



**NULLİPAR KADINLARDA DOĞUM EYLEMİ
SÜRESİNCE YAPILAN PERİNE MASAJININ DOĞUM
KONFORU, PERİNEAL AĞRI VE TRAVMAYA ETKİSİ**

Habibe YAŞAR

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

Yüksek Lisans Tezi – 2019

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NULLİPAR KADINLARDA DOĞUM EYLEMİ SÜRESİNCE YAPILAN
PERİNE MASAJININ DOĞUM KONFORU, PERİNEAL AĞRI VE
TRAVMAYA ETKİSİ**

Habibe YAŞAR

Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

MALATYA

2019

İTHAF

“Her türlü sıkıntıları ardında bırakarak desteğini ve sevgisini bizden esirgemeyen, her koşulda yanımda olan canım annem Rukiye YAŞAR’a ve doğum ve doğum sonu ağrı çekmiş olan bütün kadınlara ithaf ediyorum...”



KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Habibe YAŞAR'ın " Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının Doğum Konforu, Perineal Ağrı ve Travmaya Etkisi "** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/07/2019


Doç.Dr. Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Danışman
Jüri Başkanı


Dr.Öğr.Üyesi Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Üye


Dr.Öğr.Üyesi Nursel ALP DAL
Munzur Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğum Eylemi.....	4
2.1.1. Doğum Eyleminin I. Evresi	4
2.1.2. Doğum Eyleminin II. Evresi.....	5
2.1.3. Doğum Eyleminin III. Evresi.....	5
2.1.4. Doğum Eyleminin IV. Evresi	6
2.2. Pelvik Taban ve Perinenin Anatomisi	6
2.2.1 Pelvik Taban	6
2.2.2. Perine	7
2.2.3. Perine Adalelerinin Görevleri.....	7
2.3. Doğumda Perineal Travma	8
2.3.1. Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimi.....	10
2.3.2. Doğum Sırasında Pelvik Taban Hasarı.....	10
2.3.3. Doğumda Perineal Travma ve Hasar Oluşumunu Önlemek İçin Yapılan Bazı Uygulamalar	11
2.3.4. Perineal Travmanın Değerlendirmesinde Ebenin Rolü	11
2.3.5. Doğum Eyleminde Gelişen Pelvik Taban ve Perine Hasarının Kadın Sağlığına Olumsuz Etkisi	12
2.4. Perineal Ağrı.....	12
2.4.1. Postpartum Dönemde Perineal Ağrıyla Etkileyen Faktörler	13
2.4.2. Postpartum Dönemde Perineal Ağrının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri	14
2.4.3. Postpartum Dönemde Perineal Ağrının Azaltılmasında Ebenin Rolü.....	14
2.5. Perine Masajı	15
2.6. Doğumda Konfor	16
2.6.1. Konfor Kavramı.....	16

2.6.2. Konfor Kavramının Ebelik Bakımında Kullanımı.....	17
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (EK 2)	20
3.4.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (EK3).....	20
3.4.3 REEDA Skalası (EK 4).....	21
3.4.4. Doğum Konfor Ölçeği (DKÖ) (Childbirth Comfort Questionnaire- CCQ) (EK5) ...	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Girişim	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.8. Verilerin Analizi	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönleri	23
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR	38
EKLER.....	46
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	46
EK 2. KİŞİSEL TANITIM FORMU	47
EK 3. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ).....	49
EK 4. REEDA SKALASI.....	50
EK 5. DOĞUM KONFOR ÖLÇEĞİ.....	51
EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (DENEY GRUBU).....	52
EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU) ...	53
EK 8. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURUL ONAYI.....	54
EK 9. DİYARBAKIR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI	55
EK 10. KURUM İZİN YAZISI	56
EK 11. GKÖ KULLANIMI İZİN YAZISI.....	57
EK 12. DKÖ İZİN YAZISI	58
EK 13. REEDA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN YAZISI.....	59

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince engin bilgi birikimi ve kıymetli deneyimleri ile bana ebelik felsefesini öğreten, tez çalışması süresince çok değerli katkıları ile beni yönlendiren, güler yüzlü, sabırlı ve öğretici yaklaşımlarına hayranlık duyduğum, rol modelim değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya

Yüksek lisans eğitimim sırasında kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her daim yol gösterici olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR' a,

Tez savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nursel ALP Dal'a

Tez çalışması süresince yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Arş. Gör. ÇİĞDEM KARAKAYALI ve Arş. Gör. Sümeyye ALTIPARMAK'a

Tez çalışmam ve arkadaşlığımız boyunca desteğini, sevgisini ve dostluğunu hep yanımda hissettiğim Kübra TÜRK, Hasine HAKAN ve Tuba MİLİĞ'e

Bugünlere gelmemde, hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her türlü koşulda yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem, babam ve kardeşlerime,

Çalışmamı Yaptığım Hastanedeki doktor, ebe/hemşire ve tüm personeli ile çalışmama katılmayı kabul eden kadınlara,

TEŞEKKÜR EDERİM...

HABİBE YAŞAR

ÖZET

Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının

Doğum Konforu, Perineal Ağrı Ve Travmaya Etkisi

Amaç: Bu araştırma, nullipar kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve metot: Kontrol gruplu yarı deneme modeli kullanılan araştırmanın evrenini Diyarbakırda bir kamu hastanesinin doğum salonuna başvuran nullipar kadınlar oluşturmuştur. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü, her bir grup için 91 gebe (91 deney, 91 kontrol) olarak hesaplanmıştır. Deney grubundaki gebelere latent fazda en az 2, aktif fazda en az 4 kez, geçiş fazında en az 4-6 kez ve doğumun ikinci evresi boyunca her ıkınma sırasında perine masajı uygulanmıştır. Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)", "REEDA Skalası" ve "Doğum Konfor Ölçeği" ile toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi ve pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Doğumun ikinci evresinin süresi, perineal travma durumu, perineal travmanın derecesi ve epizyotomi uygulama durumu gibi doğum eylemine ilişkin özellikler açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan perine masajı sonrası aktif faz sonundaki DKÖ puan ortalaması deney grubunda 30.53 ± 8.78 , kontrol grubunda 26.83 ± 7.78 olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca doğum sonu GKÖ puan ortalamasının deney grubunda 3.04 ± 2.08 , kontrol grubunda 5.72 ± 2.64 olduğu belirlendi ($p<0.001$) ve REEDA toplam puan ortalamasının deney grubunda 3.23 ± 0.53 kontrol grubunda 5.50 ± 1.70 olduğu saptandı ($p<0.001$).

Sonuç: Nullipar kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforunu artırdığı, perineal ağrı ve travma gelişme olasılığını azalttığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Doğum Eylemi, Doğum Konforu, Ebelik, Nullipar Kadın, Perine Masajı, Perineal Ağrı, Perineal Travma

ABSTRACT

The Effect of Perineal Massage Performed During the Labour on the Childbirth Comfort, Perineal Pain and Trauma in Nulliparous Women

Purpose: This study was carried out to determine the effect of perineal massage performed during the labour on childbirth comfort, perineal pain and trauma in nulliparous women.

Material and Method: The research was carried out by using a control group quasi-experimental model. The population of the study consisted of nulliparous women applying to the maternity hospital in Diyarbakır. When the power analysis was performed, the sample size was calculated as 91 pregnant (91 experiment, 91 control) for each group. Pregnant in the experimental group was performed perineal massage at least 2 times in latent phase, at least 4 times in the active phase, at least 4-6 times in transition phase and during in second period of delivery in every strain. Data were collected with "Personal Identification Form", "Visual Analogue Scale (VAS)", "REEDA Scale" and "Childbirth Comfort Scale". Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation t-test in independent and chi square test groups were used in statistical evaluation.

Results: When the characteristics of labour, such as duration of the second phase of the birth, perineal trauma state, degree of perineal trauma and episiotomy application were compared in terms of features the difference between the groups was found to be statistically significant ($p < 0.05$). Mean SAI score at the end of the active phase after perineal massage performed that was found to be 30.53 ± 8.78 in the experimental group and 26.83 ± 7.78 in the control group, ($p < 0.05$). The mean VAS score was found to be 3.04 ± 2.08 in the experimental group, 5.72 ± 2.64 in the control group ($p < 0.001$). Moreover It was also achieved that the mean REEDA total score was 6.25 ± 1.40 in the experimental group, 10.12 ± 2.29 in the control group in postpartum, ($p < 0.001$).

Conclusion: It was found that perineal massage given to nulliparous women during labour increased the childbirth comfort and reduced the possibility of perineal pain and trauma development.

Keywords: Labour, Childbirth Comfort, Nulliparous Women, Midwifery, Perineal Massage, Perineal Pain, Perineal Trauma

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devleti

DKÖ :Doğum Konfor Ölçeği

M. : Musculus

GKÖ : Görsel Kıyaslama Ölçeği

H.Y : Habibe Yaşar

HAase : Perineal Hiyalüronidaz Enjeksiyonu

EMG : Elektromiyografi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırma Planı..... 24



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Eylemine İlişkin Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Girişim Öncesi Doğum Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Aktif Faz Sonundaki Doğum Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Görsel Kıyaslama Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.6. Deney Ve Kontrol Grubundaki Kadınların REEDA Ölçeğine Ait Faktörler ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32

1. GİRİŞ

Doğum, anne adaylarının hayatlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak doğum anında yaşanan olumsuzluklar uzun yıllar anlatılan doğum hikâyelerine sebep olabilir (1). Yaşanan bu olumsuzluklardan biri, vajinal doğumlarda kendiliğinden veya müdahale sonucunda meydana gelen perineal travmalardır (2). Perineal travma, doğum esnasında gelişen ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini kısa veya uzun vadede olumsuz yönde etkileyebilen bir durumdur. Perinede gerçekleşen travmalar; perineal ağrı, enfeksiyon ve cinsel ilişki esnasında ağrıya neden olabilmektedir. Ayrıca perinenin doğum esnasında aşırı gerilmesi ya da yırtılması pelvik tabanın hasarına ve güçsüzleşmesine bundan dolayı uterus prolapsusu, üriner ya da fekal inkontinans gibi durumlarla sonuçlanmasına sebep olabilmektedir (3-6).

Vajinal doğumlardan sonra bildirilen perineal travma oranları, genellikle tanımların ve raporlamanın tutarsızlığına bağlı olarak önemli ölçüde değişmekte ve özellikle primipar kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (7). Amerika'da yapılan bir çalışmada her üç kadından birinin perineal hasar sonucu 3.ve 4.derece travmayla sonuçlanan operasyonlara karşılaştığı ve bu yapılan müdahalelerin sonucunda uzun süreli fiziksel ve psikolojik sıkıntılara maruz kaldığı bildirilmektedir (8). Perineal travmanın derecesini ve büyüklüğünü etkileyebilecek birçok faktör mevcuttur. Bunlar; doğumda forseps veya vakum aletlerinin kullanımı, doğum eyleminin uzaması, hızlı doğum eylemi, prezentasyon bozukluğu, omuz distozisi, parite, fetüsün ağırlığının 4000 gr'ın üstünde olması, anne yaşının çok büyük yada küçük olması, önceki skar dokusu ve doğum eyleminin hastane haricinde deneyimli olmayan ebeler tarafından yaptırılması gibi faktörlerdir (2, 9-11).

Günümüzde doğum ekibi üyeleri tarafından perineyi korumak amacıyla alternatif bazı yöntemler kullanılmaktadır. Doğum pozisyonları, ıkmama yöntemleri, bebek başı çıkarılırken perinenin elle korunması yöntemi, perineye sıcak uygulama ve perine masajı bu yöntemler arasında sayılabilir (12, 13). Bu yöntemlerden biri olan perine masajı, doğum eyleminin ikinci aşamasında perine esnekliği sağladığı, perineal laserasyonu önlediği ve epizyotomi ihtiyacının azaltılmasında önemli bir teknik olarak görüldüğü için önerilmektedir (5, 13). Yapılan çalışmalar perine masajının gebelik döneminden

başlanarak, doğuma kadar uygulanabileceği gibi sadece intrapartum dönemde de uygulanabileceğini bildirmektedir (3,14-19).

Literatürde perine masajı gibi yöntemlerin gerçekten perineal travma ve ağrıyı azaltıp azaltmadığının bilinmesinin önemli olduğu ve bu konuda kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiği özellikle vurgulanmaktadır (13, 17). Yapılan sınırlı sayıda çalışmada ortalama olarak 35. gebelik haftadan itibaren uygulanan antenatal perine masajının, onarım gerektiren perineal travmaları azalttığını göstermekte ve perineal travma gerçekleşen kadınların perineal travma gerçekleşmeyen kadınlara oranla doğum sonu dönemde daha fazla perineal ağrı şikayeti yaşadığını göstermektedir (13, 20, 21).

Doğumdaki bakım süreci üzerine yapılan araştırmalarda, doğum esnasında kadına rahatlatıcı bazı uygulamaların yapılması önerilmektedir (5, 15, 22-24). Bu uygulamalar arasında yer alan perine masajının perineal travma ve doğum sonu ağrı hissini hafiflettiği bildirilmiştir (5, 13, 17, 25). Yapılan az sayıdaki çalışmada genellikle kadınların perineal masaj uygulaması hakkındaki görüşlerine deyinilmiş ve kadınların bir sonraki doğumlarında perine masajını tercih edecekleri bildirilmiştir (17, 26). Çünkü yapılan perine masajı doku ve kaslara esneklik sağladığı için doğumda perineal travma ve ağrı oluşma riski azalır (27). Beckmann ve Stock'un 2013 yılında yayınladıkları derlemede, doğum anında perine masajı yapılan kadının genel memnuniyet duygusuna ait bir bulguya rastlanılmadığı belirtilmiştir (17).

Doğumda kadının memnuniyetini sağlama büyük ölçüde doğumdaki konfor algısı ile ilişkilidir (28). Doğum sürecinde konfor önemli bir kavramdır ve doğumdaki konfor, özellikle fiziksel yakınmaların aşılması ve etkin bakımın sağlanması ile sağlanabilir (29-31). Bu kapsamda ebeler doğum sürecinde konforu sağlama ve sürdürmede önemli rol oynamaktadır. Literatür incelendiğinde doğum konforunun değerlendirildiği çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir (32, 33). Schuiling ve arkadaşlarının 2011 yılında birebir sürekli destek, hareket özgürlüğü ve masaj uygulamasının doğumda konfor düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında uygulanan masajın doğumda konfor üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır (32). Yapılan bir çalışmada ise katılımcılara konforu arttırmaya yönelik bütünsel/alternatif teknikler uygulanmış ve girişim sonrası konfor puanlarında artış saptanmıştır (33). Belirtilen bu çalışmalarda perine masajının doğum konforu üzerine olan etkisinin değerlendirilmediği görülmektedir (32, 33). Bu bilgilerden yola çıkılarak nullipar kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya olan etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın amacı nullipar kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmanın hipotezi:

H_{0-a}: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı, kadınlardaki doğum konfor düzeyini artırmaz.

H_{1-a}: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı, kadınlardaki doğum konfor düzeyini arttırır.

H_{0-b}: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı, doğum sonu perineal ağrı düzeyini azaltmaz.

H_{1-b}: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı, doğum sonu perineal ağrı düzeyini azaltır.

H_{0-c}: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı, doğum sonu perineal travmayı azaltmaz.

H_{1-c}: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı, doğum sonu perineal travmayı azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Doğum, yaşam hikâyesinde önemli, gebe ve ailesi için çok özel ve olumlu bir deneyimdir (34). Doğum eylemi, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin son menstrual periyottan 40 hafta sonra anne rahminden dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği, bebeğin dış ortamda gelişebilecek yetkinliğe vardığı bir zamanda gerçekleşir (35).

Vajinal doğum yıllardan beri süregelen kadınların kullandıkları bir doğum çeşididir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik beden yapısına uygun bir doğum şeklidir. Yeterince destek, gerekli ve uygun bir müdahale yöntemi ile doğum eylemi sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilir (1).

Normal bir doğum eyleminin;

- Termde (38 hafta ve üzeri) olması,
- Tek ve canlı bir bebeğin varlığı,
- Kendiliğinden başlaması,
- Verteks pozisyonda olması,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- Sağlıklı bir bebek ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi gerekir (35).

Doğum eylemi 4 evreden oluşur (35)

2.1.1. Doğum Eyleminin I. Evresi

Dilatasyon(Açılma) evresi olarak da bilinen bu evre, gerçek doğum ağrılarının başlamasıyla serviksin tam dilate olması arasında geçen zamanı kapsar (36). Kadının heyecan, korku ve tedirginlik duygularını bir yaşadığı dönemdir (34). Bu evre primiparlarda ortalama 8-12 saat, multiparlar da 6-8 saat sürmektedir (37, 38). Birinci evre doğumun en uzun süren evresidir (34). Bu evre kendi içinde; latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (39).

Latent Faz: Düzenli kontraksiyonlar ile başlar, silinme tam'a yakın (%100) olduğu ve açıklık 2-3 cm olduğunda sone erer. İlk doğumlarda ortalama 8 saat, multiparlar da ise ortalama 5 saat sürer. Kontraksiyonlar ilk başta 10-20 dakikada bir gelir ve daha sonra 15- 20 saniye sürer (39). Travay'ın başlangıcı anlık bir olay olmadığından latent fazın süresinin tam olarak bilinemediği de belirtilmektedir (34).

Aktif Faz: Dilatasyon yaklaşık 3-4 cm olduğunda başlar ve 8cm olduğunda sonlanır. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelir ve yaklaşık 45-60 saniye kadar devam eder. Aktif faz ortalama ilk doğumlarda 4 saat, multiparlarda 2 saat devam eder (39).

Geçiş Fazı: Dilatasyon 8 cm'ye ulaştığında başlar, 10cm olunca sona erer. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir meydana gelir, yaklaşık 60-90 saniye devam eder. Geçiş fazının süresi ilk doğumlarda ortalama 1 saat, multiparlar da ise 30 dakikadır. Anne için doğum eyleminin en zor fazı olarak düşünülür (39).

2.1.2. Doğum Eyleminin II. Evresi

İkinci evre, fetüsün doğum kanalı içinden inmesi, servikal açıklığın tamamlanması ve annede kendiliğinden olarak meydana ıkınma isteğinin ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (40).

Diğer bir tanımla, doğumun ikinci evresi serviksin tam olarak açılması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonuçlanmaktadır.

Bu evrenin süresini parite, epizyotomi uygulaması, fundal basınç uygulaması, oksitosin indüksiyonun kullanımı, amniyotomi, doğum pozisyonu, ıkınma tipi ve anestezi gibi durumlar etkileyebilmektedir (41). Bu sebepten ikinci evrenin süresi ile ilgili fikir birliği bulunmamakla birlikte (40) doğumun ikinci evresi serviksin tam olarak açılmasından sonra sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat (ortalama 50 dakika), multiparlarda 5–30 dakika (ortalama 20 dakika) sürdüğü düşünülmektedir (42).

2.1.3. Doğum Eyleminin III. Evresi

Doğum Eyleminin üçüncü evresi bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasenta ve eklerinin tamamıyla ayrılıp atılması ile noktlanır. Plasentanın ayrılma süresi 5 ile 7 dakika arasında değişmekle birlikte bu süre 30 dakikayı da bulabilmektedir (41, 42). Plasentanın ayrılma süresi eğer 30 dakikayı aşmışsa bu durum uzamış evre olarak adlandırılabilir (34).

2.1.4. Doğum Eyleminin IV. Evresi

Plasentanın doğmasından sonraki ilk bir iki saatlik süre eylemin dördüncü evresi olarak adlandırılmaktadır. Normal bir doğumda ve doğum sonunda 250-500 ml kan kaybedilir. Annede şiddetli titreme, susuzluk, açlık, yorgunluk, perine de ağrı ve sızı gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (43).

Bu evrede postpartum kanamaların takibi oldukça önemlidir (43). Bu nedenle servikal ve vajinal laserasyonların kontrolü, laserayon varsa tamiri ve elle halas edilen plasentanın bütünlüğünün tespit edilmesi gerekmektedir (38). Ebenin bu dönemde, anne bebek iletişimini sağlama, emzirmeyi destekleme, annenin analjezi ihtiyacını giderme, annenin uygun pozisyonda dinlenmesini sağlama ve açlık durumunu gidermede rolü vardır (43).

2.2. Pelvik Taban ve Perinenin Anatomisi

2.2.1 Pelvik Taban

Kas, ligament ve fasyadan oluşan pelvik taban; miksiyon, defekasyon, doğum ve cinsel ilişki gibi yaşamsal işlevlerde önemli bir rol oynar Kemik pelvisin içinde alttaki pelvis boşluğunu kapatarak batin boşluğunun alt kısmını oluşturmaktadır ve ön tarafta simfiz pubis, arkada sakrum, yan tarafta spina iskiaların sınırladığı kısımdır (44, 45) Pelvik taban, levator ani ve koksigeal kaslardan (puborektal, pubokoksigeal ve iliokoksigeal) oluşur. Üretral ve anal sfinkter kasları da pelvik tabanın birer parçasıdır. Endopelvik bağ dokuları pelvik taban kaslarının üstünde yer alır ve pelvik yan duvarlara ve sakruma bağlanır (46).

Pelvik taban kaslarının fonksiyonel anatomisi uzun süreden beri çalışılmakla beraber çok az anlaşılabilmiştir. Bu kaslar dörtgen şeklinde olup üriner ve fekal inkontinansın önlenmesi için kasılırken, gastrointestinal ve üriner sistem içeriğinin boşalabilmesi için gevşerler (45, 47). Bu yapı kontinansı sağlayıp pelvik organ prolapsunu önlerken yaşamsal fonksiyonlarda da görevlidir (48). Pelvis tabanı pelvik içinde organları destekleyen dıştan içe doğru; pelvik fasya, ürogenital diyafragma ve pelvik diyafragması'ndan oluşur (49).

Pelvik Fasya: Elastik bağ dokusu ile adaleleri içerir. Pelvik fasya; serviks, mesane rektum ve vajinanın yerlerini muhafaza etmesini sağlar. Pelvik fasya zayıflarsa veya gevşerse pelvis içinde bulunan organlar yerlerinden sarkabilir. Pelvis diyafragması ve

ürogenital diyafragmanın kas fibrinleri üretra, vajina ve anal kanalın sıkışmasını ve iç üreme organlarının normal yerinde ve pozisyonunda kalmasına olanak sağlarlar ve buna ek olarak doğum, vajen ve perine'nin esnemesine ve doğum sonrasında da kapanmasına yardımcı olurlar (49). Pudental ve hemoroidal arterler pelvik tabanın kan damarlarını oluştururlar. Üçüncü ve dördüncü sakral sinirden dallanan pudental sinir, perinenin deri fasya ve kaslarını sinirlendirir. Doğum esnasında bu sinirlere uygulanan lokal anestezi ile bölgedeki ağrı duyarlılığı kontrol edilir (49, 50).

Ürogenital Diyafragma: Pelvik diyafragmanın altında bulunur. Doğum olayında önem arz eder. Üçgen şekindedir. Perine fasyasının derin tabakası ile perineal adaleleri içerir. Bu bölgede bulbokavernos kas, M. transversus perinei supeficialis kası ve sfinkter ani kası bulunur (49, 50).

Pelvik Diyafragması: İnce bir kas şeridi olup, tuber ischiadicum'un iç-ön tarafından kısa bir kirişle başlar ve centrum tendineum perinei de sonlanır. Bu kas grubu dimdik ayakta duran bir kişinin pelvik organları için yeterlive gerekli desteği sağlamasında yardımcı olur. M.levator ani ve pelvis fascia'dan oluşur. Bu kaslar pelvik tabanın en güçlü kaslarıdır. M.levator ani kası doğumdaki motor gücü oluşturur. Bu kas üretra, vajen ve rektumda bulunur. M.levator ani kası üç kas demetinden oluşur. Pubo-rektalis, iliokoksigeus ve pubu-koksigeus kaslarıdır. Pelvis diyafragması'nda rektum, üretra ve vajen yer alır (49,50).

2.2.2. Perine

Anatomik olarak mons pubisten anüse kadar uzanan bölüme denir. Perine, anatomik olarak pubis ile koksiks arasında uzanır ve anterior ürogenital ve posterior anal üçgenden oluşur (51). Tüm dış genital organlar ve bunlara ait olan adale, fascia, damar ve sinirlerden oluşur (50).

2.2.3. Perine Adalelerinin Görevleri

- Pelvik abdominal organlara arka çıkmak ve pelvik organların pozisyonlarında sabit kalmasına yardımcı olmak,
- Defekasyonun anal kanaldan aşağıya doğru itilmesine yardımcı olmak,
- Vajinal ve anal sfinkterlere hareket olanağı sağlamak,

- Normal doğum esnasında bebek başının pelvis çıkımından geçmesi için başın oblikten, anterior posterior pozisyona rotasyonunu sağlamaktır (50).

2.3. Doğumda Perineal Travma

Perineal travma; doğum sırasında perineal bölgede spontan, cerrahi bir insizyon ya da epizyotomi nedeniyle ortaya çıkan hasar veya travma olarak adlandırılmaktadır. Bir diğer deyişle perineal travma; labia, vajina, uretra, klitoris, perine kasları ya da anal sfinkter hasarını ifade etmektedir (8, 52).

Anterior perineal travma labia, ön vajina, uretra veya klitoris yaralanması olarak bilinmektedir. Posterior perineal travma ise posterior vajinal duvar, perine kasları, anal sfinkter ve anal epitel dokudaki laserasyon olarak bilinmektedir (2, 11, 51). Çoğu doğum yapan kadın perineal travmanın herhangi bir derecesinden muzdariptir (6). Vajinal doğum yapan çoğu kadının doğum sırasında kendiliğinden, spontan yırtılma ya da epizyotomiye bağlı olarak ortaya çıkan perineal travma oranının dünyada %85 olduğu bildirilmiştir (53).

Perine travması kadında; kanama, enfeksiyon, doğum sonrası ağrı, laserasyon gibi kısa dönem komplikasyonlara sebep olabileceği gibi, disparoni, perineal ağrı, üriner ve fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, cinsel disfonksiyon, beden imgesinde bozulma ve doğum sonrası bunalım gibi uzun dönem şikayetlerinin görülmesine de sebep olabilmektedir. Perineal travmanın doğum sonu dönemde olduğu kadar daha sonraki uzun dönemde de kadınlarda sosyal, psikolojik, fizyolojik etkileri gerçekleşebilmektedir (6, 8, 54). Ayrıca perineal travmanın annelerin günlük hayatlarını ve ailesel ilişkilerini de olumsuz şekilde etkilediği bildirilmiştir (24). Normalde vajinal doğum yapan kadın hastanede daha kısa bir zaman kalır, erken dönemde ayağa kalkar ve anne-bebek arasındaki etkileşimine en kısa zamanda başlar (55- 57). Bu etkileşim sayesinde anne-bebek bağı oluşur ve bu durum emzirmeye de olumlu etki eder (6). Fakat perineal travmadan kaynaklı rahat bir oturma pozisyonu edinme zorluğu emzirmeyi zorlaştırır, bağırsak fonksiyonunu ve cinsel aktiviteyi olumsuz etkiler (6).

Perineal travmaya neden olabilecek birçok risk faktörü vardır. Bunlar; fetüsün pozisyon ve prezantasyon bozukluğu, doğum evrelerinin hızlı ilerlemesi, doğumun ikinci evresinin uzaması, parite, epizyotomi, forseps/vakum uygulaması, ıkınma şekli, iri fetüs, doğum eyleminin hızlı gerçekleşmesi, ikinci evrenin uzaması ve parite olarak bilinmektedir (2, 11, 53).

Perineal travmayı etkileyen bir diğerk faktör de ıkınma tekniğidir. Yapılan çeşitli çalışmalar da “Valsalva tipi ıkınma” (soluk tutarken kapalı glottis ıkınma) ve “spontan ıkınma” (açık glottis ıkınma) olmak üzere iki temel itme tekniğı tanımlanmıştır. Valsalva tipi ıkınma ile spontan ıkınma karşılaştırıldığında, spontan ıkınmanın fetal kalp hızında daha az değışikliğe neden olduğunu, umbilikal kord arter pH'ını arttırdığını ve doğum kanalında daha az hasara yol açtığı bildirilmektedir (40).

Doğum eyleminde oluşan travma ve epizyotomi oranını azaltmak için birçok yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler, ılık kompres uygulaması, doğum eyleminin ikinci evresinde dikey pozisyon uygulaması, suyun kullanımı, doğumun ikinci evresinde perineye hyaluronidaz enjeksiyonu uygulaması, perineal masaj, pelvik taban kas egzersizleri uygulaması ve Epi-No aletiyle yapılan perineal masajdır (53).

Perineal hiyalüronidaz (HAase) enjeksiyonu, 1950'lerde ve 1960'larda perineal travma, ağrı ve epizyotomi oluşumunu azaltmak için yaygın olarak kullanılmıştır. Toplam 373 kadın ele alan bir çalışmada; doğum eyleminin ikinci aşamasında perineal HAase enjeksiyonu uygulanan ve uygulanmayan kadınlarda perineal travmanın etkileri karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak perineal HAase enjeksiyonu kullanımının perineal travma insidansını anlamlı derecede azalttığı gözlemlenmiştir (53, 58).

Epi-No aleti, 2000'li yılların başlarında ortaya çıkmış olup, doğal doğumu kolaylaştırmak, epizyotomi oranlarını azaltmak ve intakt (bozulmamış) perine oranlarını arttırmak amacıyla geliştirilen yeni bir alettir (53, 59). Epi-No'nun pelvik taban kaslarını germek için vajinaya yerleştirildiğinde doğal bir doğum yapabileceğı ve perineal yaralanma riskini azaltabileceğı bildirilmektedir (53, 59).

Epi-No aleti, vajen ve perine dokusunun esneyip genişlemesini sağlamaktadır. Alet, el pompasına bağlı şişirilebilir bir balondan oluşup, vajen içine düzgün bir şekilde yerleştirilir ve gebe ağrı hissedene kadar şişirilmektedir. 10 dk beklenildikten sonra vajenden aletin kendisinin çıkması beklenir. Epi-No aletinin gebeliğın 37. haftasından itibaren kullanılması önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda, Epi-No aletinin doğal doğum üzerinde olumlu etkilerinin olduğu, epizyotomi oranlarını azalttığı ortaya çıkarılmıştır (53).

Perineal Travmanın Dereceleri

1. Derece: Perineal cilt ve vajinal mukozayı içeren laserasyonlar,
2. Derece: Perineal cilt ve kasları içeren laserasyonlar,

3. Derece: Anal sfinkter kompleksini içeren laserasyonlar,
4.Derece: Anal sfinkter ve anal mukozayı içeren laserasyonlar olarak adlandırılır (47).

2.3.1. Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimi

Antenatal Dönem Yönetimi: Bu dönemde pelvik taban kas egzersizleri ile perineal kasların güçlendirilmesi ve doğum esnasında perinede esneklik sağlayarak perineal travma oranı azaltılabilir. Rahatlatıcı gevşeme egzersizleri, etkili ıkınma yöntemleri ile perineal esneklik gerçekleştirilebilir. Perineal masajın yanında kegel egzersizi, yoga ve plates gibi spor yöntemleri ile de perineal kaslar güçlendirilebilir (8).

Intrapartum Dönem: Bu dönemde perineal travmanın önüne geçmek için, perineye sıcak-soğuk kompres, perineal masaj, kegel egzersizleri, anestezi spreyi, ıkınmaya çok erken başlanmaması, valsava tipi ıkınmanın yerine spontan ıkınmanın desteklenmesi ve epizyotomi uygulamasının sınırlandırılması gibi yaklaşımlar benimsenebilir (8).

Postpartum Dönem: Bu dönemde annenin perineal travmasını iyileşmesine engel olacak risk faktörleri mevcut ise anneye özel bakım verilmeli anne kendisinin ve bebeğinin bakımını karşılayacak duruma gelene kadar, çok iyi bir izlem ve bakım sağlanmalıdır. Perineal travma yönünden takip edilmelidir (8).

2.3.2. Doğum Sırasında Pelvik Taban Hasarı

Pelvik taban kas hacmi, pelvik organların anatomik konumunu etkiler ve pelvik taban kaslarının hızlı ve güçlü bir şekilde kasılması, karın basıncındaki ani artış sırasında sürekliliği sağlar (47). Vajinal doğumda oluşan bu basınç artışı; pelvik tabanın sinir, kas, fasya ve ligament gibi yapılarda önemli bir gerilmeye sebep olur. Bu gerilme, pelvik organ prolapsusuna ve stres üriner inkontinansa sebep olabilir (60).

Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinansın en önemli risk faktörleri, doğum esnasında başta M. Levator ani olmak üzere, pelvik kasların laserasyonları ile birlikte pelvik taban yapısının zarar görmesidir (61). Pelvik taban disfonksiyonuna; gebelik sürecindeki hormonal değişiklikler, anne yaşı, bebeğin doğum ağırlığı gibi pek çok faktör sebep olabilmektedir (60, 62). Doğum şekli, özellikle vajinal doğum pelvik taban kas yapısına etki ederek pelvik taban disfonksiyonuna sebep olabilmektedir (60). Vajinal doğumun; uterin prolapsus, sistosel ve rektosel riskinin artmasıyla güçlü bir şekilde

ilişkili olduğu bildirilmektedir (63). Bununla birlikte, pelvik taban bozuklukları riskinin, vajinal doğumdan bağımsız olduğu da ifade edilmektedir (64).

2.3.3. Doğumda Perineal Travma ve Hasar Oluşumunu Önlemek İçin

Yapılan Bazı Uygulamalar

Doğumda perineal travmayı önlemek için, perineal masaj, fleksiyon tekniği, ritgen manevrası, ılık kompresler ve hands-on ya da hands-poised gibi yöntemler kullanılır (13).

Sıcak kompres ve kayganlaştırıcı bir yağ ile perine masajı, vazodilatasyon sağlayarak bölgesel kanlanmayı, dokuda gerilme ve dayanıklılığı artırmakta, kasların daha rahat esnemesini ve acı hissini azalmasını sağlamaktadır. Perine masajı, perineal kasların esnekliğini arttırdığı, epizyotomi gereksinimi ve perineal travma olmadan doğumda perinenin esnekliğini sağladığı için kullanılmaktadır (13, 25).

Ritgen manevrası, perine üzerine yukarı doğru baskı uygulayıp sol el ile fetal başın çıkışını yavaşlatıp sağ elin ikinci ile dördüncü parmaklarıyla fetal çeneyi yumuşakça kaldırarak fetal başın kontrollü çıkarılması için yapılan bir manevradır. 1950-2010 yılları arasında yapılan retrospektif bir çalışmada perineal travmayı önemli derecede azalttığı bildirilmiştir (65).

Hands on ya da hands-poised tekniği, ebeğin yavaşça doğumunu kolaylaştırmak için bebeğin kafasına baskı uygulayarak bebek başının doğurtmak için ellerini kullandığı bir yöntem olarak tanımlanmış ve perineal travmayı azaltmada güvenilir bir yöntem olduğunu bildirmiştir (66).

Hasar oluşumunu önlemek için bir diğer uygulamada bebek başı taçlanma evresine gelene kadar dokunmamadır. Bu kullanılan teknikle bebek başı vajeni iyice esnettiği için perineal travma olasılığını azaltır (15).

2.3.4. Perineal Travmanın Değerlendirmesinde Ebeğin Rolü

Postpartum dönemde labialar, vajina, uretra, klitoris, perine kasları ve anal sfinkterin sistematik bir şekilde değerlendirilmesi ve bakılması önemlidir. Perinenin bütünlüğü, epizyotomi ya da hasar, hematoma, kanama, renk değişimi, hassasiyet gibi durumlar değerlendirilmeli ve ilk muayene nazik bir şekilde yapılmalıdır (51, 52).

Sağlık profesyonelleri perineal travmanın değerlendirilmesi aşamasında anneye hangi işlem uygulanacağını ve niçin yapacağını açık anlaşılır bir şekilde açıklamalı ve

ağrı durumuna analjezik ihtiyacı sorgulanmalıdır. Anatomik yapıların net görülebilmesi için ortam aydınlık olmalı ve kadına rahat edebileceği bir pozisyon verilmelidir (67). Genital bölgede bulunan yapılar kanama, yaralanma durumları eksiksiz bir şekilde değerlendirilmeli (51, 52), perineal kaslarda hasar olduğu düşünülüyorsa anal sfinkterin değerlendirilmesi için rektum muayenesi yapılmalı ancak anne-bebek iletişimine engel olmayacak şekilde değerlendirme yapılmalıdır (67).

Yapılan tüm değerlendirmenin sonuçlarını kayıt edilmeli, perineal değerlendirmeyi yapacak olan hekim, hemşire veya ebe ilk olarak perineal değerlendirme konusunda deneyimli ve yeterli değerlendirme yeteneğine sahip olmalıdır. Perinenin durumu değerlendirildikten sonra annenin yaşadığı ağrı seviyesi ve durumu sorgulanmalı, yaşadığı rahatsızlık duygusunun derecesini ifade etmesi sağlanmalıdır (67).

2.3.5. Doğum Eyleminde Gelişen Pelvik Taban ve Perine Hasarının Kadın Sağlığına Olumsuz Etkisi

Vajinal doğum, perineal travma ve pelvik taban hasarı oluşumunda en büyük risk faktörüdür. Doğumda perine hasarı kısa dönemde; kanama, hematoma, perineal rahatsızlık, fistül ve dispareni'ye yol açarken, uzun dönemde uterovaginal prolapsus, üriner ve fekal inkontinans'a neden olur. Bu yaşanan sıkıntılar kadınlarda aylarca süren acı ve ağrıya sebebiyet verirken, kadınların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (43, 68).

Daha geç dönemlere kadar süregelen bu ağrı kadınların gastrointestinal, üriner sistem ve cinsel fonksiyonlarına engel olmakta bazen de halsizlik, yorgunluk ve depresyona neden olmaktadır (43, 68).

Vajinal doğum, pelvik taban disfonksiyonuna yol açan, en önemli nedenlerden biridir. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda pudental sinir hasarı olduğu ve bu hasarın çoğunlukla vaginal doğum yapmış, pelvik taban hasarı mevcut olan özellikle nullipar kadınlarda yapılan EMG ölçümlerinde pudental sinir hasarı olduğu tespit edilmiş ve hasarın nedeninin vajinal doğum olduğu açıkça ortaya konmuştur (68).

2.4. Perineal Ağrı

Ağrı, insanlığın varoluşundan beri çok eski bir terimdir. Doku da oluşan hasara, bir tepki olarak ortaya çıkan kendisini oluşturan stimülant (uyarı) kaçmak için uyanık kalmaya yol açan hiçte hoş olmayan bir duyu olarak tanımlanır. Ağrı çok boyutlu bir

deneyimdir. Başka bir deyişle, vücudun iç ya da dış herhangi bir uyarana karşı gösterdiği savunma mekanizmasıdır (69). Perineal ağrı, doğumda bebek başının perineden çıkışı esnasında gerçekleşen; yanma, yırtılma, parçalanma gibi söz edilen tarif edilemeyen bir ağrıdır (12).

Aristoteles normal doğumda kadınların perineal bölgesinde devamlı artan ve iğneleyici şekilde ağrı yaşadığını belirtmiş ve bu ağrıyı 'ring of fire' ateş çemberi olarak adlandırmıştır (22). Başka bir deyişle perineal ağrı, annenin bebeğe karşı davranış ve tutumlarda değişikliklere yol açan doğum sonu ruh halinin bozulması olarak tanımlanmaktadır (6).

Postpartum dönemdeki annelerin yaklaşık %92'sinde perineal ağrı mevcuttur. Bu perineal ağrı yedinci günde azalmaya başlar ve %61 gibi bir orana ulaşır, 6. haftada ise %7 gibi bir oranı bulur. Perineal travma sıklığı arttıkça perineal ağrı sıklığı orantılı olarak artar. En fazla perineal ağrı nedenlerinin obstetrik ve anal sfinkter yaralanmaları olduğu belirtilmektedir (70). Macarthur ve arkadaşının 2004 yılında Kanada da yaptığı bir çalışmada vajinal doğum yapan bir grup kadının postpartum dönemdeki perineal travmanın en önemli ağrı nedeni olduğunu ortaya koymuştur (71).

Andrews ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir çalışmada da kadınların %92'sinde doğum sonu birinci günde, %88'inde doğum sonu ikinci ayda perineal ağrı bulunmuştur. 1.derece travmaya oranla 2. 3.ve 4. derece yırtık arasında perineal ağrının daha anlamlı olduğu bulunmuştur (72).

2.4.1. Postpartum Dönemde Perineal Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Doğum sonu epizyotomi, forseps/vakum kullanımı, ıkınma tekniği, uzamış 2. evre ve bebeğin pozisyonu gibi faktörler perineal doku da hasara ve perineal ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca sfinkter yaralanmalarında doğum sonu 7-8 günde artan ağrı ve yara iyileşmesi, enfeksiyon, sutür onarımı ve rekto-vajinal fistül oluşumu da perineal ağrı ile ilişkilidir (10).

Perineal travma, doğumda özellikle eylemin ilerleyen evrelerin de oksiput posterior perzentasyon bozukluğu gibi zor doğumlarla da ilişkilidir. Doğumda alın ve yüz gelişler anal sfinkter yaralanmalarında risk faktörleri olarak görülmekte ve uzamış doğum eylemi fetüsün iri olması doğumda perineal travma ve ağrı riskini artırmaktadır (41). Öte yandan, mediolateral ve median epizyotomi uygulaması sonrası perineal ağrı, spontan travmalara

göre daha fazla olsa da doğumlarda mediolateral ve median epizyotomi uygulamasının daha çok tercih edildiği belirtilmektedir (73).

2.4.2. Postpartum Dönemde Perineal Ağrının Anne ve Bebek Sağlığına

Etkileri

Postpartum dönem, anne, yenidoğan ve aile sağlığının sürdürülüp geliştirilebilmesi, yaşam standartlarının yükseltilebilmesi için önem arz eden bir dönemdir. Postpartum dönemde anneler önemli fiziksel, sosyal ve emosyonel duygu değişiklikleri ile karşılaşmakta, bu dönemde anneler hem kendi hem de bebeklerinin bakımında çok fazla sıkıntıyla karşılaşabilmektedir. Annede görülen ağrı ve yorgunluk gibi sıkıntılar anne ve bebek iletişimini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Yaşanılan bu sıkıntılar çözüme ulaştığında anne ve bebek arasındaki iletişim, bağlanma ve annenin emzirme başarısı artacaktır (74, 75).

Yapılan çalışmalarda, doğum sonu ağrı ve yorgunluk durumunun, annelerde endişeyi arttırarak, emzirmenin devam ettirilmesi için annenin zorlanması emzirmenin erken kesilmesine sebep olduğu bildirilmiştir (75). Doğum sonu perineal travması olmayan kadınlarda ağrı ve rahatsızlık duygusunun azaldığı, bu durumun kadının rahat bir şekilde hareket etmesine olanak sağladığı, yenidoğan bebeğiyle yeterli vakit geçirmeyi ve emzirmeyi teşvik ettiği bildirilmiştir. Bunlara ek olarak ağrı ve enfeksiyon gelişimini önlediği için analjezik ve antibiyotik kullanma gereksinimini de azalttığı bildirilmiştir (25).

2.4.3. Postpartum Dönemde Perineal Ağrının Azaltılmasında Ebenin Rolü

İlk hedef perinenin değerlendirilmesi olmalıdır. Perineal yapının durumu değerlendirildikten sonra annenin yaşadığı ağrı durumu sorgulanmalı ve yaşadığı rahatsızlık duygusunun derecesini ifade etmesi sağlanmalıdır (67).

Perineal ağrı değerlendirilirken öncelikle sözel olarak değerlendirilir. Sözel değerlendirme aşağıdaki soruları içermelidir.

- Ağrı nerede?
- Ağrı nasıl bir duygu?
- Ağrınız ne zaman hissetmeye başladınız?

- 0 ile 10 arasında bir ölçekte (0 = ağrı mevcut değil ve 10 = en kötü ağrı ile) ağrını sayı ile belirtebilir misin?
- Ağrını daha iyi yapan nedir?
- Ağrını daha kötü yapan nedir?

Kısa süreli meydana gelen perineal ağrı durumu değerlendirilirken annenin değerlendirmeye katılımına yardımcı olunmalı, kadının ağrısı devamlı olarak sorgulanmalı, ağrının hareket ve dinlenme durumundaki ağrı düzeyi karşılaştırılmalı, perineal ağrısı olan annenin vital bulguları, perineal yapısı ve diğer fiziksel durumları dikkatli olarak takip edilmelidir (76).

Annenin perineal ağrısını azaltılması için ilk olarak ağrının tipi ve şiddeti belirlenir, nazik bir muayene ile sıcak eller rahatlığı artırarak ağrıyı azaltır, eğer epizyotomi uygulanmışsa iyi bir epizyotomi bakımı kadının perineal ağrısını azaltır, ilk 24 ve 48 saat içerisinde perineye buz uygulaması ödemi ve şişkinliği azaltır ve 24 saat bittikten sonra nemli sıcak uygulama kan dolaşmanı artırarak iyileşmeyi sağlar, doktorun yazdığı order'a göre analjezik tedavisi yapılır (70).

2.5. Perine Masajı

Perine masajı, vajenin yan duvarlarına parmaklar yardımıyla yapılan masaj olarak tanımlanmaktadır (77). Bir başka deyişle perine masajı, vajina ve rektum arasında bulunan perineal bölgeye elle uygulanan ve kayganlaştırıcı yağlı bir madde ile vajenin iç kısmına uygulanan bir yöntemdir (3). Perine masajı, perineal kasların esnekliğini arttırdığı, epizyotomi gereksinimi ve perineal laserasyon olmadan doğumda perinenin esnekliğini sağladığı için önerilmektedir (25).

Perine masajı, epizyotomi oranını azaltmaya yönelik yapılan uygulamalar içerisinde etkinliği yüksek olan ve günümüzde kullanılan bir teknik olarak önem arz etmektedir (3, 14-19). Perine masajı perineal laserasyon ve epizyotomi oranını azaltması nedeniyle doğum sonrası dönemde iyileşmeyi hızlandırmaktadır (13, 77).

Perine masajında, kayganlaştırıcı jel, vazelin, gliserin, sıvı petrol jeli, obstetrik jel ve yağlar kullanılır (13, 77). Perine masajına gebeliğin 34. haftasından itibaren istenilen bir zamanda başlanıp uygulanabilir (78). Literatürde perineal masajın 34. haftadan itibaren gebelere öğretilmesi ve uygulanması önerilse de 32. haftadan itibaren her gün düzenli olarak yapılan perineal masajın intakt (bozulmamış) perine oranlarını anlamlı

derecede arttırdığı, epizyotomi ve ciddi perineal travmaları anlamlı derecede düşürdüğünü göstermektedir (9, 59). Ayrıca yapılan çalışmalar genellikle perine masajının gebelik döneminden başlanarak, doğum anına kadar uygulanabileceği gibi sadece doğum eylemi sırasında da uygulanabileceğini bildirmektedir (3, 14-19).

Perineal masaj kadının kendisi ya da eşi tarafından yapılabilir. Başlangıçta gebe kadın kendisi masaja başlayabilir, doğuma yakın bir zamanda eşinden yardım isteyebilir (25, 78). Genellikle banyodan sonra ya da banyo sırasında yapılması önerilir Çünkü perine de bulunan kan damarları dilate olmakta bu da perinede yumuşak ve dokunulmasında rahat bir hal alabilmekte ve kadında kendini daha rahatlamış hissetmektedir. Kayganlaştırıcı maddeler masajı daha rahat bir hale getirmek için kullanılabilir (78).

2.6. Doğumda Konfor

2.6.1. Konfor Kavramı

Konfor, kökeni Fransızca gelen ve hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak adlandırılmaktadır. Kolcaba geliştirdiği konfor kuramında konforu; kişinin ihtiyaçları ile ilgili yardım, huzur ve mutluluk sağlama ve sıkıntıların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde komplike yapıya sahip beklenen bir sonuç olarak adlandırmıştır (79-81).

Oxford İngilizce Sözlüğünde, “bedensel ihtiyaçların karşılanması”, “sıkıntı ve acıdan kurtularak fiziksel ve maddi iyi olma””, “psikolojik sıkıntı veya acı çekmekten kurtulma ve destek alma”, “teselli etme, sakinleştirme, rahatlatma”, “güçlendirme, cesaretlendirme ve destek olma ” şeklinde tanımlanmaktadır (82).

Fiziksel Konfor: Bedenimizin ne algıladığı ile ilgili bir durumdur. Bireyin fiziksel halinin, rahatlığını etkileyen dinlenme ve uyuma, hastalığa verdiği tepkileri, beslenme ve sıvı desteği ile atıkların vücuttan dışarı atılması gibi fizyolojik durumları içermektedir (83-86).

Psikospiritüel Konfor: Psikospiritüel konfor; zihinsel, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır (83-86).

Çevresel Konfor: Çevresel konfor; dış çevre, durumlar ve bunların kişi üzerinde bıraktığı etkileri kapsamaktadır. Bu kapsamda karanlık, ses, renk, ısı, koku, dışarıya

baktığımızda görülen manzara vb. gibi insanın dış ortamı ile etkileşim halinde olduğu kavramlar yer almaktadır (83-86).

Sosyokültürel Konfor: Kişilerarası ilişki, aile ve aile yapısı, finansal destek, eğitim ve kültür gibi konuları içeren sosyal ilişkilerden oluşmaktadır. Ayrıca aile öyküsü, gelenek ve görenekler, dil, giyinme biçimleri yeme kültürü gibi kültürel boyut da eklenebilir (83-86).

2.6.2. Konfor Kavramının Ebelik Bakımında Kullanımı

Doğumdaki konfor; fiziksel ağrının aşılmasıyla ortaya çıkar (29). Doğum sürecinde kadını rahatlatarak ağrısını azaltarak kadına destek verme konfor sağlama anlamına gelmektedir (87). Doğumda Konforu artırma girişimleri; doğum sırasında bir kadının doğumda aktif bir katılımcı olma çabasını destekler ve böylece kadın vücudu, duyguları ve tecrübesiyle bağlantısını sürdürür. Bu anlamda konforun tanımı hemşirelik ve ebelik sanatının ayrılmaz bir parçasıdır (29).

Doğumla ilgili memnuniyet ya da konfor, doğum deneyiminin değerlendirilmesinde en önemli kriter olarak kabul edilmiş ve konfor kavramı daima ebelik bakımı ile ilişkili olmuştur. Bu kavram, kadınların memnuniyet düzeyini ve bebekle ilişkisini etkilediğinden kadınların doğumla ilgili memnuniyetlerini araştırmanın bir göstergesi olarak çok önemlidir. Ayrıca kadınların kendi kendine tanımladıkları ya da bildikleri konfor yöntemlerini kullanması için kadınların ebe profesyonelleri tarafından desteklenmesi gerekir (29).

Kolcaba tarafından sağlık ve sağlık teorileri ile ilgili daha net bir konfor tanımı geliştirilmiştir. Bu tanıma göre doğum sürecindeki ebelik bakımında konfor kuramı alındığında; bireyin ihtiyaçlarına yönelik veri toplanması, ihtiyaçlarına ilişkin kişinin konfor durumunu arttıracak ebelik girişimlerinin tasarlayarak uygulanması ile üst düzeyde konfor sağlanarak kişinin bakım kalitesine, memnuniyetine ve doğum sonrasında yaşam kalitesini arttıracaktır. Bunun için de ebelerin annelerin gereksinimlerini, beklentilerini ve konforunu arttırmaya yönelik gerekli bakımı vermesi ve bu konuda standartların değerlendirilmesine imkân sağlayacak durumların oluşturulması gerekmektedir (81).

Doğumdaki konfor kavramını ve konforu teşvik eden müdahaleleri tanımlamak, konforun varlığını doğrulayan ve belki de fizyolojik olarak ölçülebilir olan önlemlerin

aydınlatılmasında ve geliştirilmesinde yardımcı olabilir. Bu nedenle, aşağıdaki araştırma soruları ele alınmalıdır (29).

- Konfor, doğumun bir olgusu olarak var mı?
- Doğum da kadınların belirttiği gibi, doğum bağlamında konforun bileşenleri nelerdir?
- Konforun artırılmasına odaklanan bakım süreçleri, kadının doğum olayı algısını nasıl etkiler?
- Doğumda bir kadın rahatlığın geliştirildiğini tespit ederse, doğum sırasında daha az tıbbi müdahale kullanılabilir mi?
- Konfor önlemlerinin kullanılması özellikle perineal dokularla ilgili durumlarda daha iyi bir fiziksel koruma sağlar mı?
- Konforu sağlamanın fizyolojik etkisini ölçebilecek konfor ve biyolojik işaretler nelerdir? (29).

Özetle, araştırmacılar, temel bir insan ihtiyacı, sağlık için gerekli olan ve ebelik bakımının ayrılmaz bir bileşeni olarak kavramsallaştırılan konforun kolay olmadığını göstermektedir (29). Ülkemizde konfor alanında yapılmış yeterince çalışma mevcut değildir (88, 89).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, nullipar kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini belirlemek amacıyla kontrol gruplu yarı deneme modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında Diyarbakır da bir kamu hastanesi doğum salonunda yürütülmüştür. Hastanede ortalama 21 tane kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile 37 ebe çalışmaktadır. Hastanede günde ortalama 50 normal doğum gerçekleşmektedir. Hastane özellikle Doğu ve Güneydoğu Bölgelerinden gebeler başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Diyarbakır da bir kamu hastanesinin doğum salonuna başvuran ve gebelik haftası 38-42 arasında olan nullipar kadınlar oluşturmuştur. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile, yapılan perine masajının doğum konfor puan ortalamasını (31.77 ± 7.19), (28) 3 puan artıracığı varsayılarak her bir grup için en az 86 kadın olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı yaşanabileceği varsayılarak araştırmaya alınması planlanan kadın sayısı %5 artırılmış ve çalışmaya 91 masaj ve 91 kontrol grubu olmak üzere toplam 182 kadın dahil edilmiştir. Deney grubunda 2, kontrol grubunda 3 kadın fetal distres nedeni ile sezaryen doğuma alındığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Her 2 grup için 91 kadına ulaşılan kadar veri toplanmaya devam edilmiştir.

Araştırmaya alma ölçütlerini sağlayan kadınlar, ilgili evrenden olasılıksız raslantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Vajinal doğum için herhangi bir komplikasyonu bulunmayan,
- Tekil gebeliğe sahip olan,
- Fetal başın anterior sefalik pozisyonda olan,

- Eylemin latent fazında olan,
- Perineal skar dokusu bulunmayan,
- Vajinal Mantar ya da enfeksiyon tanısı bulunmayan,
- Bebek doğum ağırlığının 2500-4000 gr arasında olduğu,
- İletişim problemi olmayan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmadan Dışlanma Kriterler

Doğum eylemi sırasında fetal distress gelişen ve doğum başladıktan sonra sezaryen kararı alınan tüm gebeler araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)", "REEDA Skalası" ve "Doğum Konfor Ölçeği" ile aracılığı ile elde edilmiştir.

3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (EK 2)

Gebelerin bazı bireysel özelliklerini ve doğum öyküsüne ait bilgileri içeren bu form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde gebelerin sosyo-demografik (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi, boy, gebelik öncesi kilo ve gebelikte alınan kilo) özellikleri sorgulanmaktadır. İkinci bölümde ise doğum eylemi sırasındaki gebelik haftası, başvuru sırasındaki servikal dilatasyon düzeyi, oksitosin kullanımı, doğumun ikinci evresinin süresi, fetal ağırlık, fetal baş çevresi, perineal travma durumu ve perineal travmanın tipi gibi obstetrik özellikler sorgulanmaktadır.

3.4.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (EK3)

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler, GKÖ'nin kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda; hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Aslan (1998) tarafından yapılmıştır (90, 91).

3.4.3 REEDA Skalası (EK 4)

REEDA skalası'nın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989'da Hill tarafından yapılmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1996'da Üstünsöz tarafından yapılmıştır. Skala aşağıda belirtilen yara iyileşmesinin beş değişkenden oluşmaktadır:

- Kızarıklık (Redness)
- Ödem (Edema)
- Ekimoz (Ecchymosis)
- Akıntı (Discharge)
- Yara kenarlarının yaklaşması (Approximation)

Skala her bir değişkene 0, 1, 2 ve 3 puanları verilerek değerlendirilmektedir. Öçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. En yüksek puan, perineal travmanın önemli olduğunu göstermektedir (92).

3.4.4. Doğum Konfor Ölçeği (DKÖ) (Childbirth Comfort Questionnaire- CCQ) (EK5)

Doğum Konforu Ölçeği, gerçek adı "Childbirth Comfort Questionnaire" Kolcaba'nın konfor kuramından esinlenerek, 2003 yılında Kerri Durnell Schuiling tarafından geliştirilen ölçektir. Potur ve arkadaşları 2015 yılında Doğum Konfor Ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yayınladılar. Ölçeğin Cronbach alpha kat sayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Bizim Çalışmamızda Cronbach alpha kat sayısı 0.63 bulunmuştur. DKÖ, 9 sorudan oluşur ve 5'li likert türündedir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Çoğunlukla katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Çoğunlukla katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum). Maddelerin doğumhanedeki konfor rahatlığı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Her ifade belirli bir rahatlık duygusunu (rahatlama, ferahlama ya da üstünlük) ve boyutları (fiziksel, çevresel, psikospiritüel ya da sosyal) bildirir. Ölçekten en az 9, en fazla 45 puan alınmaktadır. Ölçeğin puan değeri arttıkça konforunun arttığı, puan değeri azaldıkça konforun azaldığı düşünülebilir (28).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Aralık 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında belirtilen kurumlarda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmaya önce deney grubu ile başlanmıştır. Deney grubunda yer alan tüm gebelere

doğum eylemi süresince araştırmacı tarafından perine masajı yapılmıştır. Araştırmacı aynı zamanda araştırmanın yapıldığı kurumda aktif olarak çalışan bir ebedir. Masaj girişimi ve doğum eylemi bu ebe araştırmacı (H.Y.) tarafından gerçekleştirilmiştir. “Doğum Konfor Ölçeği” doğumun latent fazında masaj girişimine başlamadan hemen önce ve doğumun aktif fazının (4-7cm servikal dilatasyon) sonunda kadın jinekolojik masaya alınmadan hemen önce olmak üzere 2 kez değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler kontraksiyon aralarında yapılmıştır. "REEDA Scalası" doğum eylemi tamamlandıktan 4-6 saat sonra uygulanmış ve deney grubundaki perineal travma durumu değerlendirilmiştir. Normal doğum yapan gebeler hastaneden kısa süre sonra taburcu oldukları için REEDA Scalasının daha sonraki günlerde ortaya çıkması olası sonuçlardan olan “yara kenarlarının yaklaşması” ve “akıntı” parametreleri değerlendirilememiştir. İlgili kurumda ağrı kesiciler rutin olarak yapılmamakta ancak en erken isteğe bağlı olarak yaklaşık 6 saat sonra uygulanmaktadır. Bu nedenle “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ağrı kesiciler uygulanmadan önce REEDA Scalasının uygulanması ile eş zamanlı olarak 4-6 saat sonra uygulanmıştır.

Kontrol grubuna alınacak gebelere herhangi bir girişim yapılmamış sadece rutin hastane uygulamaları gerçekleştirilmiştir. “Doğum Konfor Ölçeği” doğumun latent fazında ve doğumun aktif fazının (4-7cm servikal dilatasyon) sonunda kadın jinekolojik masaya alınmadan önce olmak üzere 2 kez değerlendirilmiştir. “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ve “REEDA Scalası” ise doğum eylemi tamamlandıktan 4-6 saat sonra uygulanmış ve kontrol gurubundaki perineal ağrı ve travma değerlendirilmiştir.

3.6. Girişim

Deney grubunda yer alan tüm gebelere doğum eylemi süresince ve kontraksiyonların dinlenme fazları sırasında perine masajı yapılmıştır. Gebelere latent fazda (0-3 cm servikal dilatasyon) en az 2, aktif fazda (4-7 cm servikal dilatasyon) en az 4 ve geçiş fazında (8-10 cm servikal dilatasyon) ise en az 4-6 kez yapılan perine masajı ortalama 5-10 dakika sürmüştür. Ayrıca ebe tarafından doğumun ikinci evresi boyunca her ıkınma sırasında perine masajı uygulanmıştır. Masaj için steril eldiven giyen araştırmacı ebe ellerine doğum salonunda vajeni kayganlaştırmak amacı ile rutin olarak kullanılan vazelin sürerek iki parmağını 3-4 cm vajinanın içine yerleştirmiştir. Ebe parmakları ile genişletme hareketi yaparak perine kaslarını nazikçe genişletmiştir. Perine masajı uygularken “bir kenardan diğer kenara”, ‘U şekli” ve “baskı” metotlarının üçü

birden kullanılmıştır. Araştırmacı ebe her iki parmağı ile ritmik bir "U" hareketi yaparak parmaklarını vajina duvarında saat 3 ile 9 yönünde hareket ettirmiştir. Yanlamasına yapılan her hareketle anüse doğru 1-2 dk baskı uygulanarak beklenmiştir. Anne adayının cevabına göre baskı derecesi belirlenmiş ve anne adayı yanma ve ağrı hissi belirttiğinde baskı azaltılmıştır (3, 5, 19, 77, 93).

Kontrol grubunda yer alan gebelere masaj uygulaması yapılmamış olup sadece ilgili kurumun doğum salonunda vajeni kayganlaştırmak için rutin olarak kullanılan vazelin sürülmüş ve Ritgen manevrası (doğumda fetal başın kontrollü çıkarılması için yapılan *manevra*) ile doğum gerçekleştirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Doğum konfor düzeyi, perineal ağrı ve travma düzeyi

Bağımsız Değişken: Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri: Gebelerin; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, aile yapısı, kilo, yenidoğanın baş çevresi vb sosyodemografik ve obstetrik özellikleridir.

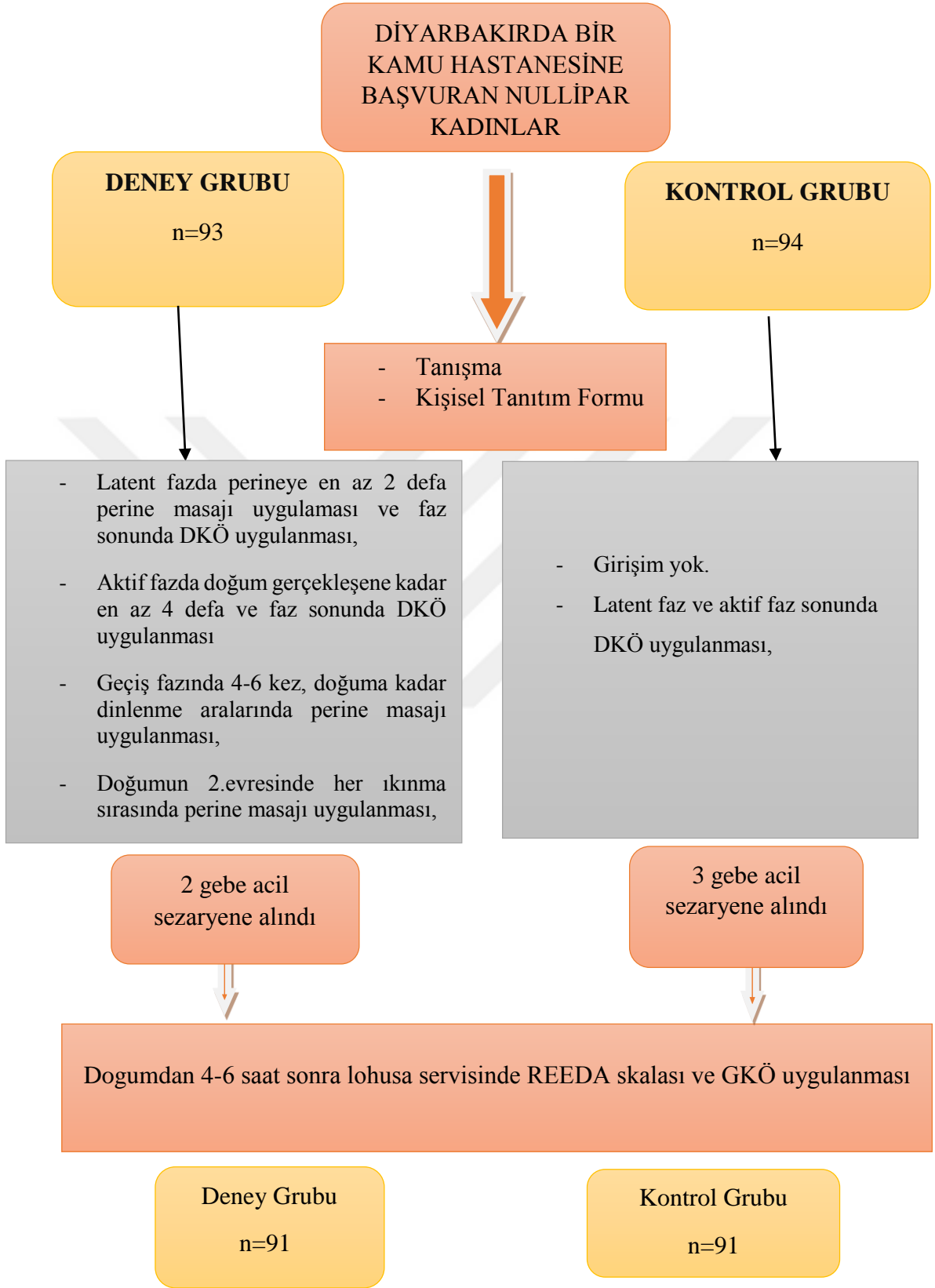
3.8. Verilerin Analizi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programını kullanarak bilgisayar ortamında yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra bağımsız gruplarda t testi ve pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce Malatya İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik onay ve çalışma yapılacak kurumlardan gerekli izinler alınmıştır (EK-8). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile "Özerklik" ilkesi doğrultusunda kadınlara araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" imzalatılmıştır (EK-6).

Araştırma Planı



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması (n=182)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=91)		Kontrol Grubu (n=91)		Test ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Yaş (yıl)	21.97±4.19		22.91±4.32		t= -1.479 p= 0.141
Beden Kitle İndeksi (kg/cm ²)*	21.92±3.06		21.29±2.71		t= 1.468 p= 0.144
Gebelik Haftası	38.61±2.09		38.49±3.93		t= 0.259 p= 0.796
	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim Durumu					
Okuryazar	14	15.3	12	13.1	
İlkokul mezunu	19	20.9	28	30.8	X ² = 5.863
Ortaokul mezunu	36	39.6	31	34.1	p= 0.210
Lise mezunu	18	19.8	11	12.1	
Üniversite ve üzeri	4	4.4	9	9.9	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	4	4.4	3	3.3	X ² = 0.149
Çalışmıyor	87	95.6	88	96.7	p= 0.700
Ekonomik Durum					
İyi	15	16.5	16	17.6	X ² =0.042
Orta	52	57.1	51	56.0	p=0.979
Kötü	24	26.4	24	26.4	
Aile Yapısı					
Çekirdek Aile	35	38.5	31	34.1	X ² =0.380
Geniş Aile	56	61.5	60	65.9	p= 0.537

t: Bağımsız gruplarda t testi

X²: Pearson Ki-Kare Testi

*Gebelik öncesi kilo alınmıştır

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırılması verilmiştir. Deney grubuna alınan kadınların yaş ortalaması 21.97 ± 4.19 yıl, beden kitle indeksi 21.92 ± 3.06 kg/cm², gebelik haftası 38.61 ± 2.09 haftadır. Ayrıca, %39.6’ sının ortaokul mezunu olduğu belirlenen deney grubundaki kadınların %95.6’nın çalışmadığı, %57.1’inin orta düzeyde gelire sahip olduğu ve %61.5’inin geniş aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Kontrol grubuna alınan kadınların yaş ortalaması 22.91 ± 4.32 , beden kitle indeksi (kg/boy²) ortalaması 21.29 ± 2.71 , ortalama gebelik süresi 38.49 ± 3.93 haftadır. Ayrıca, %34.1’inin ortaokul mezunu olduğu belirlenen kontrol grubundaki kadınların %96.7’inin çalışmadığı, %56’sının orta düzeyde gelire sahip olduğu ve %65.9’unun geniş aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaş, beden kitle indeksi, gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve aile yapısı gibi tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olmadığı ($p > 0.05$, Tablo 4.1) ve tanıtıcı özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Eylemine İlişkin Özellikleri Açısından Karşılaştırılması (n=182)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=91)		Kontrol Grubu (n=91)		Test* ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
İlk Dilatasyon Düzeyi (cm)	2.65±1.13		2.52±1.17		t=0.769 p=0.443
Doğumun İkinci Evresinin Süresi (dk)	63.26±43.10		77.06±43.47		t=-2.151 p=0.033**
Fetal Ağırlık (gr)	3130.82±360.85		3113.95±356.23		t=0.317 p=0.751
Fetal Baş Çevresi (cm)	34.72±2.04		34.50±0.87		t=0.895 p=0.372
	Sayı	%	Sayı	%	
Oksitosin Kullanımı					
Evet	75	82.4	82	90.1	X ² =2.272
Hayır	16	17.6	9	9.9	p=0.132
Fundal Bası İşlemi					
Kullanıldı	32	35.2	30	33.0	X ² =0.098
Kullanılmadı	59	64.8	61	67.0	p=0.754
Perineal Travma					
Var	34	37.4	51	56.0	X ² =6.379
Yok	57	62.6	40	44.0	p=0.012**
Perineal Travmanın Derecesi					
I. Derece	30	88.2	27	52.9	X ² =11.504
II. Derece	4	11.8	24	47.1	p=0.001**
Epizyotomi Uygulama Durumu					
Evet	40	44.0	86	94.5	X ² =54.579
Hayır	51	56.0	5	5.5	p=0.000***

*t: Bağımsız gruplarda t testi

X²: Pearson Ki-Kare Testi **p<0.05

***p<0.001

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum eylemine ilişkin özellikleri açısından karşılaştırılması verilmiştir. Deney grubuna alınan kadınların, ilk dilatasyon düzeyi ortalama 2.65±1.13 cm, doğumun ikinci evresi süresi ortalama 63.26±43.10 dk, fetal ağırlık ortalama 3130.82±360.85 gr, fetal baş çevresi ortalama

34.72±2.04 cm'dir. Ayrıca deney grubundaki kadınların %82,4'ünde oksitosin kullanıldığı, %35.2'inde fundal bası kullanıldığı, %37.4'nün perineal travmaya sahip olduğu, %88.2'nin I.derece perineal travmaya sahip olduğu, %44 'üne epizyotomi uygulandığı belirlendi.

Kontrol grubuna alınan kadınların ilk dilatasyon düzeyi ortalama 2.52±1.17 cm, doğumun ikinci evresinin süresi ortalama 77.06±43.47 dk, fetal ağırlık ortalama 3113.95±356.23 gr, fetal baş çevresi ortalama 34.50±0.87 cm'dir. Ayrıca kontrol grubundaki kadınların %90.1'inde oksitosin kullanıldığı, %33'ünde fundal bası kullanıldığı, %56'sının perineal travmaya sahip olduğu, %52.9'nun I.derece perineal travmaya sahip olduğu, %94.5'ine epizyotomi uygulandığı belirlendi.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlar ilk dilatasyon düzeyi, fetal ağırlık, fetal baş çevresi, oksitosin kullanımı, ve fundal bası işlemi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0.05$, Tablo 4.1) ve grupların belirtilen özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi. Buna karşın doğumun ikinci evresinin süresi, perineal travma durumu, perineal travmanın derecesi ve epizyotomi uygulama durumu gibi doğum eylemine ilişkin özellikler deney ve kontrol grubu açısından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Girişim Öncesi Doğum Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Test* ve anlamlılık
Doğum Konfor Ölçeği- Alt Boyutları			
Fiziksel	12.54±4.30	13.05±3.70	t=-0.848 p= 0.397
Psikospiritüel	5.47±2.52	6.02±2.51	t=-1.470 p=0.143
Çevresel	9.32±2.43	10.37±2.11	t=-3.086 p= 0.002**
Doğum Konfor Ölçeği Toplam	27.35±5.72	29.45±4.42	t=-2.769 p=0.006**

*t:Bağımsız gruplarda t testi

** p<0.05

Tablo 4.3’ te deney ve kontrol grubundaki kadınların girişim öncesi doğum konfor ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların fiziksel alt boyut puan ortalaması 12.54±4.30 iken kontrol grubundaki kadınların fiziksel alt boyut puan ortalamasının 13.05±3.70 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı (t=-0.848, p= 0.397).

Deney grubundaki kadınların psikospiritüel alt boyut puan ortalaması 5.47±2.52, kontrol grubundaki kadınların psikospiritüel alt boyut puan ortalaması 6.02±2.51 olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi (t=-1.470, p=0.143).

Deney grubunda yer alan kadınların çevresel alt boyut puan ortalaması 9.32±2.43 iken kontrol grubunda yer alan kadınların çevresel alt boyut puan ortalaması 10.37±2.11 olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (t=-3.086, p= 0.002).

Doğum konfor ölçeği toplam puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 27.35±5.72 puan, kontrol grubundaki kadınlarda 29.45±4.42 puan olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (t=-2.769 p=0.006).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Aktif Faz Sonundaki Doğum Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Test* ve anlamlılık
Doğum Konfor Ölçeği- Alt Boyutları			
Fiziksel	13.20±4.24	11.83±4.12	t= 2.213 p= 0.028**
Psikospiritüel	6.07±2.56	5.24±2.70	t= 2.135 p=0.034**
Çevresel	11.25±6.19	9.75±2.53	t= 2.130 p= 0.035**
Doğum Konfor Ölçeği Toplam	30.53±8.78	26.83±7.78	t= 3.011 p= 0.003**

*t: Bağımsız gruplarda t testi

** p<0.05

Tablo 4.4' te deney ve kontrol grubundaki kadınların aktif faz sonundaki doğum konfor ölçeği toplam ve alt puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların fiziksel alt boyut puan ortalaması 13.20±4.24 iken kontrol grubundaki kadınların fiziksel alt boyut puan ortalaması 11.83±4.12'dir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (t= 2.213, p= 0.028).

Deney grubundaki kadınların psikospiritüel alt boyut puan ortalaması 6.07±2.56, kontrol grubundaki kadınların psikospiritüel alt boyut puan ortalaması 5.24±2.70 olarak

belirlendi ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ($t=2.135$, $p=0.034$).

Deney grubunda yer alan kadınların çevresel alt boyut puan ortalaması 11.25 ± 6.19 iken kontrol grubunda yer alan kadınların çevresel alt boyut puan ortalaması 9.75 ± 2.53 olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($t=2.130$, $p=0.035$).

Doğum konfor ölçeği toplam puan ortalaması deney grubundaki kadınlarda 30.53 ± 8.78 puan, kontrol grubundaki kadınlarda 26.83 ± 7.78 puan olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($t=3.011$, $p=0.003$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Görsel Kıyaslama Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Test* ve anlamlılık
Görsel Kıyaslama Ölçeği Toplam	3.04 ± 2.08	5.72 ± 2.64	$t= -7.585$ $p= 0.000^{**}$

*t: Bağımsız gruplarda t testi

** $p<0.001$

Tablo 4.5'te deney ve kontrol grubundaki kadınların görsel kıyaslama ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubundaki kadınlarda görsel kıyaslama ölçeği toplam puan ortalaması 3.04 ± 2.08 olarak değerlendirilirken, kontrol grubundaki kadınlarda bu ortalamanın 5.72 ± 2.64 olduğu belirlendi. Görsel kıyaslama ölçeği toplam puan ortalamasında deney ve kontrol grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($t= -7.585$, $p=0.000$).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların REEDA Ölçeğine Ait Faktörler ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (n=91) $\bar{X} \pm SS$	Test* ve anlamlılık
REEDA Ölçeğine Ait Faktörler			
Kızarıklık	1.16±0.37	2.01±0.56	t= -11.885 p= 0.000**
Ödem	1.02±0.14	1.78±0.75	t= -9.376 p= 0.000**
Ekimoz	1.04±0.25	1.71±0.65	t= -9.105 p= 0.000**
REEDA Ölçeği Toplam	3.23±0.53	5.50±1.70	t= -12.111 p= 0.000**

*t: Bağımlı gruplarda t testi

**p<0.001

Tablo 4.6' te deney ve kontrol grubundaki kadınların REEDA ölçeğine ait faktörler ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=182) verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların kızarıklık puan ortalaması 1.16±0.37 iken kontrol grubundaki kadınların kızarıklık puan ortalaması 2.01±0.56'dir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır(t= -11.885, p= 0.000).

Deney grubundaki kadınların ödem puan ortalamasının 1.02±0.14, kontrol grubundaki kadınların ödem puan ortalamasının 1.78±0.75 olarak belirlendi ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi (t= -9.376, p= 0.000).

Deney grubunda yer alan kadınların ekimoz puan ortalaması 1.04±0.25 iken kontrol grubunda yer alan kadınların ekimoz puan ortalaması 1.71±0.65 olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (t= -9.105, p= 0.000). Deney grubundaki kadınlarda REEDA ölçeği toplam puan ortalaması 3.23±0.53 olarak değerlendirilirken kontrol grubundaki bu ortalamanın 5.50±1.70 olduğu belirlendi. REEDA ölçeği toplam puan ortalamasında deney ve kontrol grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (t= -12.111, p= 0.000).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde nullipar kadınlara doğum süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisi tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri açısından karşılaştırıldığında yaş, beden kitle indeksi, gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve aile yapısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı saptanmış ($p>0.05$, Tablo 4.1) ve tanıtıcı özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Belirtilen tanıtıcı özellikler açısından deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların benzer olması grupların homojen dağılımda olduğunu göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlar ilk dilatasyon düzeyi, fetal ağırlık, fetal baş çevresi, oksitosin kullanımı ve fundal bası işlemi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0.05$) ve grupların belirtilen özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi. Buna karşın doğumun ikinci evresinin süresi, perineal travma durumu, perineal travmanın derecesi ve epizyotomi uygulama durumu gibi doğum eylemine ilişkin özellikler deney ve kontrol grubu açısından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.2). Tablo 4.2 incelendiğinde deney grubunda yer alan kadınlarda doğumun ikinci evresine ait sürenin istatistiksel açıdan daha kısa olduğu, epizyotomi uygulamasının daha az olduğu, perineal travma sıklığının daha az ve gelişen travmaların ise genellikle birinci derece perineal travmalar olduğu belirlendi ($p<0.05$). Shahoei ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da ileri derecede perineal travmanın perineal masaj grubunda daha az görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada perine masajı sonrası girişim grubunda epizyotomi sıklığı %69.47 iken kontrol grubunda bu oranın % 92.31 olduğu bildirilmiştir (21). Bu çalışmada deney grubunda epizyotomi uygulama durumu %44.0 iken kontrol grubunda bu oranın %94.5 olduğu görülmektedir (Tablo 4.2, $p<0.05$). Elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu ve perine masajının epizyotomiye olan ihtiyacı azalttığı söylenebilir. Demirel ve Gölbaşının perineal masajın aktif doğum sırasındaki epizyotomi ve perineal travma sıklığı üzerine etkilerini incelemek amacıyla 142 katılımcıyla yaptıkları çalışmada,

perineal masajın aktif doğum sırasındaki uygulamasının epizyotomi işlemlerinin sıklığını azalttığını ortaya koymuşlardır (19).

Geranmayeh ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmada benzer sonuçlar elde etmiş ve doğumun ikinci evresinde vazelin kullanılarak yapılan perine masajının doğumun ikinci evresinin süresini kısalttığını ve perineal travma ile epizyotomi uygulamasının masaj grubunda daha az görüldüğünü saptamışlardır (94).

Tablo 4.3'te deney ve kontrol grubundaki kadınların girişim öncesi doğum konfor ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, doğum konfor ölçeği çevresel alt boyut ve toplam puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan kadınlarda daha yüksek olduğu (Tablo 4.3) saptanmıştır. Buna karşın nullipar kadınlara aktif faz sonuna kadar yapılan perine masajı sonrasında deney grubunda yer alan kadınlardaki fiziksel, psikospiritüel ve çevresel alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında kontrol grubuna oranla önemli düzeyde artışa neden olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.4). Bu bulgu doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforunu önemli ölçüde arttırdığını göstermekte ve "**Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı kadınlardaki doğum konfor düzeyini artırır**" şeklindeki araştırma hipotezini doğrulamaktadır. Literatür incelendiğinde perine masajının doğum konforuna olan etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ancak perine masajının kullanıldığı az sayıdaki çalışmada kadınların bir sonraki doğumlarda da perine masajını kullanmak istediklerini bildirmişlerdir (17, 26). Kadınların bir sonraki doğumlarında perine masajını kullanmak istemelerinin perine masajından memnun olduklarını ve perine masajını konforlu bulduklarını düşündürebilir. Bu çalışmada, doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konfor düzeyini anlamlı düzeyde yükseltmesi bu görüşümüzü destekler niteliktedir.

Araştırmada doğum sonu perineal ağrı düzeyinin kontrol grubunda istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.5). Bu bulgu nullipar kadınlara doğum süresince yapılan perine masajının deney grubunda yer alan kadınlarda perineal ağrı düzeyini azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde "**Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı doğum sonu perineal ağrı düzeyini azaltır**" şeklindeki araştırma hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir. Demir'in 2011 yılında doğumun birinci evresinde ebeler tarafından uygulanan perine masajının kadınlarda genital travma oranını ve postpartum perineal ağrıyı azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı tez çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş ve perine masajının

perineal ağrıyı azalttığını bildirmiştir (39). Ayrıca REEDA ölçeğine ait faktörler ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde, kızarıklık, ödem ve ekimoz alt boyutları toplam puan ortalamalarının kontrol grubunda önemli düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$, Tablo 4.6) saptanmıştır. Bu bulgular nullipar kadınlara doğum süresince yapılan perine masajının deney grubunda yer alan kadınlardaki kızarıklık, ödem ve ekimoz alt boyutlarında olumlu etki yarattığı ve bu etkinin doğum sonu perineal travma düzeyini azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde **"Doğum eylemi süresince yapılan perine masajı doğum sonu perineal travma düzeyini azaltır"** şeklindeki araştırma hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir. Shahoei ve arkadaşlarının doğum eyleminin ikinci evresindeki nullipar kadınlarda perineal masajın perineal laserasyon, epizyotomi ve perineal ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla 195 nulliparın katılımıyla yaptıkları çalışmada, doğum eyleminin ikinci evresindeki perine masajının epizyotomiye olan ihtiyacı, perineal travmaları ve perineal ağrısını azaltabileceğini bildirmişlerdir (21).

Labrecque ve arkadaşlarının, doğumda perineal masajın, perineal travmanın önlenmesi üzerine etkinliğini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, perineal masajın primipar kadınlarda perineal travma oranını azalttıklarını bildirmişlerdir (9). Literatürde de perine yaralanmasını önlemek için perinin yavaşça gerilmesine yardımcı olan farklı perineal teknikler ve müdahalelerin kullanılması gerektiği bildirilmektedir (13). Bu tekniklerden biri olan perineal masajın, doğum esnasında esnekliği ve perineye olan kan akışını artırarak perineal laserasyon olasılığını, epizyotomiye olan ihtiyacı ve postpartum perineal ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (5, 95). Bu açıdan değerlendirildiğinde elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu ve doğum eylemi süresince yapılan perine masajının perineal ağrı ve travma olasılığını azalttığı belirlendi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nullipar kadınlarda doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini belirlemeyi amaçladığımız kontrol gruplu yarı deneme modeli kullanılarak gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Deney ve kontrol grubundaki kadınlar, ilk dilatasyon düzeyi, fetal ağırlık, fetal baş çevresi, oksitosin kullanımı ve fundal bası işlemi açısından karşılaştırıldığında grupların belirtilen özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğu (Tablo 4.2),
- Deney grubuna doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğumun ikinci evresinin süresini, perineal travma durumunu, perineal travmanın derecesini ve epizyotomi uygulama durumunu önemli düzeyde azalttığı (Tablo 4.2),
- Nullipar kadınlara yapılan perine masaj girişimi sonrası, deney grubunda yer alan kadınların DKÖ toplam puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan kadınlara oranla önemli düzeyde arttığı ve deney grubunda daha yüksek konfor düzeyine ulaşıldığı (Tablo 4.4),
- Nullipar kadınlara yapılan perine masaj girişimi sonrası, deney grubunda yer alan kadınların GKÖ toplam puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan kadınlara oranla önemli düzeyde azaldığı ve deney grubunda daha düşük ağrı düzeyinin görüldüğü (Tablo 4.5),
- Nullipar kadınlara yapılan perine masaj girişimi sonrası, deney grubunda yer alan kadınların REEDA tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan kadınlara oranla önemli düzeyde daha düşük olduğu ve perineal travmanın deney grubunda daha az gerçekleştiği (Tablo 4.6),
- Nullipar kadınlarda doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforunu arttırdığı ve ayrıca perineal ağrı ve perineal travma oranını azalttığı belirlendi.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık profesyonelleri tarafından perineal travmanın ve buna bağlı olarak meydana gelen perineal ağrının azaltılması amacıyla uygulanan perine masajına verilen önemin artırılması,

- Kadınlarda perine masajı gibi doğum konforunu arttırıcı sağlık bakım uygulamalarının desteklenmesi,
- Perine masajı uygulanmasında ulusal ve uluslararası düzeyde standardizasyonun sağlanması ve bu doğrultuda ebelik hizmetlerinin desteklenmesi,
- Nullipar kadınlarda doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforunu arttırması, perineal ağrı ve perineal travma oranını azaltması sonucundan yola çıkılarak doğum konforu, perineal ağrı ve travma sürecinin ele alınacağı daha kapsamlı çalışmaların planlanması önerilir.



KAYNAKLAR

1. apık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 19: 92-9.
2. Johanson R, Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *Lancet* 2000, 355:250-1.
3. Sayiner FD, Demirci, N. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği, *İÜFN Hem Derg* 2007, 15: 146-154.
4. Erbaba H, Pınar G. Primipar Kadınların Perineal Travmaya İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2016, 13: 89 – 94.
5. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001, 322:1277-80.
6. Mccandlish R. Perineal Trauma: Prevention And Treatment. *J Midwifery Womens Health* 2001, 46: 396-401.
7. Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, UptonAM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomesand maternal comfort related to the applicationof perineal warm packs in the second stage oflabor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007, 34: 282-9
8. Erbaba H, Pınar G. Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *HEAD* 2016, 13: 272-81.
9. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999, 180: 593-600.
10. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003, 189:255-60.
11. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ Teaf D, Peralta P. Factors Related To Genital Tract Trauma İn Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth* 2006, 32: 94–100.
12. Mamuk R, Gençalp NS. Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. *IJHS* 2013, 10: 48-66.
13. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 13;6:CD006672.

14. Mei-dan, E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J* 2008, 10: 499-502.
15. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial *J Midwifery Womens Health* 2005, 50: 365-72.
16. Attarha M, Vakillian K, Rozbahany N, Bekhradi R. Effect of perineal massage with lavender essence on episiotomy and laceration. *J Babol Univ Med Sci* 2009, 11: 25-30.
17. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 30;(4):CD005123.
18. Zare O, Pasha H, Faramarzi M. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. *Health* 2014, 6: 10-14.
19. Demirel G, Gölbaşı Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *Int J Gynaecol Obstet* 2015, 131:183-6.
20. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Jan 25;(1):CD005123.
21. Shahoei R, Zaheri F, Nasab LH, Ranaei F. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician. Electronic physician* 2017, 9: 5588–95.
22. Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM. Soothing the ring of fire’: australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery* 2009, 25: 39-48.
23. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth* 1998, 25: 143-60
24. Albers LL. Reducing Genital Tract Trauma At Birth: Launching A Clinical Trial In Midwifery. *J Midwifery Womens Health* 2003, 48: 105-10.
25. Altuntuğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Vajinal Doğumlarda Perine Travmasının Önlenmesinde Perine Masajının Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 13: 62-5.
26. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women’s views on the practice of prenatal perineal massage. *BJOG* 2001, 108: 499-504.
27. Davidson K, Jacoby S, Brown MS. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2000, 29: 474-9

28. Potur DC, Merih YD, Külek H, Gürkan ÖC, Doğum Konforu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18: 252-8.
29. Schuiling KD, Sampsellem CM. Comfort İn Labor And Midwifery. *İmaje J nurs sch* 1999, 31: 77-81.
30. Karaman ÖE, Yıldız H. Doğum Eylemi Travay Sürecinde Hareket Serbestliği: Nasıl? Ne Sağlar? Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü Nedir? *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018, 10: 78-87.
31. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007, 86: 553-8.
32. Schuiling KD, Sampsellem C, Kolcaba K. Exploring the presence of comfort within the context of childbirth. *Theory for midwifery practice* 2011, 197-214.
33. Charles NA, Yount S, Morgan A. Comfort over Pain in Pregnancy. *Pain Manag Nurs* 2016, 17: 197-203.
34. Ergin AB. Doğum ve Doğumun Tarihçesi. İçinde: Kömürü N (Editör). *Doğum Ağrısı Ve Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 2-22.
35. Vural G. Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın L (Editör). *Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*, Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 281-309.
36. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 5: 32-9.
37. Gönenç İM. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj Ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine Ve Maliyete Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
38. Özalp S, Tanır M. Normal Doğumun Evreleri. İçinde: Köker İ (Editör). *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Temel Bilgileri*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2006: 333-4.
39. Demir S. Doğumun Birinci Evresinde Ebenin Uyguladığı Perine Masajının Genital Travmaları ve Postpartum Ağrıyla Azaltmadaki Rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Programı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2011.

40. Yıldırım G, Beji NK. Effects Of Pushing Techniques İn Birth On Mother And Fetus: A Randomized Study. *Birth* 2008, 35: 25-30.
41. Şenol Dk. Normal Doğum Sonrası Perineal Bölgeye Yapılan Soğuk Uygulamanın Ağrıyı Azaltmadaki Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
42. Güngör İ, Rathfish GY. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *HEMAR-G* 2009, 2: 56-65
43. Mamuk R. Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
44. Demirtürk F. Çeşitli Yaş Dönemlerinde Pelvik Taban Kas Kuvvetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavive Rehabilitasyon Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
45. Dönmez S, Kavlak O. Gebelikte Pelvik Taban Kas Egzersizi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 45-9.
46. Kömürcü Ö, Uğur GM. Doğuma Bağlı Ortaya Çıkan Pelvik Taban Değişiklikleri. *İnkontinans Ve Nöroüroloji Bülteni* 2017, 4: 25-34.
47. Fernando RJ, Sultan Ah, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 8;(12): CD002866.
48. Mamuk R, Dişsiz M, Dinç H. Sağlık Profesyonellerinin Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulama Ve Öğretme Konusundaki Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN* 2018, 4: 15-20.
49. Şahin NH. Üreme Organ Anatomisi. İçinde: Beji NK (Editör). *Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları*, 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 74-7.
50. Taşkın L. Üreme Sisteminin Anatomisi. İçinde: Taşkın L (Editör). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Genişletilmiş 13. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016: 40-3.
51. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>.(Erişim Tarihi: 01.04.2019).
52. Şenol DK, Aslan E. Normal doğum sonrası perinenin değerlendirilmesi. *HEAD* 2015, 12: 7-10.

53. Şimşek HN, Bolsoy N, Çelik N. Antenatal Perineal Masaj Perineal Travmaları Azaltır Mı? *HEAD* 2018, 15: 242-7.
54. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009, 2: 143-8.
55. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 25: 126–30.
56. Memiş Ö. Sağlık Çalışanları Tarafından Tercih Edilen Doğum Yapma Yöntemlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2016.
57. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *DEUHYO ED* 2013. 6: 82-7.
58. Zhou F, Wang XD, Li J, Huang GQ, Gao BX. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, 5:CD010441.
59. Kavvadias T, Hoesli I. The Epino device: efficacy, tolerability, and impact on pelvic floor-implications for future research. *Obstet Gynecol In* 2016, 2016:3818240
60. Süt HK. Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi, önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4: 292-304.
61. Morgan DM, Cardoza P, Guire K, Fenner DE, Delancey JO. levator ani defect status and lower urinary tract symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2010, 21: 47–52.
62. Dietz HP. Levator function before and after childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004, 44: 19–23.
63. Hendrix SI, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, Mctiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186:1160-6.
64. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006, 107:1253-60.
65. Habek D, Tikvica LA, Marton I, Prka M, Pavlović G, Kuljak Ž, Mužina Z. Modified ritgen maneuver in perineal protection. *Acta Clin Croat* 2018, 57: 116-21.
66. Petrocnik P, Marshall JE. Hands-poised technique: The future technique for perinealmanagement of second stage of labour? A modified systematicliterature review *Midwifery* 2015, 31: 274–9.

67. Perinatal Services BC 2011. Perinatal Services BC Obstetrics Guideline 20 Postpartum Nursing Care Pathway. <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines- Standards/Maternal/PostpartumNursingCarePathway.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.04.2019).
68. Karahan N. Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
69. Ergin AB. Doğum Ağrısının Fizyolojisi. İçinde: Kömürü N (Editör). *Doğum Ağrısı Ve Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 24-7.
70. Ergin AB. Postpartum Dönem ve Ağrı. İçinde: Kömürü N (Editör). *Doğum Ağrısı Ve Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 146-8.
71. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study *Am J Obstet Gynecol* 2004, 191:1199-204.
72. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008, 137: 152-6.
73. Grigoriadis T, Athanasiou S, Zisou A, Antsaklis A. Episiotomy and perineal repair practices among obstetricians in greece. *Int J Gynaecol Obstet* 2009, 106: 27-9.
74. Bağcı S. Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2014.
75. Işık G, Cetişli NE, Başkaya VA. Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *DEUHFED* 2018, 11: 224-32.
76. Düzel V. Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.
77. Kaya N, Demirel G. İntrapartum Perine Masajı Uygulamasına Güncel Bakış. *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg.* 2018, 3: 33-40.
78. Karaöz B, Saruhan A. perinenin korunması için intrapartum girişimler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 1: 323-32.
79. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing* 1994, 19: 1178-84.

80. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing* 2006, 27: 85-91.
81. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2010, 3: 55-65.
82. Terzi B, Kaya N. Konfor Kuramı Ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20: 67-74.
83. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
84. Karabacak Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyecek Hemşirelik Bakımının Ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
85. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *DEUHYO ED* 2013, 6: 224-30.
86. Kolcaba, K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. *New York: Springer Publish Company* 2003, 288.
87. Karaman ÖE. Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2017.
88. Arslan H, Konuk DS. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının melez'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2: 51-8.
89. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2008, 16: 16-23.
90. Aslan FE. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002, 6: 8-16.
91. Aslan FE. Ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ölçeğiyle basit tanımlayıcı ölçeğin duarlılık ve seçiciliği. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi* 2004, 8: 1-6.

92. Üstünsöz A. Epizyotomi iyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Cerrahi Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara: Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 1996.
93. Kalıçman L. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Isr Med Assoc J* 2008, 10: 531-3.
94. Geranmayeh M, Habibabadi ZR, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet* 2012, 285: 77–81.
95. Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs* 2007, 16: 549-61.



EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Habibe YAŞAR
Doğum tarihi	10.08.1994
Doğum yeri	Mazıdağı
Medeni hali	Bekar
Uyruğu	T.C.
Adres	Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, TUNCELİ
Tel	
Faks	
E-mail:	habibeyasar@munzur.edu.tr
EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU	
Lisans	Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü (2012-2016)
Yüksek lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2017-...)
İŞ TECRÜBESİ	
Ebe	Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (2017-2019)
Arş. Gör.	Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2019-...)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	Orta derece
ALINAN SERFİKALAR	
200 Saatlik Temel Yoga Eğitici Eğitimlik Sertifikası	

EK 2. KİŞİSEL TANITIM FORMU

Bu araştırma ilk kez doğum yapan kadınlara yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve tüm maddelere cevap vermeye özen gösteriniz. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz

Sosyodemografik Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumu ?

- Okuryazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu

3. Çalışma durumu ?

- Çalışıyorum
- Çalışmıyorum

4. Aile tipi?

- Çekirdek aile
- Geniş aile
- Parçalanmış aile

5. Ekonomik durumu?

- İyi
- Orta
- Kötü

6. Boyunuz kaç?

7. Gebelik öncesi kilonuz ?.....kg

8. Gebelikte kaç kilo aldınız?.....kg

Obstetrik Özellikler

9. Gebelik Haftanız?.....

10. Başvuruda ilk Servikal Dilatasyon düzeyi.....cm

11. Oksitosin Kullanımı

- Kullanıldı
- Kullanılmadı

12. Fundal bası

- Kullanıldı
- Kullanılmadı

13. Doğumun ikinci evresinin süresidk

14. Fetal ağırlık:gr

15. Fetal baş çevresi:cm

16. Perineal travma

- Var (17. soruya geçin)
- Yok

17. Perineal travmanın derecesi

- I. derece
- II. derece
- III. derece
- IV. derece

18. Epizyotomi uygulanma durumu

- Evet
- Hayır

EK 3. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ)

Dayanılmaz Ağrı



EK 4. REEDA SKALASI

	0	1	2	3
KIZARIKLIK	Yok	Kesinin her iki tarafında 0.25 cm içinde	Kesinin her iki tarafında 0.5 cm içinde	Kesinin her iki tarafında 0.5 cm'den büyük
ÖDEM	Yok	Perineal kesi yerinde 1 cm'den küçük	Perieneal ya da vulvar kesi yerinde 1-2 cm arasında	Perieneal ya da vulvar kesi yerinde 2 cm'den büyük
EKİMOZ	Yok	Her iki tarafta 0,25 cm ya da tek tarafta 0.5 cm	Her iki tarafta 0,25-1cm ya da tek tarafta 0.55-2cm	Her iki tarafta 1 cm'den büyük ya da tek tarafta 2cm
AKINTI	Yok	Seröz	Kanlı	Kanlı-Pürülan
YARA KENARLARININ YAKLAŞMASI	Yok	Derinin 3mm ya da daha az ayrılması	Derinin subkutan yağ tabakasının ayrılması	Derinin subkutan yağ ve fasial tabakasının ayrılması

EK 5. DOĞUM KONFOR ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı; Bu form doğum anında konfor düzeyini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Aşağıdaki sorulara 1-5 arasında puanlama yapınız.

1=Kesinlikle katılmıyorum,

2=Çoğunlukla katılmıyorum,

3=Kısmen katılıyorum,

4=Çoğunlukla katılıyorum,

5=Tamamen katılıyorum

1	Çevremdeki kişiler sayesinde kendimi güçlü hissediyorum	1..2..3..4..5
2	Bedenimle uyum içinde çalışıyorum	1..2..3..4..5
3	Daha fazla ağrıya katlanabilirim, çünkü ağrılar bebeğimin doğmasına yardım ediyor	1..2..3..4..5
4	Kendime güveniyorum, bebeğimi doğurabilirim	1..2..3..4..5
5	Bu oda bana kendimi çaresiz hissettiriyor	1..2..3..4..5
6	Doğum sancıları güçlü olmam için beni motive ediyor	1..2..3..4..5
7	Kendimi pes edeceğim gibi hissediyorum	1..2..3..4..5
8	Kontrolümü kaybedeceğim endişesi yaşıyorum	1..2..3..4..5
9	Burası oldukça güvenli bir yer	1..2..3..4..5

EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (DENEY GRUBU)

Bu araştırma, ilk kez doğum yapacak kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini belirlemek saptamak amacıyla planlanmıştır.

Doğum sırasında oluşan yırtıkların ve doğum sonu ağrının azalmasına katkı sağlamak üzere uygulanacak perine masajı, doğumunuz ilerlemeye başladığı andan bebek doğana kadar olan zamanı kapsayacaktır. Araştırmacı doğum yaptığınız bölgeye masaj uygulanacaktır. Bu uygulama, size ve bebeğinize hiçbir zarar vermeyecektir. Bu işlemler sırasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz, isteğiniz doğrultusunda uygulamaya son verilecektir.

Araştırmaya katılıp katılmamakla özgürsünüz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Adı/ Soyadı:

...../...../201.....

İmza:

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)

Bu araştırma, ilk kez doğum yapacak kadınlara doğum eylemi süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisini belirlemek saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla özgürsünüz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

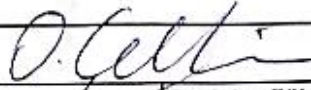



Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Adı/ Soyadı:

...../...../201.....

İmza:

**EK 8. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK
KURUL ONAYI**

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
08.01.2019	1	2019/01-26
<p>Karar No: 2019/1-26 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 08.01.2019 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu; Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Ebe Habibe YAŞAR'ın yardımcı araştırmacı olduğu; "Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının Doğum Konforu, Perineal Ağrı ve Travmaya Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>		
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sermin TIMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi

Scanned by CamScanner

EK 9. DİYARBAKIR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 97893136-799
Konu : Anket Çalışması

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK
HASTALIKLARI HASTANESİNE

İlgi : 01/02/2019 tarihli ve 61513244-929-700 sayılı yazı.

Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesisinizde görev yapan ve Malatya İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Ebe Habibe YAŞAR'ın "**Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının Doğum Konforu, Perineal Ağrı ve Travmaya Etkisi**" konulu çalışması Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımız bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından uygun görülmüş olup, gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Abidin TÜZÜN
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Ek: Başvuru Formu ve Protokol

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -Eğitim
Birim Şeyh Sami Mah. Kurucadağ cad. Öntaş Plaza Kat:2 Bağlar/Diyarbakır

Telefon: Faks No:

e-Posta: hatize.dng2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: hatize.dng2@saglik.gov.tr

Evcakın elektronik imzalı suretine <http://e-helge.saglik.gov.tr> adresinden bal13884-5b92-4958-95ac-bd9b7a753271 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunun göre geçerli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Hatice DAĞ

EBB

Telefon No: (0-412) 606 00 10

Scanned by CamScanner

EK 10. KURUM İZİN YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Diyarbakır Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ - T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI DİYARBAKIR İL KADIN DOĞUM VE ÇOCUK
HASTALIKLARI HASTANESİ
17122018 12154 - 0152244 - 929 - 8.3.117
17122018 12154 - 0152244 - 929 - 8.3.117

Sayı : 61513244-929
Konu : Dilekçeniz Hk. (Habibe YAŞAR)

Sayın Habibe YAŞAR
Ebe

İlgi : 14/12/2018 tarih ve 1912 sayılı dilekçeniz.

Hastanemiz Başhekimliğine sunmuş olduğunuz 14/12/2018 tarih ve 1912 sayılı; tezli yüksek lisans öğrencisi olduğunuz ve "Nullipar kadınlarda doğum süresince yapılan perine masajının doğum konforu, perineal ağrı ve travmaya etkisi" konulu tezinizi Hastanemiz Doğum Salonunda yapma talebiniz ile ilgili dilekçeniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize tebliğlen rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Mehmet Özgür DEMİREL
Başhekim

Personel Şube
Faks No:041 22514156
e-Posta:mazan.oztekin@saglik.gov.tr İnt. Adresi:

Evrakın elektronik izniyi suretine <http://s-belge.saglik.gov.tr> adresinden 90a6edbf-3863-4651-8794-bede900c5504 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre geçerli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi İçin:Nazan ÖZTEKİN
Lisans: TIBBİ SEKRİTER
Telefon No:0(507) 112 37 67

Scanned by CamScanner

EK 11. GKÖ KULLANIMI İZİN YAZISI



habibe yaşar

Merhaba hocam munzur üniversite si ebelik bölümünde araştırma görevlisi yim aynı



Fatma ETI Dün

Alicılar: ben v



Habibeciğim merhaba

Ölçeği kullanmanda bir sakınca yok

Başarılar dileirm

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Dean

Health Sciences Faculty

Bahçeşehir University



Scanned by CamScanner

EK 12. DKÖ İZİN YAZISI

Doğum Konforu Ölçeği
kullanım izni hk Gelen Kutusu



Dilek Coşkuner POT...
Alıcılar: ben



Habibe hanım

"Doğum Konforu Ölçeği" ile ilgili dosya
ektedir. masajın konfora etkisini
değerlendireceğiniz çalışmada ölçeği
kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

**Assist. Proff, PhD RN. Dilek Coskuner
POTUR
Marmara University**

**Faculty of HealthSciences Division of
Nursing
Department of Obstetrics and
Gynecology Nursing
Başbüyük Mah. Maltepe Başbüyük
Yolu Sk. No:9/4/1Maltepe/İstanbul
TURKEY
Posta Code: 34854
Telephone: +90 216 4594554
Internal:1226**

Scanned by CamScanner

EK 13. REEDA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN YAZISI

