaltılmasına yönelik girişimleri geliştirmeye ve desteklemeye yöneltmektedir. Bu bağlamda hemşire/ebelerin doğum eylemi ile ilgili geliştirilen protokolleri araştırıp geliştirme,

doğumdaki gebenin ve ailenin ihtiyacını değerlendirip onlara özgü kanıta dayalı bilimsel uygulama ve memnuniyeti en üst düzeyde sağlama sorumlulukları vardır (13). Doğum evresinde dikey doğum pozisyonlarını tercih eden gebelere yardımcı olacak mevcut sağlık sistemindeki faktörler ve uygulamalar yetersizdir (23). Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu desteklemesi, bunu medya organları ve diğer kanallarla halka duyurması, ayrıca ebe/hemşirelerin de düzenlenen eğitim programlarıyla bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları konusunda farkındalıklarının artırılması son dönemlerde çiftlerin doğuma hazırlık sınıflarına katılma isteğinde etkili olmuş, katılımlarını artırmış ve devletin de bu konuda politikasını sürdürmesine katkı sağlayarak doğuma hazırlık sınıflarının kurumsallaşmasına olanak sağlamıştır. Artık anne adayları doğumun merkezinde olmayı, aktif olarak katılmayı, doğumu güzel bir deneyim olarak eşi ve sevdikleriyle birlikte yaşamayı ve kendi bedenlerindeki gelişime güvenerek girişimsiz doğumlar yapmayı istemektedirler (55).

Doğum eylemi kadının yaşantısında, diğer geçici fiziksel deneyimlere göre daha fazla iz bırakacağı bir olaydır. Kadınların hafızalarında uzun süre ayrıntıları ile birlikte hatırlanabilir. Doğumda yaşadığı deneyim diğer deneyimlerini, bebekle iletişimini ve ebeveynliğe adaptasyonunu etkileyecektir. Bu nedenle ebelerin hedeflerinden biride annelere mümkün olduğunca pozitif deneyimler yaşatmak olmalıdır (56). 'Ebelik bakımının amacı; doğum pozisyonlarıyla ilgili farklı seçenekler sunmak, uterus kasılmalarının daha etkin olabileceği, annenin daha rahat edebileceği, gereksiz perineal travmalardan korunabileceği ve bebeğin olumsuz etkilenmeyeceği pozisyonların kullanımını sağlamaktır.' Bu amaçla ebelerin yapması gerekenler; Doğum öncesi dönemde ebeler gebeleri farklı doğum pozisyonları hakkında bilgilendirmelidir (6).

Doğum öncesi dönemde gebelere bilgiler verirken anlayabilecekleri kitap, broşür, slayt ve doğum pozisyonlarını gösteren resimler kullanılabilir. (47).

Riskli bir durum söz konusu olmadığı sürece gebeye hareket kısıtlılığı getirilmemeli, pozisyon değişikliği ve gezinmesi konusunda gebeyi cesaretlendirmenin olumlu olacağı yönünde görüşler bildirilmiştir (57).

Doğum esnasında ebeler anneleri kendilerini rahat hissedebilecekleri, tek bir pozisyona bağlı kalmadan aktif olabilecekleri ve perinede travmaya maruz kalmayacakları pozisyonları vermelidirler. Ayrıca daima FHA takibi için NST'ye bağlı kalmaları gereken anneleri yatak etrafında rahat hareket edebilmeleri için yalnız bırakmamalıdır (6).

İlerleyen dönemde travay süresince yorgun ve bitkin olan anne denge sağlamada zorluk çekebilir ve düşebilir. Bundan dolayı ebeler annenin düşmesini önlemek ve dengesini sağlamak için yalnız bırakmamalı ve sürekli yanında olmalıdır (47).

Doğuma yardımcı olan ve anneyi destekleyen kişiler doğum iskemlesi, çömelme gibi yardımcı araçların ve farklı doğum pozisyonları konusunda bilgilendirmelidir (6).

Ebeler danışmanlık sorumluluğunu yerine getirmeli, gebe kadınları ve ailelerini doğru bilgilendirmeli tüm seçenekleri aileye sunmalı fakat kararlarda yönlendirici olmamalıdır (18). Yeterli ve doğru bilgilendirilmiş gebe ve ailesinin karar sürecine bilinçli olarak katılması, bu sürece uyumu kolaylaştırmaktadır. Perinetal, doğum, posnatal sürecin anne ve yeni doğan için daha sağlıklı geçmesini sağlayacaktır. Bu da ebelerin danışmanlık hizmetlerini tam olarak yerine getirmesiyle mümkündür (19). Williams bilgilendirilen hastaların sağlık personeline güvenlerini artırdığını sağlamıştır (58).

Doğuma yardım eden ebelerin ve hekimlerin farklı doğum pozisyonlarında doğum yaptırılmalarında bilgi ve deneyim kazanmaları gerekmektedir (6). Doğum eyleminde kadına verilen bakım ve uygulamalarda, rutin uygulamalar yerine kanıt temelli bilimsel uygulamaların benimsenmesi gerekmektedir. Bu sebeple doğumhane de çalışan ebelerin kanıta dayalı uygulamaları içeren hizmet içi eğitim programlarına

katılması, bilgilendirilmesi ve tüm dünyada yayımlanan güncel gelişmeleri takip etmesi gerekmektedir (22).

Sağlık bakanlığı tarafından Türkiye için hazırlanan anne dostu hastane kriterlerine bakıldığında doğum yapacak olan gebenin travay süresince yürüme ve hareket etme serbestliği, travay ve doğum esnasında kadının rahat ettiği pozisyonu (komplikasyon olmaksızın) kabullenir ve Litotomi pozisyonunun kullanımını anne istemediği takdirde uygulanmaz (26).

Tüm bunlara bakıldığında ebeğin en önemli amacı ana-çocuk sağlığını geliştirmek ve korumaktır. Ana-çocuk sağlığını gerek duygusal gerek fiziksel olarak etkileyen en önemli durumlardan biri de doğum esnasında kullanılan pozisyonlardır. Bu nedenle ebelerin anne ve bebek sağlığına olumlu olabilecek farklı doğum pozisyonlarını bilmeleri, anneleri bu pozisyonlar konusunda bilgilendirmeli ve bu pozisyonlarda doğum yapmayı tercih eden anneleri cesaretlendirerek yardımcı olmaları anne ve bebek sağlığına önemli katkıları olacaktır. Doğum sanatının korunması ve bir sonraki neslin ebelerine iletilmesi günümüzdeki ebelerin çabalarıyla mümkündür.

4.6. Doğum Pozisyonlarının Tarihçesi

Tüm toplumlarda yeni bir canlıyı dünyaya getirmek insanlığın en büyük mucizesi olarak kabul edilmiştir. Geçmişte ve günümüzde mucize olarak görülen doğum eyleminde bilgi ve deneyimler sonraki kuşaklara gelenekler aracılığıyla aktarılmıştır.

Tarihin çeşitli zamanlarında ve uygarlıklarında gebenin doğum pozisyonu ile ilgili uygulamalar farklılık göstermektedir. İlk yazılar ve ilk insanların yaptığı eşyalar kadınların doğum pozisyonlarının binlerce yıl öncesine dayanan bir tarihe sahip olduğunu göstermektedir (42).

Tarih boyunca doğum eyleminde pek çok doğum pozisyonu denenmiştir. Doğu Arkansas'da bir kadının uyluk üzerinde elleriyle çömelme pozisyonu, antik Çin ve Japonya'da bir saman paspasa üzerinde diz çökmüş, kadınlar ve Yunan

kabartmasında da iki yardımcı tarafında desteklenen tabure üzerinde doğuma ilişkin kayıtlar mevcuttur (25).

Antik çağda doğum yapana deneyimli, tecrübeli kadınlar yardımcı olmuştur. Böylece doğum kadına özgü bir olay olarak benimsenmiştir. Önceleri yardım; ezgi, şarkı, ilahi söyleyerek kadını cesaretlendirmek iken sonraları ebelik sanatını doğurmuştur. Gebenin doğum pozisyonu tarihin çeşitli dönemlerinde ve uygarlıklarında farklılık göstermektedir. M.Ö 2500'de gebe Mısırlı kadınlar doğum ağrısı sırasında doğum taburelerine oturtulduğu ya da sıcak taşların üzerinde çömeldiği doğum evlerine gönderildi. Bir ebenin oğlu olan Hipokrat doğum sandalyesinin ilk destekçilerinden biridir. M.Ö. 2000 l, yıllardan Babil kültüründe doğum sandalyeleri kullanımı gözlenirken daha sonraları dünyanın pek çok yerinde kullanımı yayılmıştır (59).

Mezopotamya, Hitit ve Yunan uygarlıklarında kadınların doğum yaparken (oturmakta/ayakta durmakta) dikey pozisyonları tercih ettikleri bilinmektedir. Antik çağlarda; Uzak doğuda, Arap dünyasında, Moğollarda ve Amerika yerlilerinde doğumun oturarak, çömelerek ve ayakta yapıldığı bilinmektedir (60). Antik çağda toprak üstünde yapılan doğumlar da inanışa göre toprak ana ile bütünleşme söz konusudur (13).

Dikey pozisyon bazı ilkel toplumlarda ve ülkemizin kırsal kesimlerinde halen geçerliliğini korumaktadır. Doğum sırasında dikey pozisyonun, bebek başının pelvis girimine uyumunu kolaylaştırdığı, pelvis giriminin ön-arka çapını 1,5 cm artırdığı, uterus kontraksiyonlarını artırdığı ve plasentanın bebekten daha yüksek olması nedeniyle bebeğe doğru giden kan akımının fazla olması gibi avantajları olduğu savunulmuştur. Fakat bu pozisyonda ıkmaların kontrolsüz ve travmatik olduğu durumlarda doğum kanalında laserasyonlara neden olduğu belirtilmiştir (60).

İlk olarak sırt üstü doğum; bir kadının doğum esnasında sırt üstü yatmasıyla kayda geçen ilk olay 1663 yılında olmuştur. Fransa kralı XIV. Louis'in sevgilisi Loise de la Valliere'nin doğumu sırasındadır. İngiltere ve Fransa da kullanılmaya başlanan forsepsin icadıyla sırt üstü pozisyon giderek yaygınlaşmaya başlanmıştır. 1668

yılında François Mauriceau'nun ebelikle ilgili bilimsel yayınında sırt üstü yatar pozisyonun önerildiği görülmektedir. 1723 yılında Orta çağ Almanyasında ise Roederer taburede doğumu kaldırarak yatakta doğum yaptırmış ve yeni bir dönem açmıştır. 1826 yılında William Dewees isimli Amerikalı hekim, kadınların ayaklarını yukarı kaldırıp üzerlerine koymak için üzengileri kullanıma açtığında, gebelerin hareketlerin kısıtlanması bir adım daha ileri gitmiştir (16). 1850 yılları civarında stetoskobun icadıyla doğum esnasında bile fetüsün kalp atışlarının dinlenmesi önem kazanmıştır. Çünkü gebe supine pozisyonunda fetüsün kalp atışı en iyi şekilde duyulabiliyordu. Tüm bunlar doğrultusunda teknolojinin gelişmesiyle birlikte sorunsuz giden bir doğum esnasında bile gebeler sırtüstü yatırıldı (16). 1847 yılında Edinburgh dan Sir James Young Simpson uçucu organik bir sıvı olan kloroformun anestezik özelliğinin keşfetmiştir. 1853 yılında İngiltere kraliçesi Victoria sekizinci doğumunda ilk olarak kloroform kullanılmış ve bu olay çok sayıda nüfus sahibi kadının yatarak doğumunu gerçekleştirmesine yol açmıştır (61).

Foseps ilk olarak 1588 yılında kullanılmıştır. Forsepsi ilk dizayn eden kişi Peter Chamberlendir. Chamberlenin icadı ailesi içinde üç kuşak boyunca uygulanmış ve gizli tutulmuştur. Forsepsle doğum aristokrat aileler arasında yaygınlaşmış ve forsepsle olan doğumlara fazla para ödenmeye başlanmıştır.

Bunun üzerine birkaçkuşak sonra forseps kamuya açıklanmıştır. 1800'lü yıllarda çok fazla sayıda üretilmeye başlanmış ve ünlenmiştir.

1882 yılında George J. Engelmann tarafından doğum pozisyonları ile ilgili yazılmış ilk belge; doğum pozisyonları ile ilgili kitaptır.

1920'nin başlarında Amerikan Hekim Joseph de Lee doğum olayının doğal bir süreç olmadığını kadının perineal bölgesinde patolojik sebeplere neden olabileceğini açıklamıştır. Bu nedenle Litotomi pozisyonunda doğumu gerçekleştirmelerini önermiştir. Ayrıca perineal kaslarda oluşabilecek laserasyonları önlemek için perine bölgesine kesinin yapılmasını tavsiye etmiştir. Böylece epizyotomi ve forseps rutin olarak beraber uygulanmaya başlanmıştır (44).

Türk tarihinde doğum ile ilgili araştırmalara nadir olarak rastlanmaktadır. İstanbul Üniversitesi arşivinde el yazmaları arasında bulunan Fazıl Enderuni'nin "Hübabname ve Zennename"sindeki eserde, gebe bir kadını ve ona yardımcı olan sekiz kadını resmektedir (62). Sınırlı olan verilere bakıldığında ülkemizde de doğumda çeşitli pozisyonlar kullanılmıştır. Güney Anadolu bölgesine bakıldığında gebe kadın bir leğene çömeltilerek, Sivas'ta gebe ebenin kucağına oturtularak, Bayburt'ta gebe yukardan sarkıtılan iplere tutunarak, Adana'da ısıtılmış tencerenin üzerine oturtularak gebelerin doğum yaptırıldığı bililerine ulaşılmıştır (63). Toplumun gelişmesiyle, doğum masalarının kullanılmaya başlanmasıyla yatay doğum pozisyonları tercih edilmeye başlanmıştır (15).

4.7. Doğum Masalarının Gelişimi

Kadınların eski Mısır da üçtaştan oluşan iskemleye oturarak ya da çömelerek doğum yaptıkları yine Tevrat'ta İsrail kadınlarının yardımcı kadının kucağında 'Ebnaim' adı verilen taşlar üzerinde doğum yaptıkları söylenmektedir (15). Hipokrat eski Yunan da doğum iskemlesi kullanılmayı tavsiye etmiştir. Eski Roma ya bakıldığında doğum eyleminin bir ayin şeklinde yapıldığı, gebenin 'pallium' denilen özel bir kıyafet giydirildiği, başına tılsımlı bir şerit bağlandığı ve kutsanmış yatağa yatırılarak doğum yaptırıldığı söylenmektedir (64). İtalya'nın Padava şehrinde Orta çağ döneminde aralıksız üçgen şeklinde doğum iskemlesinin arkasında doğuma yardımcı kadının gebeyi oturarak doğuma yardım ettiği görülmektedir (65).

Doğum sürecindeki uygulamalar kadın sağlığı, bebek sağlığı ve gebeliğin sonuçları açısından önemlidir (59). Doğum eyleminde kadının yaşadığı doğum deneyiminin olumlu sonuçlanması anne sağlığı, bebek sağlığı ve anne-bebek ilişkisinin kurulmasına yardımcı olacaktır (66).

Tarihin çeşitli dönemlerinde ve uygarlıklarında görüldüğü gibi, doğum eyleminde ve doğum ağrısı dönemlerinde gebeler rahatlamak için yürümeyi, hareket değişikliği ve pozisyon değişikliklerini kendiliğinden tercih etmişlerdir. Günümüze bakıldığında

ise kadınların doğum ortamında yürüme ve hareket değişiklikleri kısıtlanmaktadır (31).

Doğum eyleminde rahat bir pozisyonda olmak kadının gevşemesini sağlayacaktır. Strese ve zorlanmalara neden olan pozisyonlar doğum eyleminin güçleştirilmesine ve kadının zorlanmasına sebep olacaktır. Çoğu kadın ayakta durmayı ve dolaşmayı tercih ederken bazıları sırt üstü yatış pozisyonunu tercih etmektedir. Mümkün olduğu kadar supine pozisyonlarından uzak durulmalıdır.

4.8. Litotomi Pozisyonu

Litotomi pozisyonu kadınların jinekolojik muayene sırasında muayene masasında bacaklarını yanlara koyarak aldıkları pozisyonudur.

Günümüzde gebeler intravenöz kataterler, elektronik fetal monitörler, otomatik kan basıncı monitörleri gibi teknolojinin kullanımının artmasına bağlı olarak travay süresince supine pozisyonda, doğumhanede ise doğum masalarının şekline bağlı olarak Litotomi pozisyonunda doğumunu gerçekleştirmektedirler (67).

Doğum eylemi esnasında Litotomi pozisyonunun kullanılması gereken durumlar; Vakum, Forseps ve Epizyotomi uygularken, epizyotomi ve spontan laserasyon onarımı yapılırken Litotomi pozisyonu doğum eylemi süresince analjezik ve anestezi maddelerinin kullanımını kolaylaştırır. Doğuma yardım eden kişinin daha rahat çalışmasını sağlar. Litotomi pozisyonu birçok ülkede ve ülkemizde geleneksel olarak kullanılmaya devam etmektedir. Litotomi pozisyonunun doğum eyleminde kullanılmasının bebek ve anne sağlığına olumlu etkilerinin olmadığı, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (6).

Litotomi pozisyonunun bir takım olumsuz etkileri vardır. Bunlara baktığımızda;

Annenin kan basıncındaki düşmeye bağlı olarak uterusu giden kan akımının azalması sonucu fetüsün oksijenlenmesinde azalma görülür. Uterusun kanlanması azalması

nedeniyle uterus kasında hipoksi gelişmesine neden olur. Bu durum annenin algıladığı ağrı şiddetini artırır. Litotomi pozisyonunda doğumunu gerçekleştiren annelerin daha çok ağrı hissettiği ve analjezik kullanım gereksinimini artırdığı bildirilmektedir (6).

Litotomi pozisyonunda uterus diyafragma daha çok basınç yapar ve annenin diyafragmasına olan basınç nedeniyle daha zor solunum yaşadıkları belirtilmiştir. Litotomi pozisyonu Perinenin gerilemesine neden olarak epizyotomi ve spontan laserasyon oluşma olasılığını artırır. Annede oluşan bulantı-kusma'da kusmuğun aspire edilme olasılığını artırır. Litotomi pozisyonunda uterus kontraksiyonlarının şiddetinin ve sıklığının azalmasından dolayı doğum eylemini hızlandırıcı Oksitosin stimülasyonuna gereksinim artar. Litotomi pozisyonunda bacakların yukarıya kaldırılmasıyla alt ekstremitelerde basınç oluşturarak kan dolaşımını engeller. Pospartum dönemde tromboflebit gelişme riski vardır (6).

Doğum eylemi ve travay süresince annenin tek bir pozisyonda bekletilmesi, hareket kısıtlılığı getirilmesi, onun kendini kötü hissetmesine ve üzülmesine neden olmaktadır. Doğum eylemi süresince Litotomi pozisyonunda olan kadının bakımında ebelerin amacı bu pozisyonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek ve annenin rahatlığını sağlamaktır.

4.8.1. Litotomi Pozisyonunda Ebelerin Yapması Gerekenler

Hipotansiyon sendromunun etkilerini azaltmak için kadının sağ kalçasının altına minder ya da yastık yerleştirilebilir.

Annenin kaslarının kasılmasını azaltmak için ve bacaklarda oluşabilecek krampları önlemek için annenin ayakları dorsifleksiyona getirilebilir.

Bacaklardaki doku zedelenmelerini önlemek için bacaklar yukarı kaldırılır, böylece basınç noktalarına baskı yapması önlenir.

Bacaklarda oluşabilecek gerilmeleri ve doku zedelenmelerini önlemek için her iki bacak birlikte yukarıya kaldırılır ve aşağı indirilir.

Travay süresince Litotomi pozisyonunda olan annenin duygusal ve fiziksel rahatsızlığını önlemek için annenin pozisyon değişikliğine, yatak içi hareketlerine izin verilmelidir. Anne bu pozisyonda mümkün olduğu kadar kısa tutulmalıdır.

4.9. Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi

Perine; mons pubisten anüse kadar uzanan, tüm dış genital organları ve bunlara ait kas, fascia, damar ve sinirleri kapsayan anatomik bölgelerdir. Perine tabanının dış yüzeyini oluşturur ve pelvisteki organlara destek görevini yapar (1).

Vajinal doğum, gebelik ürünü olan fetüs ve plasentanın uterustan dış ortama atıldığı süreçtir (46). Bilim insanları doğum sürecinde farklı tekniklerin arayışı içinde olmuşlardır. Bunlardan biriside epizyotomidir.

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, perineal travmaları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci evresinde fetüsün önden gelen kısmının perineyi itmeye başlamasından sonra perinede bulbo-cavernos kasına yapılan kontrollü cerrahi bir insizyon olarak tanımlanır (68).

Epizyotomi uygulamasına ilişkin ilk verilere 18. ve 19. yüzyıllarda rastlanmaktadır. İlk kez 1742'de İrlandalı ebe olan Sir Fielding Ould, zor doğumları kolaylaştırmak amacıyla vagina çıkışını kesmiş ve insizyonun potansiyel avantajları tartışılmaya başlanmıştır (69). 1799'da Michaelis midline (median) insizyonu kullanmış ve daha yararlı olacağını belirtmiştir (70).

Braun tarafından 1857 yılında ilk kez kullanılan epizyotomi kelimesinin literatüre ilk girişi ise 1884 yılında Almanca olarak Crede ve Colpe'un yayınları ile olmuştur (71). 1878 yılında Broomall ve 1885 yılında Wilcox, perinedeki yırtıkları önleyen bir

girişim olarak epizyotominin rutin uygulanmasını tavsiye etmiş fakat epizyotomi uzun bir süre yaygın bir şekilde kullanılmamıştır (72). Stahl ve Hirst gibi uzmanlar 1900'lü yıllarda epizyotominin klinik uygulamada daha yaygın olması gerekliliğini savunmuşlardır (71). 1918 yılında Pemoray ve 1920 yılında DeLee epizyotomiye özellikle pelvik taban hasarını ve fetüsün kafa travmasını önlediğini ileri sürerek her doğumda uygulanmasını önermişlerdir. Pemoray, median epizyotomi insizyonunun perine gerginliğini azalttığını ve simetrik olarak dikiş olasılığı yarattığını vurgulamış fakat Pomeroy'un bu görüşü o tarihlerde eleştirilere neden olmuştur (73). De Lee, doğum eyleminin patolojik bir süreç olduğu ve patolojik sonuçların önlenmesinde birtakım müdahalelerin gerekli olduğu üzerinde durmuş, anne ve bebek sağlığı açısından epizyotominin özellikle pelvik taban hasarını ve perine laserasyonlarını önlediğini ileri sürerek bütün primiplarlara rutin olarak epizyotomi ve forseps uygulamasını önermiştir (74). Bu tarihsel süreç doğrultusunda epizyotomi obstetrik ile ilgili literatürde güvenilir bir yöntem olarak ele alınmıştır. Daha sonra epizyotomi özellikle vajinal doğumlarda perinedeki laserasyonların önlenmesinde çok fazla ilgi görmüş, doğumların daha çok ev yerine hastanede yapılması, ebelerin yerine hekimlerin tercih edilmesiyle yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (74). Bunun yanı sıra lokal anestezi maddeler ve dikiş materyallerinin gelişimi de epizyotominin kullanımında artışa sebep olmuştur (69). Yirminci yüzyılda hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve anestezi tekniklerinin gelişmesi modern cerrahinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Böylece sectio, forseps ile doğum ve epizyotominin klinik uygulamaya geçirilmesi tekrar gündeme gelmiştir (73). Epizyotomi 1918'de Pomeroy, 1920'de De Lee'nin araştırmaları ve çabaları ile tüm dünya ülkelerinde giderek artan bir biçimde uygulanmaya başlamıştır (75). Epizyotominin her doğumda güvenilir bir yöntem olarak tercih edilmesi 1940'lardan 1980'lerin başına kadar devam etmiştir (73). O senelerde epizyotominin yaygın kullanımında öne sürülen gerekçeler şunlardır;

- Üçüncü ve dördüncü derece laserasyonları önlemesi
- Fetüs başının travmaya uğramasını önlemesi
- Spontan laserasyona göre onarımının daha kolay ve yara iyileşmesinin daha hızlı olmasıdır.1980'li yıllardan sonra normal doğuma gereksiz

hiçbir müdahalenin yapılmaması gündeme gelmiş ve tartışmalar başlamıştır.

4.10. Epizyotomiye Bağlı Ortaya Çıkabilecek Sorunlar

Epizyotomiye bağlı olarak birtakım sorunlar oluşabilir. Bunlar;

4.10.1. Epizyotomi ve Ağrı

Epizyotomi oldukça ağrı veren bir insizyondur. Perine bölgesihassas bir bölgedir ve bu bölgedeki kaslar oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi birçok işlevsellikten dolayı çok fazla rahatsızlığa sebep olmaktadır. Bu yüzden epizyotominin doğum eyleminde çok sık tercih edilen bir operasyon olması ve bu kadınların birçoğunun farklı şiddette ağrı yaşamaları, epizyotomi sonrası yaşanan ağrının şiddeti ve bu ağrıyı hafifletmede kullanılan yöntemler ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmasına neden olmuştur (76) (77). Perinedeki travmasının neden olduğu ağrı kadının barsak, üriner ve cinsel fonksiyonlarının dışında annenin bebeğini etkin emzirmesine engel olarak ve psikolojik durumunun bozulmasına da sebep olmaktadır (76) (78).

4.10.2. Epizyotomi ve Cinsel Yaşam

Doğum eyleminde uygulana epizyotomi ya da kendiliğinden oluşan perinede ki laserasyonlar cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olarak kadının cinsel memnuniyetini azaltabilir ya da eşlerin tekrar normal cinsel yaşamlarına dönmelerini geciktirebilir. Normal vajinal doğum yapan kadınların birçoğunun genellikle geçici olan ağrılı cinsel ilişki yaşadıkları ve mediolateral epizyotomi şeklinin ve geleneksel dikiş yönteminin varlığı durumunda bu durumun daha da kötüleştirdiği belirtilmektedir (79) (80). Ayrıca epizyotomi onarımı vajinal açıklık ve kas tonüsünü değişmesine neden olarak eşlerin cinsel isteklerinin azalmasına ve cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (73) (79) (80).

4.10.3. Epizyotomi ve Anne-Bebek İletişiminin Başlatılması

Doğumdan sonraki 1-30 dakikalık zaman dilimi içinde bebek uyanık, aktif, uyaranlara etkin yanıt verir durumda ve çevre ile ilgilidir. Bu nedenle ilk 30 dakikalık dönem annenin bebeği ile etkin bir şekilde iletişim kurması ve bebeğini emzirmesi için en uygun zamandır. Ayrıca bebeğin doğum sonra ilk 30-60 dakika içinde ten tene temasın sağlanması ve anne bebek iletişiminin erken başlatılmasının etkili bir emzirme süreci geliştirmeye ve bebeğin psikososyal gelişimine olumlu yönde katkısı vardır (81) (82). Epizyotomi uygulamasından sonrasındaki onarım süreci anne-bebek iletişiminin başlatılmasını, etkili emzirme sürecinin başlamasını ve annenin istirahata alınmasını geciktirmektedir (83).

4.10.4 Epizyotomide, Yara İyileşmesi ve Komplikasyonları

Literatürdeki verilere bakıldığında epizyotomide yara iyileşmesinin, laserasyonlara göre daha iyi olduğu ve enfeksiyon gelişme riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (84) (85). Fakat bazı çalışmalara bakıldığında perineal yırtıkların epizyotomi ile aynı ya da daha kısa sürede iyileştiği ve epizyotomi uygulanan kadınlarda enfeksiyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (86). Epizyotomi sonrası enfeksiyon oluşma olasılığı sık görülmez. Enfeksiyon oluştuğunda da deri ve deri altı dokularına yayılır. Epizyotomi sonrası dikişlerin açılması yaygın bir komplikasyon değildir. Literatürle bakıldığında en yaygın açılma nedeninin lokal enfeksiyon olduğu belirtilmektedir (87). Epizyotomi dikişleri açıldığı zaman cinsel yaşam bozukluğu ve fekal inkontinans nedeniyle kadının doğum sonu yaşamı olumsuz etkilendiği için zaman kaybetmeden uygun ve yeterli bir preoperatif bakım alması, yaranın temizlenmesi, açılan dikişlerin erken dönemde yeniden onarılmasının başarılı ve güvenilir bir yol olduğu belirtilmektedir (86).

Ebelerin epizyotomi uygulamasını en aza indirmek için yapması gerekenler

- Ebeler, kadınları epizyotomi hakkında bilgilendirmeli, epizyotominin gerekli olduğu durumları ve zararları konusunda eğitim vermelidir.

- Rutin epizyotomi uygulamayan hastaneler araştırılmalı bu hastanelerin tercihi konusunda yardımcı olunmalıdır.
- Kegel egzersizleri anneye anlatılmalı ve gebelik süresince yapılması için desteklenmelidir.
- Farklı doğum pozisyonları anlatılmalı ve annenin farklı doğum pozisyonunda doğumunu gerçekleştirmesi için cesaretlendirilmelidir.

Gelişmiş ülkelere baktığımızda, kadınlar epizyotomi hakkında bilgilendirilmekte ve onayları alınmaktadır. Ülkemizde ise rutin olarak epizyotomi uygulanmakta, doğum anında bilgi verilmemektedir.

Ülkemizde ve dünya da çok sık kullanılan Litotomi pozisyonunda gerçekleşen doğumların epizyotomi ve perineal travmaları artırdığı araştırmalar doğrultusunda tespit edilmiştir (88).

Birçok kadının kendi tercihleri olmaksızın hastanelerde supine, Litotomi pozisyonunda doğum sürecini ve doğum anını geçirmektedir. Bur durum aktif rol oynaması gereken kadını pasif hale getirmektedir.

Dünya sağlık örgütü kadınların doğum süresince hareket etmelerini, dik pozisyon almalarını önermektedir. Yapılan araştırmalara göre dik pozisyonda doğumunu gerçekleştiren kadınların yarı yatar ya da sırt üstü pozisyonda doğumunu gerçekleştirenlere göre daha az laserasyonlara ve epizyotomiye gereksinim duyduğunu bildirmektedir (88).

Epizyotomi; doğum sırasında kadının perine bölgesine vajina ve anüs arasına uygulanan bir kesidir. Ülkemizde ve tüm dünya da en yaygın olan epizyotomi, doğum anında oluşabilecek komplikasyonları önleyebileceği iddia edilmektedir. Epizyotominin idrar kaçırma ve dışkı tutamama sorunundan koruduğu, bebekte oksijen yetersizliğinin ve zekâ geriliğini önlediği, bebeğin omzunun takılmasını önlediği gibi fikirler öne sürülmektedir. Bu konu hakkında pek çok araştırma yapılmış ‘destekleyici kanıta dayalı araştırma’ değildir.

WHO göre rutin epizyotomi uygulamasının hiçbir faydası yoktur (61). Rutin epizyotomi uygulamanın zararlarına bakıldığında; idrar ve dışkı tutamamaya sebep olan komplikasyonlarla ilişkilendirilir. İyileşme sürecine bakıldığında haftalar ve aylar süren acıya sebep olur. Annede acı nedeniyle bebekle olan iletişim zayıflar ve emzirmesine engel olur. İyileşme sürecinde dikkat edilmediği takdirde kesi iltihaplanır ve pelvik taban kaslarına kalıcı hasar verir (61).

Dünya sağlık örgütü epizyotominin yalnızca gerektiği durumlarda kullanılmasını hedeflemektedir.



5. METOD VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Tipi

Prospektif tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

İstanbul ilinde yer alan bir hastanenin doğum kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Kurum yetkilileri ile görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı (EK 1) alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma verileri, Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma yapılan hastanede doğum yapan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmakta ve bu hastanede 2016 yılında toplam 3672 doğum olmuştur. Doğum yapmak için hastaneye başvuran ve örnekleme seçim kriterlerine uyan 188 gebe araştırmanın örnekleme grubunu oluşturmaktadır. Araştırmada yer alan diğer grup; doğumhanede görev yapan sağlık çalışanlarıdır. Araştırmanın yapıldığı hastanede 40 ebe, 42 asistan, 14 uzman hekim araştırmanın örnekleme grubunu oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için;

Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini

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

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında toplanması gereken minimum olgu sayısı 188 olarak hesaplanmıştır.

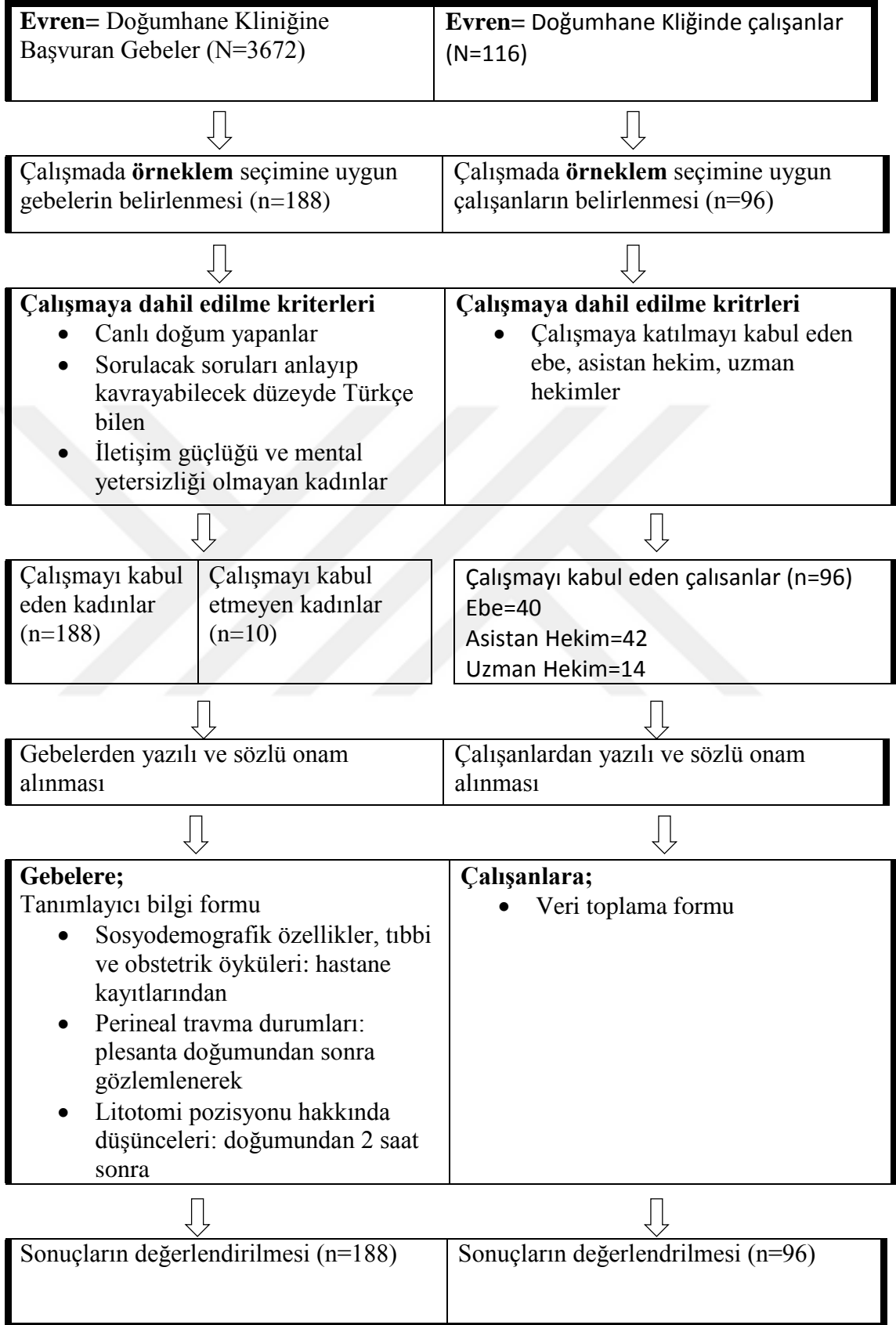
5.3.1. Örneklem seçim kriterleri

- Canlı doğum yapanlar,
- Sorulacak soruları anlayıp kavrayacak düzeyde Türkçe bilen,
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan kadınlar

5.3.2. Araştırma dışı bırakılma kriterleri;

- Sezaryenle doğum yapan kadınlar,
- Türkçe bilmeyen kadınlar,
- Sorulacak soruları anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmayan,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeyen kadınlar

5.3.3. Araştırma akış şeması



Şekil 5.3.3. Araştırma akış şeması

5.4. Araştırmanın Soruları

- Annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonlarını bilme durumları nasıldır?
- Annelerin ve doğumhane çalışanlarının perine travması ile ilişkili görüşleri nasıldır?

5.5. Veri Toplama Araçları

Kadın doğum kliniğine başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uyan gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Verilerin toplanmasına 4 Kasım 2016 tarihinde başlanmış, Haftanın belirli günlerinde ve örneklem sayısına ulaşıncaya kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Her bir görüşme 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmanın veri toplama aşaması 31 Mart 2017 tarihinde sona ermiştir. Veri toplama aracı olarak “Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK II)” ve “Çalışanlar Veri Toplama Formu (EK III)” kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Tanımlayıcı bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilmiştir. Bu formda kadınların sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu özellikleri, gebelik ve doğumla ilgili özellikler, yenidoğan ile ilgili özellikler olmak üzere toplam 44 soru yer almaktadır. Ön uygulama 20 gebe ile yapıldıktan sonra araştırmaya hazır hale getirilmiştir.

5.5.2. Çalışanlar Veri Toplama Formu

Çalışanlar veri toplama formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilmiştir. Bu formda çalışanların meslekleri, pozisyon bilgisi, epizyotomi ile

ilgili düşünceleri ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla toplam 34 soru yer almaktadır. Ön uygulama 20 doğumhanede çalışan sağlık görevlisi ile yapıldıktan sonra araştırmaya hazır hale getirilmiştir.

5.6. Veri Toplama Aşamaları

Gebelere ait sosyodemografik özellikler, tıbbi ve obstetrik öyküleri ve bu gebeliklerine ilişkin özellikleri; hastane kayıtlarından, doğumda pozisyon bilgileri; latent fazda anket soruları vasıtasıyla, perineal travma durumları; plasentanın doğumundan sonra araştırmacı tarafından gözlemlenerek, litotomi pozisyonu hakkında düşünceleri ise doğumunu gerçekleştirdikten 2 saat sonra anket soruları vasıtasıyla, elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarının verileri ise sadece anket soruları kullanılarak elde edilmiştir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Değerlendirmelerde öncelikle değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, kesikli değişkenler kişi sayısı ve yüzde ile, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kesikli değişkenlerin kıyaslanması çapraz tablonun özelliğine göre uygun olan Ki-Kare Testi ile değerlendirilmiştir.

Bahsi geçen analizler için Statistical Package for the Social Science programı (SPSS-20) kullanılarak, güven aralığı %95 düzeyinde tutularak analiz sonuçları $p < 0.05$ düzeyi ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, araştırmanın yapıldığı örneklem grubu için geçerlidir. Araştırmada soru formu, katılımcıların öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçları, sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir. Bunun yanında doğumhane sağlık çalışanlarının bir kısmı çok sayıda anket

verildiği gerekçesi ve çalışmanın bir avantaj sağlamayacağı, değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle başlangıçta isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği, görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

5.9. Araştırmanın Süresi

Araştırma Kasım2016 ve Mart 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar

- Çalışma alanının kısıtlı olması
- Doğum pozisyonu ve perineal travmaya ilişkin az sayıda çalışma olması

6. BULGULAR

Çalışma Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olan 188 gebe kadın ve 96 doğumhane çalışanı (ebe, asistan ve uzman hekim) ile yapılmıştır.

6.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Araştırmaya Katılanların Doğum Pozisyonları Görüşlerine İlişkin Bulgular

6.3. Araştırmaya Katılanların Epizyotomi Uygulaması ve Perine Travmalarına İlişkin Bulgular



6.1. Araştırmaya Katılanların Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri, tıbbi ve obstetrik öyküleri, bu gebeliklerine ilişkin özellikleri, doğumda pozisyon bilgileri, litotomi pozisyonu hakkında düşünceleri ve perineal travma durumları incelenmiştir.

Tablo 6.1.1. Doğumhane Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Ort \pm SS: 29.90 \pm 6.75 (min:20-max:58)	20-29 arası	58	60.4
	30-39 arası	31	32.3
	40 ve üzeri	7	7.3
Meslek	Ebe	40	41.7
	Asistan hekim	42	43.8
	Uzman hekim	14	14.6
Çalışma yılı Ort \pm SS: 5.4 \pm 6.2 (min:1-max:34)	1-9 arası	86	89.6
	10-19 arası	4	4.2
	20 ve üzeri	6	6.2
Öğrenim düzeyi	Lise	3	3.1
	Üniversite	37	38.5
	Yüksek Lisans	42	43.8
	Doktora	14	14.6
Doğum sayısı Ort \pm SS:0.2 \pm 0.5 (min:0-max: 2)	Nullipar	73	76.1
	Primipar	20	20.8
	Multipar	3	3.1
Doğum şekli	Nullipar	73	76.0
	Normal spontan doğum	9	9.4
	Acil sezaryen	7	7.3
	İsteğe bağlı sezaryen	7	7.3

Doğumhane çalışanlarının yaşları 20-58 arasında değişmekte olup, ortalaması 6.75 \pm 29.9'dur. Doğumhanede görev çalışanlarının %43.8'i asistan hekim, %41.7'si Ebe, %14.6'sı Uzman hekimdir. Çalışma yılı 1 ile 34 arasında olup, ortalaması 5.4 \pm 6.2.dir. Çalışanların %3.1'i lise, %38.5'i üniversite, %43.8'i yüksek lisans,

%14.6'sı doktora mezunu olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanların doğum sayıları 0-2 arasında değişmekte olup, ortalaması 0.2 ± 0.5 'dir. Çalışanların %76'sı hiç doğum yapmadığını, %9.4'ü normal spontan doğum, %7.3'ü acil sezeryan, %7.3'ü isteğe bağlı sezaryen olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Ort \pm SS: 27.05 \pm 5.79 (min:18-max: 45)	18-27 arası	112	59.6
	28-34 arası	50	26.6
	35 ve üzeri	26	13.8
Öğrenim düzeyi	İlkokul	95	50.5
	Ortaokul	66	35.1
	Lise	21	11.2
	Üniversite	6	3.2
Çalışma durumu	Çalışıyor	10	5.3
	Çalışmıyor	178	94.7
Sağlık güvencesi	SGK	124	66.0
	Yeşil kart	52	27.7
	Sağlık güvencesi yok	12	6.4
Medeni durumu	Evli	182	96.8
	Bekar	6	3.2
Gelir durumu	Düzenli geliri yok	9	4.8
	Gelir giderden az	87	46.3
	Gelir gidere denk	92	48.9

Yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olan 188 kadın ile yapılmıştır. Kadınların yaşları ortalaması 27.05 ± 5.79 'dur. Kadınların %50.5'i ilkokul mezunudur ve kadınların %94.7'si çalışmadığını belirtmişlerdir. Kadınların %6.4'nün sağlık güvencesi yoktur

Tablo 6.1.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tıbbi ve Obstetrik Öyküsü

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Alerji öyküsü	Var	4	2.1
	Yok	184	97.9
Geçirilmiş operasyon	Var	23	12.2
	Yok	165	87.8
Sürekli ilaç kullanımı	Var	5	2.7
	Yok	183	97.3
Sigara içme durumu	Evet	20	10.6
	Gebeliği sırasında bıraktı	5	2.7
	Hayır	163	86.7
Kronik hastalık	Var	21	11.2
	Yok	167	88.8
Gebelik sayısı Ort \pm SS: 2.4 \pm 1.3 (min: 1-max: 10)	Primigravida	46	24.5
	Multigravida	142	75.5
Doğum sayısı Ort \pm SS: 2.1 \pm 1.1 (min: 1-max: 10)	Primipar	52	27.7
	Multipar	136	72.3
Yaşayan sayısı		1-10	2.1 \pm 1.1
Akraba evliliği	Evet	55	29.3
	Hayır	133	70.7

Annelerin %24.5'i primigravida, %27.7'si primipar olup gebelik sayısı ortalaması 2.4 \pm 1.3 (min: 1-max: 10), doğum sayısı ortalaması 2.1 \pm 1.1 (min: 1-max: 10) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.1 \pm 1.1 (min: 0-max: 10) olarak hesaplanmıştır. Kadınların %29.3'u akraba evliliği yaptığını bildirmiştir.

Tablo 6.1.4. Bu Gebeliklerine İlişkin Özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	146	77.7
	Hayır	42	22.3
Gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	7	3.7
	Hayır	181	96.3
Gebelik sırasında hastanede yatma durumu	Evet	4	2.1
	Hayır	184	97.9
Toplam gebelik haftası Ort \pm SS: 39.2 \pm 1.0 (min: 32-max: 41)	32-36	9	4.8
	37-39 arası	93	49.5
	40 ve üstü	86	45.7
Birinci dakika APGAR		7-9	8.5 \pm 0.5
Beşinci dakika APGAR		9-10	9.5 \pm 0.4
	1810-2499	12	22.3
	2500-2999	42	39.9
	3000-3499	75	25.5
	3500-3999	48	5.9
Bebeğin doğum ağırlığı	4000 ve üzeri	11	6.4

Kadınların %77.7'sinin gebeliği planlı olup, %96.3'ü gebeliği sırasında sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Birinci dakika APGAR skoru ortalaması 8.5 \pm 0.5 (min: 7 - max: 9) ve beşinci dakika APGAR skoru ortalaması 9.5 \pm 0.4 (min: 9 - max: 10)'dür.

Tablo 6.1.5. Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğuma hazırlık sınıfı katılma	Evet	3	1.6
	Hayır	185	98.4
Doğum pozisyonu hakkında eğitim alma	Evet	2	1.1
	Hayır	186	98.9
Perine masajı hakkında eğitim alma	Evet	0	0
	Hayır	188	100.0

Kadınların %98.4'ü doğum öncesi dönemde doğuma hazırlık sınıfına katılmadığını, %98.9'u doğum pozisyonları, %100'ü doğum pozisyonları hakkında eğitim almadığını ifade etmiştir.

6.2. Araştırmaya Katılanların Doğum Pozisyonları Görüşlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. Annelerin Doğum Pozisyonları Hakkında Bilgi Kaynakları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Akraba	Evet	101	53.8
İnternet	Evet	46	24.5
Hekim	Evet	28	17.9
Diğer anneler	Evet	11	5.9
Televizyon	Evet	6	3.2
Arkadaş	Evet	6	3.2
Ebe	Evet	5	2.7
Gazete	Evet	1	0.5

Kadınların %53.8'i akrabalarından, %24.5'i internetten, %17.9'u hekimlerden, %2.7'si ebelerden, doğum pozisyonları hakkında bilgi aldığını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.2.2. Annelerin Evde Doğum ve Doğum Sandalyesi Hakkında Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum esnasında doğum sandalyesi kullanımını duyma	Evet	17	9.0
	Hayır	171	91.0
Evde doğuma şahit olma	Evet	18	9.6
	Hayır	170	90.4
Evde doğum yapmak güvenli midir?	Evet	3	1.6
	Hayır	185	98.4
Evde doğum yapan tanıdığı olması	Evet	106	56.4
	Hayır	82	43.6

Kadınların %91'i doğum esnasında doğum sandalyesi kullanıldığını duymadığını ifade etmişlerdir. Kadınların, %56.4'unun evde doğum yapan tanıdığı olduğunu belirtirken, %98.4'ü evde doğum yapmayı güvenli bulmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 6.2.3. Annelerin Travay Esnasında Kullanılan Hareket ve Pozisyon Bilgileri

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Kullanılan pozisyonlar hakkında bilgisi olma durumu	Evet	88	46.8
	Hayır	100	53.2
Yan yatma		53	28.2
Yürüme		47	25.0
Çömelme		28	14.9
Ayakta durma		26	13.8
Sallanma		15	8.0
Diz- göğüs		10	5.3

Kadınların %46.8'i travay esnasında kullanılan pozisyonlar hakkında bilgi sahibi iken %53.2'si bilgi sahibi olmadığını ifade etmişlerdir. Kadınların en çok bildikleri pozisyon %28.2'si yan yatma iken en az bildiği pozisyon %5.3'ü diz üstü çökme pozisyonudur.

Tablo 6.2.4. Annelerin Litotomi Pozisyonuna İlişkin Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Supine (litotomi) ile doğum yapma durumu	Evet	188	100.0
	Hayır	0	0
İstenilen pozisyonda doğum yapma	Evet	160	85.1
	Hayır	28	14.9
Kullanılan pozisyonu ebe ya da hekimin önerme durumu	Evet	127	67.6
	Hayır	61	32.4
Supine pozisyonunun doğum yapmaya yardımcı olacağını düşünüyor musunuz?	Evet	146	77.7
	Hayır	42	22.3
Fırsat verilirse başka bir pozisyonda doğumunuzu gerçekleştirmek ister miydiniz?	Evet	41	21.8
	Hayır	147	78.2

Kadınların tümü supin (Litotomi) pozisyonuyla doğum yapmışlardır. Kadınların %85.1'i istediği pozisyonda doğum yaptığını düşünürken, %14.9'u istediği pozisyonda doğum yaptığını düşünmemektedir. Kullanılan pozisyonun %67.6'sını ebe ya da hekim önerdiğini, %77.7'si Supine pozisyonunun doğum yapmaya

yardımcı olduğunu, %78.2'si fırsat verildiğinde başka bir doğum pozisyonunu tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 6.2.5. Annelerin Farklı Doğum Pozisyonlarına İlişkin Bilgileri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum pozisyon bilgisi	Evet	51	27.1
	Hayır	137	72.9
Suda doğum		31	16.5
Çömelme		26	13.8
Diz-göğüs		3	1.6
Yan yatma		3	1.6
Dört ayak		0	0
Ayakta durma		0	0

Kadınların %27.1'inin doğum pozisyonları hakkında bilgisi varken, %72.9'unun doğum pozisyonları hakkında bilgisi yoktur. Kadınların en çok bildikleri pozisyon %16.5'i suda doğum iken dört ayak pozisyonu ve ayakta durma pozisyonunu bilen hiç kadın yoktur.

Tablo 6.2.6. Annelerin Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		İlkokul mezunu (n=95)		Ortaokul mezunu (n=66)		Lise ve üstü mezun (n=27)		P
		n	%	n	%	n	%	
Doğum pozisyon bilgisi	Evet	28	55	15	29	8	16	0.608
	Hayır	67	49	51	37	19	14	
Fırsat verilse başka pozisyon	Evet	19	46	14	34	8	20	0.559
	Hayır	76	52	52	35	19	13	

Chi Square Test, * $p < 0.05$

Annelerin öğrenim durumları arasında “doğum pozisyon bilgisi” bakımından anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Annelerin öğrenim durumları arasında “fırsat verilse başka pozisyon” bakımından anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6.2.7. Doğumhane Çalışanlarının Doğumda Kullanılan Pozisyonlara İlişkin Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sıklıkla litotomi pozisyonu kullanma	Evet	96	100.0
	Hayır	0	0
Farklı doğum pozisyon bilgisi	Evet	83	86.5
	Hayır	13	13.5
Farklı doğum pozisyonu sunma	Evet	15	15.6
	Hayır	81	84.4
Farklı doğum pozisyonlarını destekleme	Evet	73	76.0
	Hayır	23	24.0
Supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme	Evet	69	71.9
	Hayır	27	28.1
Supine pozisyonda yardımcı olmayı kolay bulma	Evet	85	88.5
	Hayır	11	11.5

Doğumhane çalışanlarının %100'ü litotomi pozisyonunu kullanmakta, %86.5'i farklı doğum pozisyonu bilgisine sahipken, %15.6'sı kadınlara farklı doğum pozisyonu sunduklarını ifade etmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının %76'sı başka doğum pozisyonlarını desteklerken, %71.9'u supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını, %88.5'i supin pozisyonda yardımcı olmayı kolay bulduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6.2.8. Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşler		Yaş Grupları				<i>p</i> Değeri
		29 ve altı yaş (n=57)		30 ve üzeri yaş (n=39)		
		n	%	n	%	
Farklı doğum pozisyon bilgisi	Evet	47	56.6	36	43.4	0.166
	Hayır	10	76.9	3	23.1	
Farklı doğum pozisyonu sunma	Evet	5	33.3	10	66.7	0.025*
	Hayır	52	64.2	29	35.8	
Farklı doğum pozisyonlarını destekleme	Evet	42	57.5	31	42.5	0.513
	Hayır	15	65.2	8	34.8	
Supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme	Evet	42	60.9	27	39.1	0.634
	Hayır	15	55.6	12	44.4	
Supine pozisyonda yardımcı olmayı kolay bulma	Evet	50	58.8	35	41.2	0.760
	Hayır	17	63.6	4	36.4	

*Chi Square Test, * $p < 0.05$

* Çalışanların yaş grupları arasında “farklı doğum pozisyonu sunma durumu” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.025 < 0.05$), hayır diyenlerin büyük bir kısmı (%64.2) 29 ve altı yaş grubunda, evet diyenler ise 30 ve üstü yaş grubunda toplanmıştır.

Çalışanların yaş grupları arasında diğer sorular bakımından anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6.2.9. Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Çalışma Yılı Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşler		Çalışma Yılı				<i>p</i> Değeri
		1-5 yıl arası (n=66)		6 ve üstü (n=30)		
		n	%	n	%	
Farklı doğum pozisyon bilgisi	Evet	55	66.3	28	33.7	0.184
	Hayır	11	84.6	2	15.4	
Farklı doğum pozisyonu sunma	Evet	9	60.0	6	40.0	0.426
	Hayır	57	70.4	24	29.6	
Farklı doğum pozisyonlarını destekleme	Evet	51	69.9	22	30.1	0.675
	Hayır	15	65.2	8	34.8	
Supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme	Evet	47	68.1	22	31.9	0.101
	Hayır	19	70.4	8	29.6	
Supine pozisyonda yardımcı olmayı kolay bulma	Evet	60	70.6	25	29.4	0.280
	Hayır	6	54.5	5	45.5	

*Chi Square Test, * $p < 0.05$

Çalışma yılı grupları arasında diğer sorular bakımından anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6.2.10. Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Doğum Pozisyonlarına İlişkin Görüşler	Meslekler				p Değeri	
	Ebe (n=40)		Hekim (n=56)			
	n	%	n	%		
Farklı doğum pozisyon bilgisi	Evet	36	43.4	47	56.6	0.391
	Hayır	4	30.8	9	69.2	
Farklı doğum pozisyonu sunma	Evet	8	53.3	7	46.7	0.596
	Hayır	32	39.5	49	60.5	
Farklı doğum pozisyonlarını destekleme	Evet	36	49.3	37	39.7	0.007*
	Hayır	4	17.4	19	82.6	
Supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme	Evet	22	31.9	47	68.1	0.002*
	Hayır	18	66.7	9	33.3	
Supine pozisyonda yardımcı olmayı kolay bulma	Evet	32	37.6	53	62.4	0.026*
	Hayır	8	72.7	3	27.3	

Chi Square Test , * $p < 0.05$

* Meslek grupları arasında “farklı doğum pozisyonunu destekleme” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.007 < 0.05$), evet diyenlerin çoğu ebeler, hayır diyenlerin çoğu da hekimlerdir.

* Meslek grupları arasında “supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002 < 0.05$), ebeler, hekimlere göre daha çok hayır demişlerdir.

* Meslek grupları arasında “sırtüstü yardımcı olma kolay bulma” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.026 < 0.05$), ebeler, hekimlere göre daha çok hayır demişlerdir.

Meslek grupları arasında diğer sorular bakımından anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

6.3. Araştırmaya Katılanların Epizyotomi Uygulaması ve Perine Travmalarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. Annelerin Perineal Travma Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Perine travma türü	Epizyotomi	76	40.4
	Laserasyon	105	55.9
	İntakt	7	3.7
Travmanın derecesi	Birinci derece	71	37.7
	İkinci derece	33	17.6
	Üçüncü derece	1	0.5
	İntakt	7	3.7
	Epizyotomi	76	40.4
Epizyotomi yapılırken bilgi verildi mi?	Evet	2	1.1
	Hayır	74	34.0
	Epizyotomi yapılmadı	112	64.9
Travma Lokasyonu	Vajinal	117	62.2
	Labial	30	16.0
	Periüretal	7	3.7
	Klitoral	3	1.6
	Vajinal Labial	23	12.2
	Vajinal Servikal	1	0.5
	Travma yok	7	3.7
Travmanın Sütür edilmesi	Evet	179	95.2
	Hayır	2	1.1
	İntakt	7	3.7
Lokal ağrı kesici kullanımı	Evet	107	56.9
	Hayır	74	39.4
	İntakt	7	3.7

Kadınların %40.4'inde epizyotomi, %55.9'inde laserasyon mevcuttur. Epizyotomi yapılırken bilgilendirilen kadın sayısı %1.1' dir. Travma lokasyonu %62.2 vajinal, travmanın %95.2'i sütür edilip, travma sonrasında sütür edilirken %39.4'üne lokal ağrı kesici uygulanmamıştır.

Tablo 6.3.2. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Epizyotomi Uygulamasına Göre Karşılaştırılması

		Epizyotomi (n=76)		Laserasyon (n=105)		İntakt (n=7)		<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası	48	61.5	18	35.9	2	2.6	0.001*
	25-34 arası	21	25.0	59	70.2	4	4.8	
	35 ve üzeri	7	27.0	28	69.2	1	3.8	
Öğrenim Düzeyi	İlkokul mezunu	32	33.7	60	63.1	3	3.2	0.022*
	Ortaokul mezunu	26	39.4	36	54.5	4	6.1	
	Lise mezunu	12	57.1	9	42.9	0	0	
	Üniversite	6	100.0	0	0	0	0	
Doğum Sayısı	Primipar	52	100.0	0	0	0	0	0.001*
	Multipar	24	17.6	7	77.3	7	5.1	
Gebeliğin planlı olma Durumu	Evet	71	48.6	70	47.9	5	3.5	0.001*
	Hayır	5	11.9	35	83.3	2	4.8	
Gebelik Haftası	37 altı	5	50.0	5	50.0	0	0	0.001*
	37-40	66	39.1	99	58.5	4	2.4	
	40 ve üstü	5	55.6	1	11.1	3	3.33	
Bebeğin doğum ağırlığı	2500 ve altı	5	41.7	7	58.3	0	0	0.239
	2500-2999	22	52.4	18	42.8	2	4.8	
	3000-3499gr	34	45.3	38	50.7	3	4.0	
	3500-3999	12	25.0	34	70.8	2	4.2	
	4000 ve üzeri	3	27.3	8	72.7	0	0	

Chi Square Test , * $p<0.05$

* Yaş grupları arasında “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001<0.005$), 18-25 yaş grubu arasında daha yüksek bulunmuştur.

* Öğrenim düzeyleri grupları arasında “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.022<0.005$), üniversite mezunları bu gruplar içerisindeki en yüksek grubu oluşturmaktadır.

* Doğum sayısına göre “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001<0.005$), primipar gebelerde multipar gebelere göre daha yüksek bulunmuştur.

* Gebeliğin planlı olma durumuna göre “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001<0.005$), gebeliği planlı olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

* Gebelik haftasına göre “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001<0.005$), 37-40 hafta arasındaki doğumlar diğer doğum haftalarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Bebeğin doğum ağırlığı grupları arasında “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 6.3.3. Doğumhane Çalışanlarının Epizyotomi Uygulamaları

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Supine pozisyonunun epizyotomi gerçekleştirilmede yardımcı olması	Evet	92	95.8
	Hayır	4	4.2
Epizyotomide bilgilendirme	Evet	16	16.7
	Hayır	80	83.3
Epizyotomide lokal anestezi	Evet	96	100.0
	Hayır	0	0
Epizyotomi eğitimi alma	Evet	52	54.2
	Hayır	44	45.8
Perine tamiri uygulamasında kendine güven duyma	Evet	65	67.7
	Hayır	31	32.3
Perine tamirinin yasal sonuçları hakkında endişelenme	Asla	34	35.4
	Bazen	52	54.2
	Sürekli	4	4.2
	Sık sık	6	6.3
Kaç yıldır perine tamiri Ort ±SS: 4.6±5.4 (min:1-max:28)	1-9 arası	88	91.7
	10-19 arası	2	2.1
	20 ve üzeri	6	6.3
Haftada kaç perine tamiri uygulaması Ort ±SS: 7.8±6.2 (min:1-max:30)	1-9 arası	61	63.5
	10-19 arası	26	27.1
	20 ve üzeri	9	9.4

Doğumhane çalışanlarının %95.8'i supin pozisyonun epizyotomi gerçekleştirilmede yardımcı olduğunu düşündüklerini, epizyotomi uygulamadan önce %83.3'ü kadını bilgilendirmediklerini, tümü epizyotomide lokal anestezi uyguladıklarını belirtmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının %54.2'si epizyotomi eğitimine katıldıklarını %67.7'si perine tamiri uygulamasında kendine güvendiklerini belirtmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının perine tamiri yasal sonuçlarından, %54.2'si bazen, %6.3'ü sık sık endişelendiklerini, haftalık perine tamiri uygulaması ortalaması 7.8±6.2 (min: 1 - max: 30) olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 6.3.4. Doğumhane Çalışanlarının Epizyotomi İle İlgili Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Postpartum hemoraji prevelansı	Epizyotomili kadınlarda daha yüksek	23	24.0
	Epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit	57	59.4
	Epizyotomili kadınlarda daha düşük	4	4.2
	Bilmiyorum	12	12.5
Fetal distres	Epizyotomili kadınlarda daha yüksek	5	5.2
	Epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit	64	66.7
	Epizyotomili kadınlarda daha düşük	6	6.3
	Bilmiyorum	21	21.9
Yara iyileşmesi	Daha iyi	53	55.2
	Daha iyi değil	43	44.8
Perine ağrısı	Daha az	23	24.0
	Daha az değil	73	76.0
Üriner inkontinans	Daha az	46	47.9
	Daha az değil	50	52.1
Pelvik organ prolapsusu	Daha az	46	47.9
	Daha az değil	50	52.1

Doğumhane çalışanları postpartum hemoraji prevelansını, %59.4'ü epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit, %12.5'i bilmiyorum şeklinde cevaplandırmıştır. Doğumhane çalışanları fetal distressi, %66.7'si epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit, %5.2'si epizyotomili kadınlarda daha yüksek şeklinde cevaplandırmıştır. Doğumhane çalışanları epizyotomi kullanımında, %55.2'si yara iyileşmesinin daha iyi olduğunu düşünürken, epizyotomi kullanımında, %47.9'u üriner inkontinansın, %47.9'u pelvik organ prolapsusun, %24'ü perine ağrısının daha az olduğunu düşünmüş olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.3.5. Doğumhane Çalışanlarının Klinikte Epizyo Kullanımı İle İlişkili Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Nulliplarlarda epizyotomi kullanımı	%99-100	38	39.6
	%90 ve üzeri	35	36.5
	%60-90	17	17.7
	%60 dan daha az	6	6.3
Epizyotomi uygulama nedeni	3. ve 4. Derece yırtıkları azaltmak	90	93.8
	Sutür atmanın kolay olması	1	1.0
	Doğumun ikinci evresini kısaltmak	2	2.1
	Fetal distresten korkmak	3	3.1
Perine tamiri becerisinden emin olma	Çok emin	56	58.3
	Makul derecede emin	38	39.6
	Hiç kendinden emin değil	2	2.1
Klinikte mevcut olan epizyo oranı	Çok yüksek	31	32.3
	Makul seviyede	65	67.7

Doğumhane çalışanları nulliplarlarda epizyotomi kullanımını, %39.6'sı %99-100 arasında değerlendirirken, %6.3'ü %60'dan daha az olarak değerlendirmiştir. Doğumhane çalışanları %93.8'i 3.ve 4. Derecede yırtıkları azaltmak, %3.1'i fetal distresten korkmak, %2.1'i doğumun ikinci evresini kısaltmak, %1'i sutür atmanın kolay olması nedeniyle epizyotomi uygulamasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının perine tamiri uygularken %58.3'ü çok emin, %2.1'i hiç kendinden emin olmadığını, klinikte mevcut olan epizyo oranını %32.3'ü çok yüksek olduğunu belirtirken, %67.7'si makul seviyede olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 6.3.6. Doğumhane Çalışanlarının Ebelerin Epizyotomi Onarımı Hakkında Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ebelerin onarımının iyi olması	Evet	36	37.5
	Hayır	60	62.5
Ebelerin profesyonel rolünün parçası olma durumu	Evet	75	78.1
	Hayır	21	21.9
Epizyo onarımında hekimi beklemeye zaman olmaması	Evet	17	17.7
	Hayır	79	82.3
Bakımın devamlılığının sağlanması	Evet	35	36.5
	Hayır	61	63.5
Hekim sayısının az olması	Evet	6	6.3
	Hayır	90	93.8

Doğumhane çalışanlarının ebelerin epizyotomi onarımı hakkında, %78.1'i ebelerin profesyonel rolün parçası olma, %37.5'i ebelerin onarımının iyi olması, %36.5'i bakımın devamlılığının sağlanması, %17.7'si epizyo onarımında hekimi beklemeye zaman olmaması, %6.3'ü hekim sayısının az olması olarak değerlendirmiştir.

Tablo 6.3.7. Doğumhane Çalışanlarının Epizyotomi Oranlarını Azaltmada Karşılaştıkları Engeller

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Perineyi koruma ve yırtıkları minimize etme konusunda eğitilmemiş olma	Evet	23	24.0
	Hayır	73	76.0
Perine masajı için yeterli zaman olmaması	Evet	67	69.8
	Hayır	29	30.2
Geleneksel uygulamaları değiştirmedeki güçlükler	Evet	57	59.4
	Hayır	39	40.6
Kadınların epizyotomi beklentisi içinde olması	Evet	5	5.2
	Hayır	91	94.8
Diğer (Doğal doğum konusunda ebe ve hekimlerin bilinçsiz olması, doğumların yoğunluğu nedeniyle perinenin taçlanması beklemek için yeterli zamanın olmaması, hasta uyumsuzluğu ve bilinçsizliği).	Evet	11	11.5
	Hayır	85	88.5

Doğumhane çalışanlarının, %69.8'i perine masajı için yeterli zaman olmaması, %59.4'ü geleneksel uygulamaları değiştirmedeki güçlükler, %24'ü perineyi koruma ve yırtıkları minimize etme konusunda eğitilmemiş olma, %11.5'i diğer, %5.2'si kadınların epizyotomi beklentisi içinde olması, epizyotomi oranlarını azaltmadaki engeller olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 6.3.8. Doğumhane Çalışanlarının Rutin Epizyotomi Hakkındaki Görüşleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Nulliplarlarda rutin epizyotomi yapılmalı	Evet	39	40.6
	Hayır	57	59.4
Multiparlarda rutin epizyotomi yapılmalı	Evet	1	1.0
	Hayır	95	99.0

Doğumhane çalışanlarının nulliplarlarda, %40.6'sı rutin epizyotomi uygulamasını desteklerken, multiparlarda %1'i rutin epizyotomi uygulamasını desteklediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 6.3.9. Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Perineal Travma Yaklaşımları ve Doğum Pozisyon Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Anneler		Çalışanlar		p
		(n=76)		(n=96)		
		n	%	n	%	
Perineal kesi yapılırken bilgi	Evet	2	3	16	17	0,006*
	Hayır	74	97	80	83	
Lokal ağrı kesici kullanımı	Evet	110	60	96	100	<0,001*
	Hayır	74	40	0	0	
Fırsat verilse başka pozisyon	Evet	41	22	73	76	<0,001*
	Hayır	147	78	23	24	
Doğum pozisyon bilgisi	Evet	51	27	83	86	<0,001*
	Hayır	137	73	13	14	

Chi Square Test, * $p<0.05$

* Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “perineal kesi yapılırken bilgi verme/alma” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin %3'ü bilgi

aldıklarını ifade ederken doğumhane çalışanlarının %17'si bilgi verdiğini ifade etmiş ve istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

* Anneler ile Doğumhane çalışanları arasında “lokal ağrı kesici kullanımı” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışanların tümü, %100'ü bilgi verdik derken bu oran Annelerde %60 olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

* Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “fırsat verilse başka pozisyon” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin %78'i hayır derken bu oran çalışanlarda %24 olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

*Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “doğum pozisyonu bilgisi” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin %73'ü hayır derken bu oran çalışanlarda %14 olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

7. TARTIŞMA

7.1. Araştırmaya Katılanların Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

(Tablo 6.1.1, Tablo 6.1.2, Tablo 6.1.3, Tablo 6.1.4, Tablo 6.1.5)

7.2. Araştırmaya Katılanların Doğum Pozisyonları Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.2.1, Tablo 6.2.2. Tablo 6.2.3, Tablo 6.2.4, Tablo 6.2.5, Tablo 6.2.6, Tablo 6.2.7, Tablo 6.2.8, Tablo 6.2.9, Tablo 6.2.10)

7.3. Araştırmaya Katılanların Epizyotomi Uygulaması ve Perine Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.3.1, Tablo 6.3.2. Tablo 6.3.3, Tablo 6.3.4, Tablo 6.3.5, Tablo 6.3.6, Tablo 6.3.7, Tablo 6.3.8, Tablo 6.3.9)

7.1. Araştırmaya Katılanların Özelliklerine İlişkin Bulgular Tartışılması

Araştırmaya katılan *doğumhane çalışanlarının tanıtıcı özellikleri* incelendiğinde; doğumhane çalışanlarının yaşları 20-58 arasında değişmekte olup, ortalaması 6.74 ± 29.9 'dir. Çalışma grubumuz henüz doğum yapmamış ve çalışma yılı henüz 10 yılını doldurmamış katılımcılardır. Örneklem grubunun öğrenim düzeyi oldukça yüksektir (**Tablo 6.1.1**).

Araştırmaya katılan annelerin *sosyo-demografik özellikleri* incelendiğinde; yaş ortalaması Ort \pm SS: 27.05 ± 5.79 (min:18-max: 45) olarak bulunmuştur. Annelerin çoğunluğu ilkokul mezunu, gelir getiren bir işte çalışmayan, sağlık güvencesi SGK, gelir gidere denk ve evli kadınlardır (**Tablo 6.1.2**). Araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde; Türkiye'de kadınların çoğunluğu (%35) ilkokul mezunu, çalışmayan (%67) ve yarıdan fazlası sosyal sağlık güvencesine sahiptir (89).

Araştırmaya katılan annelerin *tıbbi ve obstetrik özellikleri* incelendiğinde; annelerin gebelik sayıları ortalaması 2.4 ± 1.3 (min:1-max:10), doğum sayısı ortalaması 2.1 ± 1.1 (min:1-max:10) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.1 ± 1.1 olarak tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.3**). Araştırmamız TNSA 2013 verileriyle benzerlik göstermektedir (89). Araştırmaya katılan annelerin %29.3'ünün akraba evliliği yaptığı tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.3**). Benzer olarak TAYA 2011' e göre akraba evliliği yapanlar Türkiye genelinde %21.3, İstanbul ilinde %17.1' dir (90).

Araştırmaya katılan annelerin *bu gebeliklerine ilişkin özellikleri* incelendiğinde; annelerin %77.7'sinin gebeliğinin planlı olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.4**). Benzer olarak TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de gebeliklerin %74.1'i planlıdır.

Araştırmaya katılan annelerin *doğum öncesi eğitim alma durumları* incelendiğinde; annelerin sadece %1,6'sının doğum hazırlık sınıflarına katıldığı tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.5**). Benzer araştırmalarda; Waldenström et al. (2007) çalışmasında doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin öğrendiklerini doğum sırasında uygulayarak doğum algılarını olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir (91).

Fabian et al. (2004) İsveç'te doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin katılmayanlara göre daha olumlu yönde doğum tecrübesi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gelişmiş ülkelerde gebelik eğitimlerinin sağlık sistemleri tarafından büyük ölçüde desteklendiği ve ebeveynlerin bu konuda bilinçlendirildiği yapılan araştırmalarda görülmektedir (92). İsveç'teki bir araştırmada gebelik eğitimine katılma oranının %78-93 olması, gelişmiş ülkelerin gebelik eğitimine verdikleri önemi göstermesi bakımından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir (93). Türkiye'de yapılan çalışmalarda doğum öncesi eğitim verilmesi oranı oldukça düşük bulunmuştur (94). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde bu oranın düşük olduğu göze çarpmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin neredeyse tamamına yakını doğum pozisyonları hakkında bilgi almamıştır (**Tablo 6.1.5**). Literatürde yapılan araştırmalarda benzer şekilde kadınların doğum öncesi eğitim içerikleri arasında gebelikte genital hijyen, gebelikte beslenme ve çoğunlukla da doğum yöntemleri hakkında bilgi aldıkları ifade edilmiştir (17). Annelerin hiçbiri perine masajı hakkında bilgi sahibi değildir (**Tablo 6.1.5**). Epizyotomi oranını azaltmak için Kegel egzersizleri düzenli olarak yapılarak perine kaslarının esnekliği artırılabilir. Doğumdan 4-6 hafta öncesinden perineyi güçlendirmek için perine masajları uygulanabilir. Doğum esnasında perinedeki rahatsızlığı gidermek için sıcak kompresler, masaj, ayakta veya çömelmiş duruş ve ıkınırken perinenin esnemesini kolaylaştırmak için nefes alıp verme teknikleri yapılabilir. Bu yöntemlerin düzenli olarak uygulandığı merkezlerde kadınların %15-25'ine epizyotomi uygulanmaktadır (95). Epizyotomi yapılmasında doğumu yaptıracak kişi önemli bir etkidir. "Epizyotomi yapmak ya da yapmamak" sorusu eğitim sınıfında veya hekim muayenesinde yanıtlanacak bir soru değildir. Yanıt ancak doğum esnasında, bebeğin başı vajinaya oturduğunda verilebilir. Ancak o zaman perinenin istenmeyen laserasyonların önlenerek bebeğin başının geçmesine izin verip vermeyeceği ve epizyotominin doğumu uzatarak anne veya bebeğe tehdit oluşturup oluşturmayacağına dair gerçekçi bir yargılamaya ulaşılır (96). Doğum öncesi eğitimler kadınların doğuma ilişkin bilgi düzeylerini artırarak kadınların kendi bedenlerinde söz hakkı olmalarını sağlar.

7.2. Araştırmaya Katılanların Doğum Pozisyonları Algularına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan annelerin *doğum pozisyonları hakkında bilgi kaynakları* incelendiğinde; %17.9'u hekimlerden, %2.7'si ebelerden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Annelerin bilgi alma kaynaklarında en fazla %53.8 akraba tespit edilmiştir (**Tablo 6.2.1**). Benzer araştırmalarda; Eryılmaz (2000) çalışmasında %60-%72 hekim (97), Potur (2003) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %45.9'unun ebelerden ve hemşirelerden bilgi aldıkları tespit edilmiştir (98). Diğer çalışmalarda daha çok sağlık çalışanından bilgi alırken bizim çalışmamızda annelerin öğrenim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu durum da sağlık çalışanlarına daha fazla sorumluluk düştüğünü göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin *evde doğum ve doğum sandalyesi hakkında görüşleri* incelendiğinde; evde doğumun güvenli olmadığını düşündükleri ortaya çıkmıştır (**Tablo 6.2.2**). Benzer araştırmalarda; De Jonge et al. (2013) ev doğumu ve hastane doğumlarını karşılaştırdıkları Hollanda çalışmasında ev doğumlarının intrapartum ve neonatal mortalite riskini artırmadığı bulunmuştur (99). Lugina et al. (2004) tarafından Tanzanya da yapılan çalışmalarında, evde ve hareketli olan kadınların oranı %15, doğum yataklarında olan ve daha az hareketli olan kadınların oranı %51,6 olduğu bulunmuştur (100). Bu sonuçlara göre kadınların evde doğum hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Ülkemizde düşük riskli kadınlar arasında ev doğumlarının planlandığı iyi eğitilmiş ebe ve iyi sevk ve ulaşım sistemi olan bir doğum öncesi bakım sisteminde ciddi risk altına sokan bir kanıt bulunmamaktadır (33). Bu konuda yapılmış çalışmaların artması ve bu doğrultuda gebelerin bilgilendirilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin *travay esnasında kullanılan hareket ve pozisyonlara ilişkin bilgileri* incelendiğinde; annelerin %53.2'sinin travay esnasında kullanılan pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Kadınların en çok bildikleri pozisyon yan yatma (%28.2) ve yürüme pozisyonu (%25), en az bildikleri pozisyon ise diz-göğüs (%5.3) pozisyonudur (**Tablo 6.2.3**). Annelerin yarıdan

fazlasının doğum pozisyonları hakkında bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Benzer araştırmalarda; Okonta'nın yapmış olduğu çalışmada en az bilinen el-diz pozisyonu (%4.6) iken en çok bilinen supine pozisyonudur (%99.2). Benzer şekilde kadınların büyük çoğunluğu %95.9'u doğum için supine pozisyonunu tercih ederken; doğum için en az tercih edilen pozisyon çömelme pozisyonudur (%0.8) (9). De jong et al. (2011) yapmış olduğu çalışmada travay sürecinde kadınların büyük çoğunluğunun sadece sırtüstü pozisyon (%72.1) iken en az bilinen diz-göğüs pozisyonu (%4.1) olarak belirtmiştir (99). Adachi et al. (2003) yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin ayakta sallanma ile bebeğin doğum kanalına inmesini ve bebek başının servikse baskı yapmasıyla dilatasyonun kolaylaştığını, doğum yavaşladığında sık sık pozisyon değiştirerek, özellikle diz-göğüs pozisyonu ile servikal dilatasyonun hızlandığı vurgulamıştır (93). Ayrıca doğum sürecini yatakta geçiren, özellikle supine pozisyondaki gebelerin doğum ağrılarını daha da fazla hissettiklerini belirtmiştir (37). Normal vajinal doğumda sağlıklı bir kadın için yürümenin zararlı olduğunu belirten hiçbir çalışma bulunmamaktadır (101). Doğum süresi boyunca yürümek, hareket etmek ve pozisyon değiştirmek doğumu ve ağrı ile baş etmeyi kolaylaştırır, doğum ağrısını hafifletir ve doğumun ilk evresini kısaltır (37). Hareket imkânı sağlanan odada travay sürecini geçiren anne adayları vakitlerinin %50'den daha azını yatakta geçirmiş ve doğumu hızlandırmak için indüksiyon ihtiyacı da azalmıştır (102). Simkin'in yapmış olduğu çalışmalarda doğumda hareket edip yürüyen ve sürekli pozisyon değiştiren gebelerin, hareket etmeyenlere oranla doğum ağrısını daha az hissettikleri ve daha az ağrı kesiciye gereksinim duydukları ve doğum süresinin daha kısa olduğunu belirtmiştir (103). Çalışma sonucumuza göre annelerin travay pozisyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, bu durum annelerin sağlık çalışanları yerine akrabalarından bilgi almasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan annelerin *litotomi pozisyonuna ilişkin görüşleri incelendiğinde*; annelerin tümü supin (litotomi) pozisyonuyla doğum yapmışlardır. Kadınların %85.1'i istediği pozisyonda doğum yaptığını düşünürken, %78.2'si fırsat verildiğinde başka bir doğum pozisyonunu tercih etmediklerini belirtmişlerdir (**Tablo 6.2.4**). NICE önerisine göre kadınlar doğumun ikinci evresinde, sırtüstü ve yarı yatar pozisyondan vazgeçirilmesi ve daha konforlu buldukları diğer pozisyonlar

için cesaretlendirilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Annelerin alternatif doğum pozisyonları hakkında antenatal dönemde bilgi sahibi olmaları doğum esnasında uygun pozisyonları tercih etmelerini sağlayabilir (104). Bizim çalışmamızda kadınların istediği pozisyonda doğum yaptığını düşünmelerinin nedeni antenatal dönemde doğum pozisyonları hakkında bilgi sahibi olmamalarından kaynaklanıyor olabilir. Annelerin antenatal dönemde bilgilendirilmesi sağlanabilir.

Araştırmaya katılan annelerin *farklı doğum pozisyonlarına ilişkin bilgileri* incelendiğinde; annelerin en çok bildikleri pozisyon suda doğum (%16.5) iken dört ayak ve ayakta durma pozisyonunu bilen hiç kadın yoktur (**Tablo 6.2.5**). Benzer araştırmalarda; De jong et al. (2011) Doğum anında 530 kadın (%89.7) sırtüstü pozisyonda iken ve diğer kadınların doğum taburesi (%5.8) veya çömelme (%1.4) pozisyonunda doğumunu gerçekleştirdiği tespit edilmiştir (105). Kanada’ da %94, Avustralya ve Afrika’da %95.5 kadınların çoğu litotomi pozisyonunda doğum yapmaktadır. Dolayısıyla literatür kadınların doğum pozisyonu için sınırlı seçeneği olduğunu göstermektedir (87). Annelerin öğrenim düzeyleri, doğum pozisyon bilgisi ve fırsat verilse başka pozisyon algılarını etkilenmemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 6.2.6**). Benzer araştırmada; Diorgu (2016) yapmış olduğu çalışmada öğrenim düzeyleri ile doğum pozisyonları arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (88). Araştırma sonucumuz diğer çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Doğumhane çalışanlarının doğumda kullanılan pozisyonlara ilişkin görüşleri incelendiğinde; Annelerin farklı doğum pozisyonları hakkında bilgisi %27 iken doğumhane çalışanlarının farklı doğum pozisyonları hakkında bilgisi %86’dır (**Tablo 6.2.7**). Ayrıca doğumhane çalışanlarının %76’sı farklı doğum pozisyonlarını desteklediklerini ancak %15.6’sının bunu gebelere sunduklarını ifade etmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının %88.5’inin supin pozisyonun doğumda sağlık bakım uygulamalarına daha yardımcı olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (**Tablo 6.2.7**). Benzer araştırmalarda; Lawrence et al. (2009) doğumun ilk evresinde dikey pozisyonların doğum süresini kısalttığını ve bu durumun anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemediği tespit edilmiştir (106). Priddis et al. (2011) litotomi pozisyonunun kullanımını onaylamamaktadır (23). Trinh (2015) yapmış olduğu

çalışmada kadınların ezici bir çoğunluğunun (%95.9) supine pozisyonu tercih etmişlerdir. Kadınların sadece %18.9'u farklı pozisyonu denemekte ısrarlı olmuşlardır (10). Diorgu (2016) Nijerya'da yapmış olduğu çalışmada annelerin %57 si litotomi pozisyonunun doğum sırasında faydalı olmadığını belirtirken ebelerin %64'ü bu fikri paylaşmıştır. Annelerin %96'sı farklı doğum pozisyonunu kullanmaya istekli iken ebelerin %88'i farklı doğum pozisyonunu kullanmaya istekli olduklarını belirtmişlerdir (88). Buradan yola çıkılarak, bizim çalışmamızda supin pozisyon doğumhane çalışanlarının işlerini daha kolaylaştırdığı için farklı doğum pozisyonlarını bilseler bile sunmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışanların yaş grupları arasında “farklı doğum pozisyonu sunma durumu” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$), hayır diyenlerin büyük bir kısmı (%64.2) 29 ve altı yaş grubunda, evet diyenler ise 30 ve üstü yaş grubunda toplanmıştır (**Tablo 6.2.8**). Benzer araştırmada; Diorgu (2016) yapmış olduğu çalışmada ebelerin yaş grupları arasında doğum pozisyonu sunma bakımından fark bulunmamıştır (88). Bizim çalışma sonucumuz doğumhane çalışanlarının klinik tecrübelerinin ve deneyimlerinin daha gelişmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğumhane çalışanlarının çalışma yılı; farklı doğum pozisyon bilgisi, farklı doğum pozisyonlarını destekleme, supin pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme, supin pozisyonunda yardımcı olmayı kolay bulma algılarını etkilememiştir ($p>0.005$). (**Tablo 6.2.9**) Yapmış olduğumuz çalışmamızda doğumhane çalışanlarından; ebeler ile hekimler arasında başka doğum pozisyonu destekleme bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hayır diyenlerin %17'si ebe iken %83'ü hekim olup istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (**Tablo 6.2.10**). Ebelerin farklı doğum pozisyonlarını gösterme ve teşvik etmede aktif olmaları gerekmektedir. Gebelerin kendi istekleri doğrultusunda beklenen pozisyonu tercih edecekleri ve doğum ortamlarının gebelerin farklı doğum pozisyonlarını denemeleri için cesaretlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Gebelerin doğum pozisyonunu seçmeleri konusunda ebelerin vereceği destek oldukça önemli olduğunu belirtmektedir (14). Kadının doğumda duygularının kontrolü açısından en rahat pozisyonu tercih edilmesinin önemi belirtilmiştir (51). Çalışmamızda elde ettiğimiz

bu bulgu, hekimlerin günümüzde alışagelmış pozisyon tercihlerine bağlı olduğu ile açıklanabilir.

7.3. Araştırmaya Katılanların Epizyotomi Uygulaması ve Perine Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan *annelerin perineal travma durumları* incelendiğinde; Annelerin %40.4'ünde epizyotomi, %55.9'ünde laserasyon mevcuttur (**Tablo 6.3.1**). Benzer araştırmada; Turan (2003), gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, İstanbul ilinde bulunan bir devlet hastanesinde %41, SSK hastanesinde %79 ve özel hastanede %73 oranında epizyotomi uygulandığını bildirmişlerdir (107). Silva et al. (2012) de Brezilya da yapmış olduğu çalışmada supin pozisyonla doğum yapanların (%73.4) diğer pozisyonlarda doğum yapanlara oranla daha fazla minör travma gerçekleştiği belirlenmiştir ayrıca supin pozisyonda epizyotomi uygulama oranını (%45) daha fazla olduğu tespit edilmiştir (108). Epizyotominin doğum kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri olduğu tespit edilmiştir (5). Çalışma sonuçlarımıza göre epizyotominin tercih edilen bir durumdur. Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden, kadınların beden imgesini etkileyen bir durumdur (5). Supin pozisyon perinenin gerilmesine neden olarak laserasyon oluşma olasılığını ve epizyotomi uygulama gereksinimini büyük ölçüde artırır. Çalışmamızda annelerin yarısından fazlası perineal travmaya maruz kalmıştır. Bu durum çalışmamızda kadınlarının tamamının supine pozisyonuyla doğum yapmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan *annelerin tanıtıcı özellikleri epizyotomi uygulamasına göre* incelendiğinde; Doğum sayısına göre “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$), primipar gebelerde multipar gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 6.3.2**). Epizyotomi günümüzde primparların %80-90'ında ve sonraki doğumların yaklaşık %50'sinde uygulanmaktadır. Amerika'da 2005 yılında epizyotomi kullanım oranı %25'dir. (109). Benzer araştırmalarda; Karaçam ve Eroğlu epizyotominin anne sağlığına etkilerini inceledikleri çalışmalarında, primiparlarda epizyotomi oranını %95 olduğunu tespit

etmişlerdir (83). Hut, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gerçekleşen doğumları incelediği çalışmasında; 4845 vakanın 1910'nuna epizyotomi uygulandığını (%39), bunların 586'sının (%30) primipar olduğunu saptamıştır (110). Şahin ve ark. (2007) doğumun ikinci aşamasını değerlendirdikleri çalışmalarında, ilk doğumunu gerçekleştiren gebelerin %92'sine epizyotomi uygulandığını belirtmiştir (111). Epizyotomi oranına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (83). Bizim çalışma sonucumuzda diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Rutin alışagelmış klinik uygulamalarının devam etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan ***doğumhane çalışanlarının epizyotomi uygulamaları*** incelendiğinde; doğumhane çalışanlarının %45.8'i epizyotomi eğitimi almadıklarını, %67.7'si perine tamiri uygulamasında kendine güven duyduklarını belirtmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının perine tamiri yasal sonuçlarından, %54.2'si endişelendiklerini belirtmişlerdir (**Tablo 6.3.3**). Benzer araştırmada; Dahlen (2008) yapmış olduğu çalışmada doğumhane çalışanlarının %65'i perine tamiri uygularken kendine güven duyduğu, %48'inin yasal olarak endişelendikleri belirlenmiştir. Çalışma sonucumuz Dahlen (2008) çalışması ile paralellik göstermektedir. Perine tamirinden sonra hasta takibinin olmaması yasal endişelenmeyi artırmaktadır (112). Ebeler ve hekimlerin perine tamiri eğitimini beraber almaları, doğum sonu bakım protokollerinin gelişmesi, hekimlerin ve ebelerin birbirlerini eğittikleri, hizmet içi eğitim programlarla desteklenmeleri gerekmektedir.

Doğumhane çalışanlarının ***epizyotomi ile ilgili görüşleri*** incelendiğinde; epizyotomi kullanımında, yarından fazlası yara iyileşmesinin (%55.2) daha iyi olduğunu düşünmektedir. Epizyotomi kullanımında, üriner inkontinansın (%47.9) ve pelvik organprolapsusun (%47.9) daha az olduğunu düşünmektedir (**Tablo 6.3.4**). Dinç (2004), gebelerde üriner inkontinas üzerine yaptığı çalışmasında annelerin önceki doğumlarında epizyotomi uygulanma oranını %88 olarak belirlenmiştir (113). Benzer araştırmalarda; Morhe et al. (2004) Arjantin epizyotomi ortak deney grubu çalışmasında, rutin epizyotomi uygulanan grupta rektal travmalarının daha yaygın

olduğunu, perineal ağrı, yara iyileşmesi komplikasyonlarının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (114). Harrison et al. (1984) çalışmalarında kadınların yaklaşık yarısına rutin epizyotomi, diğer yarısına gerektiği durumda epizyotomi uygulamışlardır. Rutin epizyotomi uygulanan kadınlarda pospartum ağrı, hassasiyet, şişlik ve diğer perineal yakınmalar kaydedilmiştir (77). Diorgu (2016) yapmış olduğu çalışmada annelerin çoğunun (%73) epizyotomi ile cerrahi kaynaklı perineal travma geçirdiğini ve daha az sayıdaki annenin doğal nedenlerle perineal hasar kaynaklı perineal travma geçirdiğini göstermektedir (88). Doğumdan sonraki dönemde cinsel sorun ve inkontinans görülme oranı daha fazladır (115) (116). Geleneksel tıp bilgisi birkaç sebepten dolayı epizyotomiye destekler: Düzgün kenarları olduğu için düzensiz bir yırtıkla karşılaştırılığında daha kolay onarılır. Oysa Thacker (2000) bildirdiğine göre yapılan çalışmalarda düzensiz yırtıkların düzgün epizyo kesisine oranla daha kısa sürede iyileştiği belirtilmiştir (117). Epizyotominin perine zedelenmesini azalttığına, iyileşmeyi hızlandırdığına, bebeğin zarar görme ve ileride inkontinans oluşma riskini azalttığına dair herhangi bir kanıt mevcut değildir (61). Epizyotomi ilk olarak 1942'de zor doğumları kolaylaştırmak için İrlanda'da uygulanmış ancak bu yüzyılın ortalarına kadar yaygın kullanılmamıştır (60). Bu durum bizim çalışmamızda geleneksel tıp bilgisinin devam ettiğini ve sağlık çalışanlarına epizyotomi uygulaması hakkında hizmet içi eğitimlerin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Doğumhane çalışanlarının *kliniğe epizyotomi kullanımı ile ilişkili görüşleri* incelendiğinde; nulliparlarda epizyotomi kullanımını, %39.6'sı %99-100, %36.5'i %90 ve üzeri olarak değerlendirmiştir. Doğumhane çalışanlarının büyük çoğunluğu 3.ve 4. Derecede laserasyonları (%93.8) azaltmak nedeniyle epizyotomi uygulamasını tercih etmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının yarıdan fazlası klinikte mevcut olan epizyo oranını (%67.7) makul seviyede bulmuştur (**Tablo 6.3.5**). Epizyotomi günümüzde primparların %80-90'ında ve sonraki doğumların yaklaşık %50'sinde uygulanmaktadır. Amerika'da 2005 yılında epizyotomi kullanım oranı %25'dir. (109). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar bu oranlardan yüksek bulunmuştur. Bunun farklı nedenleri olabilir: Özellikle Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde, suda doğum veya farklı doğum pozisyonları gibi doğumu

kolaylaştıran yöntemler daha sık kullanılmaktadır. Bu etmen epizyotomi oranlarının azaltılmasında etkili olmuş olabilir. Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki yüksek eğitim düzeyi hem gebe hem de doğumhane çalışanlarının normal doğum ve epizyotomi kullanım endikasyonları hakkında daha bilinçli olmalarını sağlamış ve epizyotomi oranlarının azalmasını sağlamış olabilir.

Doğumhane çalışanlarının *ebelerin epizyotomi onarımı hakkında düşüncelerine dair görüşleri incelendiğinde*; büyük bir kısmı ebelerin profesyonel rolün bir parçası olması (%78.1), en az önemli olan ise hekim sayısının az olması (%6.3) olarak değerlendirmişlerdir (**Tablo 6.3.6**). Benzer araştırmada; Dahlen (2008) yapmış olduğu çalışmada doğumhane çalışanlarının yarıdan fazlası en önemli sebep olarak ‘bakım devamlılığı sunuyor’ en az önemli olan ise “hekim sayısının az olması” olarak belirtmişlerdir. Annelerin doğumlarında yardımcı olmuş profesyoneller tarafından dikiş atılmayı tercih ettiklerini işaret eden çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (112). Türkiye’de ebelerle ilgili ilk yasal düzenleme 1928 yılında çıkarılan Tababet ve Şuabat-ı San’atlarının Tarz-ı İcrasına dair kanundur (118). Resmi gazete 2014 yılında yayınlanan ebelerin görev ve yetkilerinde; “c) doğum sürecini yönetir; travay esnasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil druum tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur” ifadesi yer almaktadır (119). Son yıllarda ebelerin rolü uygulamada daha geniş bir klinik beceri ortaya koyacak şekilde genişlemiştir. Perine tamiri bu becerilerden birisidir. Ebelerin kendi sorumluluklarında perine tamiri uygulaması gittikçe artan bir beklentidir. Ebelerin perine tamiri uygulama becerileri, ebelik bazlı bakım modellerinin gelişmesini sağlamanın yanı sıra onları daha da özerk kılmaktadır.

Doğumhane çalışanlarının *epizyotomi oranlarını azaltmada karşılaştıkları engeller* incelendiğinde; yarıdan fazlası perine masajı için yeterli zaman olmaması (%69.8) ve geleneksel uygulamaları değiştirmedeki güçlükler (%59.4) olarak değerlendirmişlerdir (**Tablo 6.3.7**). Doğumhane çalışanlarının %69.8’i perine masajı

için yeterli zamanın olmadığını ifade etmişlerdir (**Tablo 6.3.7**). Benzer araştırmalarda; Asheim et al. (2011) doğumun ikinci evresinde uygulanan perineal masajın, üçüncü ve dördüncü derece yırtıkları önlemede oldukça etkili olduğunu tespit etmişlerdir (120). Dahlen et al. (2007) doğum eyleminin ikinci evresinde perine bölgesine sıcak pet uygulamasının üçüncü ve dördüncü derece yırtık oranlarını büyük ölçüde azalttığını belirtmişlerdir (121). Bu bulgulara zıt olarak Albers et al. (2005) 807 kadın ile yürüttükleri çalışmalarında perineal masaj uygulanan ve uygulanmayan grup arasında üçüncü ve dördüncü derece perineal yırtık oranlarında farklılık olmadığını bulmuşlardır (122). NICE doğumun ikinci evresinde perine masajı yapılmamasını önermektedir (104). Bu durum sağlık çalışanlarının perine masajı için yeterli zamanının olmadığını savunarak perine masajı uygulamadığını düşündürmektedir. Doğumhanede çalışan ebe sayısının artırılması önerilir.

Doğumhane çalışanlarının *rutin epizyotomi hakkındaki görüşleri* incelendiğinde; ebe ve hekimler nulliparlarda rutin epizyotomi uygulamasını desteklerken (%40.6), multiparlarda büyük çoğunluğu rutin epizyotomi uygulamasını (%99) desteklememektedir (**Tablo 6.3.8**). Benzer çalışmada; Silva et al. (2012) de Brezilya'da yapmış olduğu çalışmada multipar kadınlar, nullipar kadınlara kıyasla, epizyotomi yapma olasılığını %55 daha düşük bulmuştur (108). Epizyotominin her doğumda rutin olarak uygulanmasına doğumhane çalışanlarının çoğunluğunun katılmamasına rağmen, onların bir kısmı nulliparlarda epizyotomi normal doğumun bir parçası olarak görmektedir. Ancak yukarıda verdiğimiz araştırma örnekleri ve çalışmamız annelerin ilk doğumlarında rutin, diğer doğumlarında ise yüksek oranda epizyotomi uygulamasına maruz kaldığı görülmektedir. Yukarıda da ifade edildiği gibi doğumu kolaylaştırıcı etkisi bilinen epizyotominin, rutin değil gerektiği zaman uygulanmalıdır (71). Nullipar gebelerde daha sıklıkla epizyotomi tercih edilmesinin nedeni, doğumhane çalışanlarının nulliparlarda daha yüksek sıklıkla görülebilecek olan 3. ve 4. derece lacerasyonlardan çekinmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapmış çalışmamızda anneler ve doğumhane çalışanları arasında perineal kesi yapılırken bilgi verme bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin

%3'ü bilgi aldık derken bu oran çalışanlarda %17 olarak bulunmuştur (**Tablo 6.3.9**). Benzer araştırmada; Diorgunun 2016 da Nijerya'da yapmış olduğu çalışmada annelerin büyük bölümünün uygulama öncesinde epizyotomi hakkında bilgilendirilmediği (%69), sadece %41'nin bilgilendirildiği saptanmıştır (88).Yapmış olduğumuz çalışmada anneler ve doğumhane çalışanları arasında lokal ağrı kesici bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışanların tümü ağrı kesici kullandık (%100) derken bu oran annelerde %60 bulunmuştur (**Tablo 6.3.9**). Benzer araştırmalarda; Diorgu'nun 2016 da Nijerya'da yapmış olduğu çalışmada annelerin yarısından fazlası epizyotomi öncesinde lokal anestezi uygulanmadığını (%53) ve bazı ebelerin (%27) epizyotomi öncesinde lokal anestezi uygulamadıklarını doğruladıklarını göstermektedir (88). Ladewing et al. (2002) ancak ağrı insanı psikolojik ve fizyolojik yönden olumsuz etkileyen bir durumdur (13). Bu nedenle epizyotomi yapılmadan önce lokal anesteziklerin uygulanması doğru bir yaklaşımdır. Hasta hakları yönetmeliğini incelediğimizde 'kimse rızası (onamı) olmaksızın tıbbi işleme tabi tutulamaz' şeklinde madde bulunmaktadır (123). Ebe ve hekimler bu madde doğrultusunda hasta haklarını ihmal etmeden uygulamalarını devam ettirmek zorundadır. Ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğunun epizyotomi açılırken onam almaması düşünülmesi gereken bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerildiği üzere kadınların epizyotominin gerekli olup olmadığı kararında söz sahibi olmaları, epizyotomi yapılırken bilgi alma ve doğum sırasında buna göre hizmet almaları esastır.

8. SONUÇLAR

Araştırmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırma sonuçlarımız;

Annelerin %24.5'i primigravida, %27.7'si primipar olup gebelik sayısı ortalaması 2.4 ± 1.3 (min:1-max:10), doğum sayısı ortalaması 2.1 ± 1.1 (min:1-max:10) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.1 ± 1.1 (min:0-max:10) olarak hesaplanmıştır. Annelerin %29.3'u akraba evliliği yaptığı tespit edilmiştir.

Annelerin %77.7'sinin gebeliği planlı olduğu belirtilmiştir.

Annelerin neredeyse tamamına yakını doğum öncesi dönemde doğuma hazırlık sınıfına katılmadığını, doğum pozisyonları hakkında eğitim almadığını ifade etmiştir.

Annelerin %53.8'i akrabalarından yalnızca %2.7'si ebelerden, doğum pozisyonları hakkında bilgi aldığını ifade etmişlerdir.

Annelerin %91'i doğum esnasında doğum sandalyesi kullanıldığını duymadığını ifade etmişlerdir. Annelerin, %56.4'unun evde doğum yapan tanıdığı olduğunu belirtirken, %98.4'ü evde doğum yapmayı güvenli bulmadığını belirtmişlerdir.

Annelerin %46.8'i travay esnasında kullanılan pozisyonlar hakkında bilgi sahibidir. Annelerin en çok bildikleri pozisyon %28.2'si yan yatma iken en az bildiği pozisyon %5.3'ü diz üstü çökme pozisyonudur.

Annelerin tümü supin (litotomi) pozisyonuyla doğum yapmışlardır. Annelerin %85.1'i istediği pozisyonda doğum yaptığını düşünmektedir. Kullanılan pozisyonun %67.6'sını ebe ya da hekim önerdiğini, %77.7'si Supine pozisyonunun doğum yapmaya yardımcı olduğunu, %78.2'si fırsat verildiğinde başka bir doğum pozisyonunu tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

Kadınların yalnızca %27.1'inin doğum pozisyonları hakkında bilgisi vardır. Kadınların en çok bildikleri pozisyon %16.5'i suda doğum iken dört ayak pozisyonu ve ayakta durma pozisyonunu bilen hiç kadın yoktur.

Çalışanların yaş grupları arasında “farklı doğum pozisyonu sunma durumu” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Meslek grupları arasında “farklı doğum pozisyonunu destekleme” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur. Meslek grupları arasında “supine pozisyonun doğumu kolaylaştırdığını düşünme” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur. Meslek grupları arasında “sırtüstü yardımcı olma kolay bulma” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların %40.4'ünde epizyotomi, %55.9'unda laserasyon mevcuttur. Epizyotomi yapılırken bilgilendirilen kadın sayısı %1.1'dir. Travma lokasyonu %62.2 vajinal, travmanın %95.2'i sütür edilip, travma sonrasında sütür edilirken %39.4'üne lokal ağrı kesici uygulanmamıştır.

Annelerin yaş, öğrenim düzeyi, doğum sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik haftası grupları arasında “epizyotomi mevcudiyeti” bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$).

Doğumhane çalışanlarının %54.2'si epizyotomi eğitimine katıldıklarını %67.7'si perine tamiri uygulamasında kendine güven duyduklarını belirtmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının perine tamiri yasal sonuçlarından, %54.2'si bazen endişelendiklerini belirtmişlerdir.

Doğumhane çalışanlarının yarıdan fazlası pospartum hemoraji prevelansını ve fetal distressi, epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit şekilde cevaplandırmıştır. Doğumhane çalışanları epizyotomi kullanımında, %55.2'si yara iyileşmesinin daha iyi olduğunu düşünürken, epizyotomi kullanımında, %47.9'u üriner inkontinansın,

%47.9'u pelvik organ prolapsusun, %24'ü perine ağrısının daha az olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Doğumhane çalışanları nulliplarlarda epizyotomi kullanımını, %39.6'sı %99-100 arasında değerlendirmişlerdir. Doğumhane çalışanları %93.8'i 3. ve 4. Derecede yırtıkları azaltmak nedeniyle epizyotomi uygulamasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Doğumhane çalışanlarının perine tamiri uygularken %58.3'ü çok emin, klinikte mevcut olan epizyo oranını %67.7'si makul seviyede olduğunu ifade etmişlerdir.

Doğumhane çalışanlarının ebelerin epizyotomi onarımı hakkında, %78.1'i ebelerin profesyonel rolün parçası olma, %6.3'ü hekim sayısının az olması olarak değerlendirmiştir.

Doğumhane çalışanlarının, %69.8'i perine masajı için yeterli zaman olmaması, %59.4'ü geleneksel uygulamaları değiştirmedeki güçlükler epizyotomi oranlarını azaltmadaki engeller olarak değerlendirmişlerdir.

Doğumhane çalışanlarının nulliplarlarda, %40.6'sı rutin epizyotomi uygulamasını desteklerken, multiparlarda %1'i rutin epizyotomi uygulamasını desteklediklerini ifade etmişlerdir.

Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “perineal kesi yapılırken bilgi verme/alma” bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “lokal ağrı kesici kullanımı” bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “fırsat verilse başka pozisyon” bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Anneler ile doğumhane çalışanları arasında “doğum pozisyonu bilgisi” bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre nerilerimiz;

Bütün gebelere perinatal dönemde, travay esnasında ve doğumda kullanılabilcek pozisyonlar hakkında bilgi verilmeli,

Pozisyon değişiklikleri ve perineal travma hakkında bireylerin bilinçlendirilmesi ve bu sınıflara katılımların artırılması sağlanmalı,

Gebelerin doğum pozisyonları bilgi edinme kaynakları açısından sağlık çalışanları bilgilendirilmeli ve gebelerin bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını kullanması sağlanmalı,

Doğum sırasında verilen sağlık hizmeti mevcut en iyi bulgulara dayanmamakta ya da kadın odaklı olmamaktadır. Litotomi pozisyonunda doğum ve sınırlandırılmış epizyotomi kullanımı kabul görmüş ve kullanılmaktadır. Geleneksel yerleşik klinik uygulamalar kullanılmakta ve bunların tartişılması gerekmeli,

Sağlık bakanlığı tarafından ebe ve hekimlere epizyotomi konulu hizmet içi eğitimler verilmelidir.

9. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 368-369, 2007
2. Quality. Agency for Healthcare Research and. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment, 1-11:112, 2005.
3. Gynecologists, American College of Obstetricians and. http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr03-31-06-2.cfm. Recommends Restricted Use of Episiotomies. [Çevrimiçi] 2006. [Alıntı Tarihi: 10 05 2017.]
4. Nurse-Midwives, American College of. Are You Necessary. http://www.midwife.org/siteFiles/news/sharewithwomen50_1.pdf. [Çevrimiçi] 2005. [Alıntı Tarihi: 10 05 2017.]
5. Sayiner FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği. İÜFN Hemşirelik Dergisi, 15(60):146-154, 2007.
6. Karaçam Z. Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 5, 2001.
7. Toker Z. Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 49-61, 2005.
8. Butshe AM, Dyall A, Garner P. Routine Episiotomy in Developing Countries: Time To Change A Harmful Practise. British Medical Journal, 316:1179-1180, 1998.
9. Okonta P. Birthing Positions: Awareness And Preferences Of Pregnant Women In A Developing Country. The InternetJournal of Gynecology and Obstetrics, Cilt 16, 2012.
10. Trinh AN, Christine LR, Amanda JA. Knowledge, attitude and experience ofepisiotomy use among obstetricians andmidwives in Viet Nam. Pregnancy and Childbirth, 15:101, 2015.
11. Alayande BT. MBBS, Amole IO. FWACP and David Akin OlaOlorun MCGP. Relative frequency and predictors of episiotomy in Ogbomoso, Nigeria. Internet Journal of Medical Update, 7(2):41-44, 2012.

12. Amanak K, Balkaya NA. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2:2, 2013.
13. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Bedray Basın Yayıncılık, 22-24, 2008.
14. Mongan M. Hypno Birthing Mongan Yöntemi. [çev.] Aslı Kalem Bakkal. Gün Yayıncılık, İstanbul, 2012.
15. Kirchof H. En Uygun Doğurma Pozisyonu. Organoma Tıp Dergisi, 1978.
16. England P, Horowitz R. İçgüdüsel Doğum. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 191-199, 2011.
17. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):143-148, 2009.
18. Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2012.
19. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 32-46, 2008.
20. Souza P, Miquelutti M, Cecatti C, Makuch M. Maternal Position During The First Stage of Labor: A Systematic Review. Reproductive Health, 3:10, 2006.
21. The Mother-Friendly Childbirth Initiative: The First Consensus Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services. Services, Coalition for Improving Maternity. Journal of Midwifery & Women's Health, 42:59-63, 1997.
22. Güngör İ, Rathfisch GY. Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2:56-65, 2009.
23. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature, Women Birth WOMBI, 189-197, 2011.
24. Organization, World Health. Care in Normal Birth: a practical guide. Department of Reproductive Health and Research. : WHO/FRH/MSM, 96:24, 1996.

25. Balaskas J. Active Birth The New Approach To Giving Birth Naturally. Boston The Harvard Common Press, 1992.
26. Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. İzmir: Kongre Özet Kitabı 21-23 Eylül 2012, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. 24, 2012.
27. Cohen WR, Friedman EA. Labor and delivery care a practical care. 1 st Edition. John Wiley & Sons, Ltd., 32-50, 2011.
28. Taşkın L. Doğum eyleminin mekanizması, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XI. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2012.
29. Shorten A, Donsante J. *Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth.* Birth, 29:18-27, 2002.
30. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi.* Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012.
31. Simkin P, Bolding A. *Update on nonpharmacological approaches to relieve labor pain and prevent suffering.* Journal of Midwifery Women's Health, 49:489-504, 2004.
32. Ayla F. *Kadın bedeninin en doğal işlevlerinden biri; doğum.* Kadın Sağlığı ve Sağlık Hakları Dergisi, 4:62, 2008.
33. Yıldırım G, Şahin NH. *Doğum ağrısının yaklaşımında hemşirelik yaklaşımı.* 1, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7:14-20, 2003.
34. Gilbert ES, Harmon JS. *Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı.* [çev.] L. Ed: Taşkın. Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
35. Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. *Pain in the first stage of labor: Relationship with the Patient's position.* Journal of Pain and Symptom Management, 13(2):98-103, 1997.
36. Akın B. Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi.* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Programı, İzmir, 2011.
37. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. *Maternal positions and Mobility during first stage labour.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.

38. Ganapathy T, Gopal K. *Maternal position and outcome of labor*. Rajiv Gandhi University of Health Sciences (RGUHS) Journal of Nursing Sciences, 1:9-14, 2011.
39. Gupta JK, Nikodem C. *Maternal posture in labour*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 92:273-277, 2000.
40. De Jonge A, Rijnders MEB, Van Diem MTH, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. *Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour*. Midwifery, 2009.
41. Mallak J. *Natural birth vs. birthing naturally*. 3, International Journal of childbirth Education, 24:35-38, 2009.
42. Walsh D. *Part Five; why we should reject the "bed Birth" myth*. Evidence-Based Care, British Journal of Midwifery, 8:554-558, 2000.
43. MIDIRS. *Positions in labour and delivery. Informed choice for professionals leaflet Midirs Freepost 9 Elmdale Road Clifton Bristol BS8 1ZZ*. [Çevrimiçi] Midwives Info & Resource Service, 2005. [Alıntı Tarihi: 05 04 2017.] www.midirs.org.
44. Ratfisch G. *Gebelikten Anneliğe Yoga*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
45. Reid AJ, Harris NL. *Alternative Birth Positions*. 1993-1998, 34, 1988.
46. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş V. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 292, 2002.
47. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Genişletilmiş 4. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 173-250, 2000.
48. Sönmez, C. Neden farklı pozisyonlar önemlidir. http://www.canersonmez.com/gebelik/pozis_dogum.htm. [Çevrimiçi] 2009. [Alıntı Tarihi: 18 04 2017.]
49. Alan H, Aslan F. *Aktif doğum ve kanıta dayalı uygulamalar*. Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İzmir, 21:11.
50. Beydağ KA. *Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6, 2007.
51. Serçekuş P, İşbir GG. *Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11:97-102, 2012.

52. Sezik M. *Hasta isteği ile sezaryen*. Perinatoloji Dergisi, 19:26-28, 2011.
53. Sezer M, Tuncer B, Alan S. *Anne dostu uygulamalar*. Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongre Özet Kitabı, İzmir, 21-23, 2012.
54. Sokullu G. *Anne dostu hastane programı*. Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İzmir, 21-23, 2012.
55. Coşar F, Demirci N. *Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012.
56. Timur S, Hotun N. *Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri*. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 1, 2010.
57. Simkin B, O'Hara MA. *Nonpharmacologic relief of pain during labor; review of five methods*. J Obstet Gynaecol, 186:131-159, 2002.
58. Başgöl Ş, Oskay Ü. *Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli*. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 17:125-129, 2014.
59. Dundes L. *The evolution of maternal birthing position*. AJPH, 77:636-641, 1987.
60. Ceylan Y. Tarihsel gelişim sürecinde doğum şekilleri ve gelenekleri. SSK bakırköy doğum ve çocuk hastalıkları eğitim hastanesi seminer notları, 1994.
61. Gaskin İ. *Doğuma Hazırlık Rehberi*. [çev.] Çeviri: Özge Altınkaya Erkök. Sena Ofset Matbaacılık, İstanbul 120-64, 2003.
62. Hotun N. İstanbul ili halkalı yöresindeki kadınların gebelik ve doğuma ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1990.
63. Kömürcü N, Gençalp NS. *Geçmişten günümüze doğuma yardım*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:78-82, 2002.
64. Arısan K. *Doğuma Yardımın Dünü Bugünü ve Bizde Ev-Saray Doğumlarıyla İlgili Gelenekler*. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 43, 1980.
65. Atabek E. *Ortaçağ Tababeti*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 1977.
66. Kızılkaya N. *Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri*. Perinatoloji Dergisi, 5:113-116, 1997.
67. Amanak K, Karaoz B, Sevil U. *Alternative/Complementary Medicine and Women's Health*. TAF Prev Med Bulletin, 12:441-8, 2013.

68. Arısan K. *Doğum Bilgisi*. Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 248-252, 1984.
69. Shy KK, Eschenbach DA. *Fatal perineal cellulitis from an episiotomy site*. *Obstetrics and Gynecology*, 54:292-298, 1979.
70. Kurtuldu İ. Epizyotomi İnsizyonunun İyileşmesinde Termik Ajanların Etkinliği. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1988.
71. Thacker SB, Banta HD. *Benefits and Risks of Episiotomy: An Interpretative Review of the English Language Literature 1860-1980*. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 38:322-338, 1983.
72. Röckner G, Olund A. *The use of episiotomy in primiparas in Sweden. A descriptive study with particular focus on two hospitals*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 70:225-330, 1991.
73. Eason E, Feldman P. *Much Ado About a Little Cut: Is Episiotomy Worth While?* *Obstetrics and Gynecology*, 95:616-618, 2000.
74. Thorp JM, Bowes WA. *Episiotomy: Can its routine use be defended?* *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 160:1027-1030, 1989.
75. Bromberg MH. *Presumptive maternal benefits of routine episiotomy A literature review*. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31:121-127, 1986.
76. Albers L, ve ark. *Distribution of genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain*. *Birth*, 26:11-15, 1999.
77. Harrison RF, Brennan M. *Comparison of Two Formulations of Lignocaine Spray with Mefenamic Acid in The Relief of Post-Episiotomy Pain: A Placebo-Controlled Study*. *Current Medical Research and Opinion*, 10:375-379, 1987.
78. Curry MA. *Maternal Attachment Behavior and the Mother's Self-Concept: The Effect of Early Skin-To-Skin Contact*. *Nursing Research*, 31:73-78, 1982.
79. Alteneder RR, Hartzell D. *Adressing Couples, Concerns During the Childbearing Period: Use of The Plissit Model*. *Jognn*, 26:651-658, 1997.
80. Reamy K, White SE. *Sexuality in Pregnancy and The Puerperium A Review*. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 40:1-13, 1985.
81. Haadem K, ve ark. *Anal Function After Delivery Rupture*. *Obstetrics and Gynecology*, 70:53-56, 1987.

82. Ladewing PW, London ML, Moberly SM, Olds SB. *Maternal-Newborn Nursing Care*. New Jersey: Upper Saddle River, 2002.
83. Karaçam Z, Eroğlu K. *Effects of Episiotomy on Bonding and Mothers' Health*. Journal Advanced Nursing, 43:384-394, 2003.
84. Cunningham A. *Perineal Damage in Childbirth*. Nursing Mirror, 158:1-4, 1984.
85. Gordon H, Logue M. *Perineal Muscle Function After Childbirth*. Lancet, 20:123-125, 1985.
86. Harrison RF, Brennan M, North PM. *Is Routine Episiotomy Necessary?* British Medical Journal, 288, 1984.
87. Mostello DJ, Hobbins JC. *Postpartum Infections*. Clinic Maternal-Fetal Medicine 226-227, 2000.
88. Diorgu FA. *Mothers and Midwives perceptions of birthing position and perineal trauma; An exploratory study*. Women and Birth, 533, 2016.
89. TNSA. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013.
90. TAYA. *T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Aile Yapısı Araştırması: Tespitler, Öneriler*.
91. Waldenstrom U. *Normal childbirth and evidence based practice*. Women Birth, 20:175-180, 2007.
92. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. *Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy*. Midwifery, 20:226-35, 2004.
93. Adachi K, Shimada M, Usai A. *The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity*. Nursing Research, 52:47-51, 2003.
94. Karakuş A. *Sezeryan ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.
95. Lothian JA. *Avoid interventions that are not medically necessary*. Healthy birth practices from Lamaze International. Lamaze Childbirth Educator Study Guide, 59-65, 2010.

96. Roberts JE. *The push for evidence, management of the second stage*. Journal of Midwifery & Women's Health, 47:2-15, 2002.
97. Eryılmaz YH. *Doğum Sonu Uygulanan Bakım Yönetiminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi*. I. Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Antalya, 260-266, 2000.
98. Potur CD. *İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi*. II. Uluslararası, IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-11 Eylül 2003.
99. De Jonge A, Mesman JA, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. *Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: Nationwide cohort study*. BMJ, 346:363, 2013.
100. Lugina H, Mlay R. *Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: An exploratory study at four government hospitals*. BMC Pregnancy and Childbirth, 4:1-25, 2004.
101. Storton S. *The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice*. The Journal of Perinatal Education, 16:25-27, 2007.
102. Hodnett ED, Stremmler R, Weston JA, McKeever P. *Reconceptualizing the hospital labor room: The PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial*. Birth, 36:159-166, 2009.
103. Simkin B, O'Hara MA. *Nonpharmacologic relief of pain during labor; reviews of five methods*. J Obstet Gynaecol, 186:131-159, 2002.
104. NICE. *Intrapartum care for healthy women and babies*. Clinical Guideline Published, 2014. nice.ork.uk/guidance/cg190.
105. De Jonge A, Rinjders M, van Diem M, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. *Birthing Positions During Second Stage of Labor and Long-Term Psychological Outcomes in Low-Risk Women*. International Journal of Childbirth, 4, 2011.
106. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. *Maternal positions and Mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, 2009.

- 107.Turan MC. *Nitelikli doğum ve doğum sonu hizmetleri*. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, 36-38, 2003.
- 108.Silva FMB, Oliveira S, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. *Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre*. 2209-2218, Blackwell Publishing Ltd Journal of Clinical Nursing, 21, 2012.
- 109.Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection, 2006.
- 110.Hut F. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 yıllarında gerçekleşen 6727 doğum vakasının retrospektif analizi ve sezeryan oranları. *Uzmanlık Tezi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın ve Doğum Kliniği, İstanbul, 2005.
- 111.Şahin HN, Yıldırım G, Aslan E. *Evaluating The Second Stage of Deliveries in A Maternity Hospital*. Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst, 17:37-43, 2007.
- 112.Dahlen HG, Homer CSE. *What are the views of midwife in relation to perineal repair?* Women and Birth, 21:27-35, 2008.
- 113.Dinç, AA. Üriner İnkontinans Şikayeti Olan Gebelerde Gebelik Ve Postpartum Dönemde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bu Şikayetin Giderilmesindeki Etkinliği. *Doktora Tezi*. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004.
- 114.Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. *Episiotomy in Ghone*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 46-47, 2004.
- 115.Goer H, Leslie MS, Romano A. *The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence*. The Journal of Perinatal Education, 16:32-64, 2007.
- 116.Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. *Outcomes of routine episiotomy: A systematic review*. Journal of the American Medical Association, 293:2141-2148, 2005.
- 117.Thacker SB. *Midline Versus Mediolateral Episiotomy*. British Medical Journal, 1615-1616, 2000.

- 118.Güner S, Yurdakul M, Yetim N. *Türkiye’de Ebelik Mesleğinin Sorunlarına Akademik Bakışı Yansıtan Nitel Bir Çalışma*. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 5:80-87, 2015.
- 119.T.C. Resmî Gazete. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. 29007. s. 18, 22 Mayıs 2014.
- 120.Asheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database Syst Rev, 12:66-72, 2011.
- 121.Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. *Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial*. Birth, 34:282-290, 2007.
- 122.Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. *Midwifery care in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial*. J Midwifery Womens Health, 50:365-72, 2005.
- 123.Akdur R, Aydın E. *Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi*. Ankara : Songür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık, 127, 2003.
- 124.Taşkın L. *Doğum eyleminin mekanizması, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş XI. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.
- 125.Yıldız KN. *İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS’in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.

10. EKLER

ANNELER İÇİN VERİ TOPLAMA FORMU

“Annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması ile ilişkili görüşleri” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Ebe Kübra AYDIN

DEMOGRAFİK, TIBBİ VE OBSTETRİK ÖYKÜ

1-) Yaşı:

2-) Eğitim durumu:

() İlkokul mezunu() Ortaokul mezunu() Lise mezunu() Üniversite

3-) Çalışma durumu (maaşlı herhangi bir iş) : () Çalışıyor() Çalışmıyor

4-) Sağlık güvencesi:

() SGK () Özel sağlık sigortası () Yeşil kart () Sağlık güvencesi yok

5-) Medeni durumu:() Evli () Bekâr

6-) Sigara içme durumu: () Evet () Gebeliği sırasında bıraktı() Hayır

7-) Gelir durumunuzu hangisi daha iyi tanımlıyor:

() Düzenli geliri yok() Gelir giderden az

() Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

8-) Alerjik öyküsü: () Var() Yok Belirtiniz

9-) Geçirilmiş bir operasyon: () Var() Yok Belirtiniz

10-) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Var() Yok Belirtiniz

11-) Kronik bir hastalık durumu:() Var() Yok Belirtiniz

12-) Gravida : Parite : Abortus:Yaşayan:Ölü doğum:

13-) Önceki doğum şekli:

() Normal spontan doğum () Acil Sezaryen() İsteğe bağlı sezaryen

() Müdahaleli vajinal doğummüdahale şekli:.....

14-) Akraba evliliği var mı ? () Evet () Hayır

POZİSYONLAR:

Travay esnasında kullanılan bildiğiniz pozisyonlar nelerdir? Bu pozisyonları avantajı ve dezavantajı sizce nedir?

		Avantaj	Dezavantaj
<input type="checkbox"/>	Sırt üstü pozisyon		
<input type="checkbox"/>	Ayakta durma		
<input type="checkbox"/>	Sallanma		
<input type="checkbox"/>	Yürüme		
<input type="checkbox"/>	Oturma		
<input type="checkbox"/>	Çömelme		
<input type="checkbox"/>	Diz-göğüs		
<input type="checkbox"/>	Yan yatma		

Doğum esnasında sırt üstü pozisyon dışında başka bir pozisyon hakkında bilginiz var mı? Evet Hayır

Doğum esnasında kullanılan bildiğiniz pozisyonlar nelerdir? Bu pozisyonları avantajı ve dezavantajı sizce nedir?

		Avantaj	Dezavantaj
<input type="checkbox"/>	Sırt üstü pozisyon		
<input type="checkbox"/>	Çömelme pozisyonu		
<input type="checkbox"/>	Diz-göğüs pozisyonu		
<input type="checkbox"/>	Dört ayak pozisyonu		
<input type="checkbox"/>	Yan pozisyon		
<input type="checkbox"/>	Ayakta durma		
<input type="checkbox"/>	Suda doğum		

Doğum pozisyonları hakkında bilgi kaynaklarınız nelerdir?

Hekim İnternet Diğer anneler

Ebe TV Akraba

Gazete Arkadaş

Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katıldınız mı ?	Evet ()	Hayır ()
Doğum pozisyonları hakkında size eğitim verildi mi?	Evet ()	Hayır ()
Perine masajı hakkında eğitim aldınız mı?	Evet ()	Hayır ()
İstedığınız pozisyonda doğum yaptığınızı düşünüyor musunuz ?	Evet ()	Hayır ()
Doğum esnasında doğum sandalyesi kullanılabilirdiğini duydunuz mu ?	Evet ()	Hayır ()
Evde doğuma şahit oldunuz mu ?	Evet ()	Hayır ()
Size evde doğum yapmak güvenli midir ?	Evet ()	Hayır ()
Evde doğum yapan bir tanıdığınız var mı?	Evet ()	Hayır ()
Sırt üstü uzanma pozisyonuyla (litotomi) ile mi doğum yaptınız	Evet ()	Hayır ()
Kullandığınız bu pozisyonu ebe ya da hekim mi önerdi	Evet ()	Hayır ()
Sırt üstü yatmanın doğum yapmanıza yardımcı olacağını düşünüyor musunuz	Evet ()	Hayır ()
Fırsat verilirse başka bir pozisyonda doğumunuzu gerçekleştirmek ister miydiniz?	Evet ()	Hayır ()

Farklı pozisyonlarda doğumunuzu gerçekleştirmek istememe sebebiniz nedir?

.....

PERİNEAL TRAVMA İLE İLGİLİ SORULAR

Herhangi bir perine travması var mı ? () Evet () Hayır

Perineal kesi yapılırken size bilgi verildi mi?() Evet() Hayır

Kesi öncesinde lokal ağrı kesici uygulandı mı?() Evet() Hayır

Kaçıncı dereceden bir laserasyon mevcuttur ?

() Birinci derece () İkinci derece () Üçüncü derece () Dördüncü derece

Travma lokasyonu ?

Vajinal () Labial () Periüretal () Clitoral () Servikal ()

Travma sonrasında sütür edildimi ?() Evet () Hayır

BEBEKLE İLGİLİ SORULAR

1.dkAPGAR skoru :

5. dk APGAR skoru:

Doğum ağırlığı:

ÇALIŞANLAR İÇİN VERİ TOPLAMA FORMU

“Annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması ile ilişkili görüşleri” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir


Ebe Kübra AYDIN


1. Mesleğiniz :Ebe ()Asistan dr()Uzman dr()
2. Meslekte kaçınıcı yılınız :
3. Ebeler için öğrenim düzeyi()Sağlık Meslek Lisesi() Üniversite
4. Doğum sayınız nedir?
5. Doğum şekliniz ?
() Normal spontan doğum () Acil Sezaryen() İsteğe bağlı sezaryen
() Müdahaleli vajinal doğummüdahale şekli:.....
6. Sezaryen tercih etme nedeniniz nedir?
.....
7. Kadınlara doğum yaptırırken sıklıkla litotomi pozisyonunu mu kullanıyorsunuz ?
Evet ()Hayır ()
8. Sırtüstü dışında farklı doğum pozisyonları hakkında bilginiz var mı ?
Evet ()Hayır ()
9. Kadınlara farklı doğum pozisyonlarından herhangi birini sundunuz mu ?
Evet ()Hayır ()
10. Kadınların başka bir doğum pozisyonunu denemelerini destekler miydiniz ?
Evet ()Hayır ()
11. Kadınların doğumu esnasında aldıkları sırtüstü pozisyonunun doğumu kolaylaştırdığını düşünüyor musunuz ?Evet ()Hayır ()
12. Kadınlara sırtüstü pozisyonda yardımcı olmayı kolay buluyor musunuz ?
Evet () Hayır ()

13. Sırüstü pozisyonu size epizyotomi gerçekleştirmede yardımcı oluyor mu ?
Evet ()Hayır ()
14. Epizyotomi gerçekleştirmeden önce kadına bilgi veriyor musunuz ?
Evet ()Hayır ()
15. Epizyotomi öncesinde lokal anestezi veriyor musunuz ?
Evet ()Hayır ()
16. Öğreniminiz sonrası perineal onarım (epizyotomi) eğitimine katıldınız mı ?
Evet () Hayır ()
17. Nulliplarlarda epizyotomi kullanımınız tahminen ne kadardır?
()%99-100
()%90 ve üzeri
()%60-90
()%60 dan daha az
18. Epizyotomi uygulama nedeniniz nedir ?
()3. ve 4. Derece yırtıkları azaltmak
()Sutür atmanın kolay olması
()Doğumun ikinci evresini kısaltmak
()Fetaldistresten korkmak
() Diğer.....
19. Perine tamiri uygularken kendinizden emin olduğunuzu hissediyor musunuz ?
() Çok emin
() Makul derecede emin
() Hiç kendinden emin değil
20. Doğum yaptırdığınız gebelerin pospartum hemoraji prevelansı hakkında ne düşünüyorsunuz ?
() Epizyotomili kadınlarda daha yüksek
() Epizyotomili kadınlarda daha düşük
() Epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit
() Bilmiyorum
21. Doğum yaptırdığınız gebelerde fetal distres hakkında ne düşünüyorsunuz ?
() Epizyotomili kadınlarda daha yüksek
() Epizyotomili kadınlarda daha düşük

- Epizyotomi yapılanlarla yapılmayanlar eşit
 Bilmiyorum
22. Epizyotomi kullanımında yara iyileşmesinin daha hızlı mı olduğunu düşünüyorsunuz ?Evet ()Hayır ()
23. Epizyotomi kullanımında perine ağrısının daha az mı olduğunu düşünüyorsunuz ?Evet ()Hayır()
24. Epizyotomi kullanımında ürineriner kontinansın daha az mı olduğunu düşünüyorsunuz?Evet ()Hayır ()
25. Epizyotomi kullanımında pelvik organ prolapsusunun daha az mı olduğunu düşünüyorsunuz ?Evet () Hayır ()
26. Perine tamiri yaparken kendinize güveniyor musunuz? Evet ()Hayır ()
27. Perine tamirinin yasal sonuçları hakkında endişelendiğiniz oluyor mu ?
Asla ()Bazen () Sürekli ()Sık sık ()
28. Ebelerin epizyotomi onarımı hakkında düşünceleriniz nelerdir?
Ebelerin bu konuda iyi olması ()
Profesyonel rolün bir parçası olması ()
Tamir için hekimi beklemeye zaman olmaması ()
Bakımın devamlılığını sağlaması ()
Hekim sayısının az olması ()
29. Kaç yıldır perine tamiri uyguluyorsunuz ?.....
30. Haftada kaç perine tamiri gerçekleştirirsiniz ?.....
31. Kliniğinizde mevcut olan epizyotomi oranı sizce nasıldır?
 Çok yüksek() Makul seviyede() Çok düşük
32. Sizce nulliplarlarda rutin olarak epizyotomi yapılmalı mıdır?() Evet () Hayır
33. Sizce multiparlarda rutin olarak epizyotomi yapılmalı mıdır?() Evet () Hayır
34. Sizce epizyotomi oranlarını azaltmadaki engeller nelerdir?
 Perineyi koruma ve yırtıkları minimize etme konusunda eğitilmemiş olmamız
 Perineyi masajı için yeterince zamanımızın olmaması
 Geleneksel uygulamaları değiştirmedeki güçlükler
 Kadınların epizyotomi beklentisi içinde olması
 Diğer

11. ETİK KURUL ONAYI

 **MEDİPOL**
UNV İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.20908
Konu : Etik Kurulu Kararı

20/10/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonları ve Perine Travması ile İlişkili Algıları” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 20.10.2016 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 2244695BXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonları ve Perine Travması ile İlişkili Algıları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	30.09.2016	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	30.09.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 496	Tarih: 19/10/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.14488
Konu : Etik Kurulu Hk.

28/05/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 19/10/2016 tarihli 496 karar no ile onay verilen "Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonları ve Perine Travması ile İlişkili Alguları" isimli çalışmanın başlığının "Annelerin ve Doğumhane Çalışanlarının Doğum Pozisyonları ve Perine Travması ile İlişkili Görüşleri" olarak değiştirilmesi isteğiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 28.05.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 14D772B7X3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Kübra	Soyadı	AYDIN
Doğum yeri	Selçuklu	Doğum tarihi	01.01.1990
Uyruğu	T.C	E-mail	kubrayelli4620@hotmail.com

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	-
Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2011
Lise	Selçuklu Atatürk Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum Adı	Çalışma Yılı
1. Ebe	Muradiye Devlet Hastanesi	2012-2014
2. Ebe	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014- Halen

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
ALES Puanı	64,44386	64,97426	63,67255

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	İyi