

**T.C**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**EBELİK ANABİLİM DALI**

**EPİZYOTOMİ BAKIMINDA KULLANILAN İKİ FARKLI YÖNTEMİN**  
**YARA İYİLEŞMESİ SÜRECİNE ETKİSİ**

**CENNET RABİA TUNA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL**

**MERSİN – 2013**

T.C  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI

EPİZYOTOMİ BAKIMINDA KULLANILAN İKİ FARKLI YÖNTEMİN  
YARA İYİLEŞMESİ SÜRECİNE ETKİSİ

CENNET RABİA TUNA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

TEZ NO :240.

## Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan 'Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşmesi Sürecine Etkisi' başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :06.06.2013

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkan  
Doç. Dr. Rana YIGİT

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Gülay BÖREKÇİ

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nun

.....12.....1.06.....2013.....tarih ve ....2013/114.....sayılı  
kararıyla Onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ş. Necat YILMAZ  
Enstitü Müdürü

Enstitü Müdürü



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sũresince, benden bilimsel katkı ve desteğini esirgemeyen, beni sabırlı ve anlayıőlı yaklaőımıyla yœnlendiren, daima teővik eden ve œzveride bulunan değerli hocam ve danıőmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL baőta olmak üzere,

Çalıőmamın verilerinin istatıksel değerlendirilmesi aşamasında yardımlarını esirgemeyen Sayın Fatih Kam'a,

Çalıőmamın her aşamasında bilgi ve arkadaőlık desteğini aldığım sevgili arkadaőım Ulviye œZCAN'a,

Tez çalıőmam boyunca beni anlayıőla karőılayan, destekleyen servis hekimlerime ve çalışma arkadaőlarıma,

Yœksek Lisans çalıőmalarım sũresince daima yanımda olarak beni destekleyen, bana sabır gœsteren sevgili annem, babam, kardeőim ve eőim, Őkran, Mehmet, Talha TUNA'ya ve Gũltekin Tezcan'a, ayrıca tũm dostlarıma ve çalıőmama ilgi gœsterdikleri için araştırma kapsamına katılan tũm annelere

Teőekkũrlerimi sunarım.

Cennet Rabia TUNA

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>KABUL ve ONAY</b>	
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	ix
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	x
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	x
<b>ÖZET</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Hipotez .....	3
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi .....	4
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Epizyotomi Oranları .....	6
2.2. Epizyotomi Uygulama Endikasyonları .....	7
2.3. Epizyotomi Uygulama Zamanı .....	8
2.4. Epizyotomi Çeşitleri .....	9
2.4.1. Median ( Midline) Epizyotomi .....	9
2.4.2. Mediolateral Epizyotomi .....	10
2.4.3. Lateral Epizyotomi .....	10
2.4.4. Bilateral Epizyotomi .....	11

2.5. Epizyotominin Uygulanışı .....	11
2.6. Epizyotominin Onarımı .....	11
2.7. Epizyotominin Maternal Sonuçları .....	13
2.8. Epizyotominin Bakımında Ebenin Görev ve Sorumlulukları .....	15
2.9. Yara Tanımı .....	17
2.10. Yara İyileşmesi .....	17
2.11. Yara İyileşmesinin Evreleri .....	17
2.11.1. İnflamasyon Fazı .....	18
2.11.1.1. Vasküler Cevap .....	18
2.11.1.2. Hücresel Cevap .....	18
2.11.2. Proliferasyon Fazı .....	19
2.11.3. Matürasyon Fazı .....	19
2.12. Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler .....	20
2.12.1. Yaş, Cins ve Irk .....	20
2.12.2. Zedelenmenin Özelliği .....	21
2.12.3. Zedelenmenin Lokalizyonu .....	21
2.12.4. Travma .....	21
2.12.5. Isı .....	21
2.12.6. Nem .....	21
2.12.7. Beslenme .....	22
2.12.8. Enfeksiyon .....	22
2.12.9. Oksijen .....	23
2.12.10. Sigara .....	23
2.13. Yara İyileşmesinin Komplikasyonları .....	24

### **3- GEREÇ ve YÖNTEM**

3.1. Araştırmanın Amacı .....	25
3.2. Araştırmanın Şekli .....	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	25
3.4. Araştırmanın Evreni .....	26
3.5. Araştırmanın Örnekleme .....	26
3.6. Örneklem Seçim Kriterleri .....	27
3.7. Verilerin Toplanması .....	27
3.8. Veri Toplama Araçları .....	27
3.9. Araştırma İzni .....	29
3.10. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması .....	29
3.11. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	29
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi .....	31
3.13. Eğitim Materyali .....	31
3.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	32

### **4- BULGULAR .....**

### **5- TARTIŞMA .....**

### **6- SONUÇLAR ve ÖNERİLER .....**

6.1. Sonuçlar .....	61
6.2. Öneriler .....	62

### **7-KAYNAKLAR .....**

#### **EKLER**

EK - 1 Loğusa Demografik Bilgi Formu

EK - 2 Loğusa Epizyotomi İzlem Formu

EK - 3 Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası ( REEDA Skoru)

EK - 4 Eğitim Materyali

EK - 5 Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazısı

EK - 6 I. Çalışma grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK - 7 II. Çalışma grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK - 8 Mersin İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

EK - 9 Silifke Devlet Hastanesi Başhekim ve Kadın Doğum Uzmanları Onayı

EK - 10 Silifke Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Onayı

## **ÖZGEÇMİŞ**



## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 3.14.</b> Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	41
<b>Çizelge 4.1.</b> Annelerin Bireysel ve Ailesel Özellikleri .....	42
<b>Çizelge 4.2.</b> Annelerin Gebelik ve Doğum Sürecine İlişkin Bilgileri .....	44
<b>Çizelge 4.3.</b> Annelerin Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Yakınmalara İlişkin Özellikleri .....	45
<b>Çizelge 4.4.</b> Annelerin Doğum Sonu Bakım Davranışlarına Yönelik Özellikleri .....	46
<b>Çizelge 4.5.</b> Araştırmaya Katılan Annelerin 1. 5. ve 15. gün REEDA Skalası Puanlarına Göre Dağılımı .....	48
<b>Çizelge 4.6.</b> REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	50
<b>Çizelge 4.7.</b> REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Gebelik Süresindeki Özelliklerine Göre Dağılımı .....	52
<b>Çizelge 4.8.</b> REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Doğum Eylemi ve Yenidoğanlara İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	56
<b>Çizelge 4.9.</b> REEDA Skalası Puanlarının Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	58
<b>Çizelge 4.10.</b> REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	58

## **SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**

**ACNM** : American College of Nurse Midwives

**ACOG** : American College of Obstetricians and Gynecologist

**ASM** : Aile Sağlığı Merkezi

**DAK** : Dakika

**DS** : Doğum Sonu

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**GHDE** : Genital Hijyen Davranışları Envanteri

**Kw** : Kruskal Whallis

**Mm Hg** : Milimetre civa

**Mw** : Man Whitney-u Testi

**PO<sub>2</sub>**: Parsiyel Oksijen

**REEDA** : Redness Edema Ecchymosis Discharge Approximation

**RSYİ** : REEDA Skalası Yara İyileşmesi

**SF** : Serum Fizyolojik

**SOGC** : Society of Obstetricians and Gynecologist of Canada

**SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences Windows

**Ss** : Standart Sapma

**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**VAS**: Visual Analog Scale

## ÖZET

### Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi

Araştırma, epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin (povidone iyodine ve şebeke suyu ile bakım yapma) yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmanın örneklemini, Mersin İli Silifke İlçesi Devlet Hastanesinde normal doğum sırasında epizyotomi açılan ve araştırmayı kabul eden 40 I. Çalışma grubu (povidone iyodine kullananlar), 40 II. Çalışma grubu (şebeke suyu kullananlar) olmak üzere toplam 80 kadından oluştu. Çalışma gruplarına dahil edilmede Silifke ilçesinde yaşayan, ilk doğumu olan, gebelik komplikasyonu ve herhangi bir sistemik hastalığı, vajinal enfeksiyonu olmayan, görüşme yapmayı ve veri toplama formundaki soruları anlamayı engelleyecek düzeyde zihinsel yetersizliği olmayan anneler alındı. Veriler, 15.12.2011-01.06.2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve REEDA Skalası kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Taburcu olmadan önce tüm annelere epizyotomi bakımı hakkında eğitim verildi. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 17.0 (Statistical Package for The Social Sciences Windows) istatistik paket programında, Kolmogorov smirnov testi, Man Whitney-U Testi, Kruskal Whallis Testi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Araştırma sonucuna göre her iki gruptaki kadınların çoğunluğu; 19-29 yaşları arasında, ev hanımı ve sosyal güvenceye sahiptir. Sosyodemografik ve obstetrik özellikleri bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu. Çalışmada her iki gruptaki kadınların doğum sonu epizyotomi yara iyileşmesi, REEDA Skoru yönünden 5. ve 15. günlerdeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Doğum sonu 1. günde ise; şebeke suyu ile epizyo bakımını yapan II. Çalışma grubunun, povidone iyodine ile bakım yapan I. Çalışma grubuna göre yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu saptandı. Araştırma sonuçları doğrultusunda epizyotomi bakımında suyun kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** postpartum bakım, epizyotomi, antiseptik solüsyonlar, yara iyileşmesi

## ABSTRACT

### IDENTIFYING THE IMPACT OF THE TWO DIFFERENT METHODS USED IN TREATMENT OF EPISIOTOMY ON THE WOUND HEALING PROCESS

The study was conducted to identify the impact of the two different methods (povidone iodine and treatment with city water supply) on the wound healing process. The sampling of the study was a total of 80 women, 40 of which belonged to the first working group (who used povidone iodine) and 40 which belonged to the second work group (who used city water supply) who experienced episiotomy during delivery at Silifke State Hospital in the province of Mersin. The criteria for inclusion into the group were; being a resident of the district of Silifke, having their first delivery, not having had any complications in pregnancy, any systemic diseases or vaginal infections, and having the mental competency to complete an interview and understand the questions in the feedback form. The data was collected between 15.12.2011 - 01.06.2012 through face-to-face interviews using a data collection form developed by the researcher, while wound healing was assessed using REEDA scale. Before discharge from the hospital, all mothers were given training and materials regarding the treatment of episiotomy. Kolmogorov Smirnov test, Man Whitney-U Test, and Kruskal Whallis test in SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences-Windows) were used in analyzing the data. The findings were analyzed with a confidence interval of 95%, and statistical significance of 5%. The majority of the women in both groups are housewives between 19-29 years of age who have social security. The difference between the groups with regard to sociodemographic and obstetrical qualities were not found statistically significant. In both groups, the difference between day 5 and day 15 with regard to the REEDA score in the episiotomic wound healing after delivery were not found statistically significant. In the first day after delivery, it was detected that wound healing in Group 2, which used city water supply in the treatment of episiotomy had a faster pace than in Group 1 which used povidone iodine. As a conclusion, the study recommends a more widespread use of water in the treatment of episiotomy.

**Keywords:** postpartum care, episiotomy, antiseptic solutions, wound healing

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum sonrası dönemde perineal travma pelvis bölgesinin sağlığını etkileyen önemli bir durumdur. Çünkü perine çok hassas bir bölgedir. Bu bölgedeki kasların oturma, yürüme, çömelme, idrar ve dışkı yapma gibi birçok fonksiyonları vardır. Perine travması, genital bölgede, kendiliğinden, cerrahi bir insizyonla veya epizyotomi nedeniyle ortaya çıkan hasar olarak tanımlanır (1,2). Epizyotominin yaygın kullanımı kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını artırmaktadır (3).

Epizyotomi; vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacıyla, doğum eyleminin ikinci evresinde perinedeki bulbo kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur (4-6).

Goldman ve ark.'nın belirttiğine göre; epizyotomi ilk kez 1742'de Ould isimli İrlandalı bir ebe tarafından tanımlanmıştır (7). Daha sonraları dünya genelinde yaygın olarak kullanılan ve çoğu ülkede rutin yapılan bir işlem haline gelmiştir. Günümüzde birçok doğum uzmanı özellikle fetal ve maternal distress durumunda epizyotomi uygulaması konusunda görüş birliğine varmışlardır (8). Son 25 yıldır doğum sırasında, umbilikal kordun kesilmesi dışında, epizyotomi en yaygın kullanılan işlemdir (9-11). Dönmez ve ark.'nın belirttiğine göre; Latin Amerika'da tüm doğumların %70'i epizyotomi ile yaptırılmakta ve vajinal doğum yapan her 10 primipar kadından 9'una uygulanmakta, Brezilya'da vajinal doğumların %94,2'sine, Arjantin'de %80'den fazlasına ve İngiltere'de vajinal doğum yapan kadınların yarısından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır (12).

Türkiyede 2003 yılında primipar gebelerin %96,7'sine ve toplam meydana gelen doğumların %70'ine epizyotomi uygulanmakta iken, 2007 yılında primiparlarda %90'a, toplam meydana gelen doğumlarda %65'e düşmüştür (13). TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde gerçekleşen 654.811 doğumun 621.511'i hastanede olmuştur. Sağlık

personelinin yardımcı olduğu doğumlarda %21 artış olmuştur (14). Araştırmanın yapıldığı Silifke Devlet Hastanesi'nde 2012 yılı toplam canlı doğum sayısı 1213'tür. Bu doğumların 615'i normal doğum, 598'i ise sezaryandır. Normal doğum yapan kadınların 549'una epizyotomi uygulanmıştır (15). Epizyotomi uygulamasının ağrı, enfeksiyon, hematoma, dispareni, inkontinans, dışkılama isteğini erteleme, doğum sonu kadında özgüven eksikliği ve postpartum dönemde anne bebek ilişkisinin geç dönemde başlamasına neden olduğu, pek çok araştırmada belirlenmiştir (16,17). Epizyotomi uygulanma işlemi primiparlarda ve tüm meydana gelen doğumlarda hala %50'den fazla olup, oranı yüksektir (18). Toker'in belirttiğine göre; epizyotomi bakımı yapılmadığında ya da yara yerine dikkat edilmediğinde, epizyo bölgesinde, ağrı, kızarıklık gibi bulgular ortaya çıkmakta, bu da annenin doğum sonu dönemi daha zor ve stresli geçirmesine neden olmaktadır. Ayrıca annenin epizyo bölgesindeki rahatsızlıktan kaynaklı, dışkılama, idrar yapma ve cinsellik isteğini ertelemesi, özgüven eksikliğine neden olmaktadır ve anne bebek etkileşimini etkileyip, geciktirmektedir. Bu nedenle gereksiz epizyotomi uygulamasından kaçınılması ve onarım sürecinin mümkün olduğunca kısa sürede tamamlanması gerekmektedir (19). Duran ve ark.'nın belirttiğine göre; ülkemizde epizyotomi bakımında henüz standart bir uygulama bulunmamaktadır. Her hastane kendi prosedürlerine göre bakım vermekte ve çeşitli antiseptik solüsyonlar, epitelizan ve anestetik pomadlar kullanmaktadır (20).

Toker çalışmasında (19) epizyotomi bakımı ve antiseptik solüsyonlarının epizyotomi yarasının iyileşme süreci üzerine etkisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğunu belirtmiştir. Kaynaklarda antiseptik solüsyonlarının perine bakımında kullanımına yönelik farklı görüşler yer almaktadır. Bazı kaynaklar kullanılmasını önerirken, bazı kaynaklar anne ve yenidoğan üzerinde olumsuz etkileri nedeniyle kullanılmasını önermemektedir (13,19,21,22,23). Rashidi ve ark. (22) Amerika'da en yaygın kullanılan antiseptik solüsyon olan povidone iyodine ile ilgili yapılan bir çalışmada; bebeğin T4 ve iyot düzeylerinin yükseldiği ve perinatal dönemde kullanılmaması gerektiğini belirtmekte iken, ülkemizde epizyotomi açılan kadınların perine bakımında povidone iyodine kullanımı önerilmektedir.

Araştırmanın yapıldığı Silifke Devlet Hastanesinde bazı hekimler povidone iyodine reçete edip epizyo bakımını povidone iyodine ile yaptırırken, bazıları epizyo

bakımı için Şebeke suyu önermektedir. Doğum sonu dđnemde epizyotomi bakımında povidone iyodine solüsyonu ve Şebeke suyu kullanımı arasında yara yeri iyileşme süreci bakımından fark olup olmadığının belirlenmesine yönelik araştırmalara gereksinim olduğu düŐünölmüŐtür.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Yukarıda verilen bilgiler ıŐıęında, bu çalışmanın amacı;

- Epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin ( povidone iyodine ve Şebeke suyu ile bakım yapma) yara iyileşmesine etkisinin saptanmasıdır.

İkinci amacı ise;

- Kadınlara epizyotomi sonrasında bakım hizmeti alma konusunda farkındalık kazandırılması ve eğitim materyalinin oluŐturulmasıdır.

### **1.3. Hipotez**

$H_0$  : Epizyotomi bakımında yara yeri iyileşmesi sürecinde iki yöntem (povidone iyodine ve Şebeke suyu) arasında fark yoktur.

$H_1$  : Epizyotomi bakımında yara yeri iyileşmesi sürecinde iki yöntem ( povidone iyodine ve Şebeke suyu) arasında fark vardır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi

Perine, anatomik olarak mons pubisten anüse kadar uzanan, bütün dış genital organları ve bunlara ait kas, fascia, damar ve sinirleri içine alan anatomik bölgedir. Pelvisteki organlara destek görevi yapar ve tabanının dış yüzeyini oluşturur (6,24).

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacıyla doğum eyleminin ikinci evresinde perinede bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur (6).

Epizyotominin amacı; bebeğin başı (ya da makat kısmı) çıkarken perine bölgesinin aşırı gerilmesinin ve yırtılmasının engellenmesidir. Ayrıca perine taban kaslarının aşırı gerilmesinin önlenerek uzun vadede oluşabilecek estetik ve yapısal bozuklukların (sistosel, rektosel, desensus, uterin prolapsus vb.gibi) en aza indirgemeye çalışılmasıdır (25).

Goldman ve ark.'nın belirttiğine göre; epizyotomi ilk kez 1742'de Ould isimli İrlandalı bir ebe tarafından tanımlanmıştır. Ould 'Vajina doğuma elverişsiz ise, fetüs başı ile vajina arasına eğri probe makası ile rektuma doğru bir kesi yapılır.' şeklinde epizyotomi işlemini tanımlamıştır (7).

Kurtuldu'nun çalışmasında belirttiği gibi, Ambroise Pare, 1742 yılında ilk defa perineyi sütüre etmiş, Mariceau ilk primer perineorafiyi açıklamıştır. Harvie 1767 yılında domuz yağının iyi bir merhem olduğunu söylemiş, vajina ve perineyi bu yağla nemlendirerek perinenin esnetilmesi yöntemini uygulamıştır (26). Epizyotomi önceleri sadece zor doğumlarda kullanılmıştır. On dokuzuncu yüzyılda epizyotominin perineal laserasyonları önlediği öne sürülmüştür. Amerika'da doğumlar ev yerine hastanede yapılmaya başlanmıştır. Bu değişiklik ikinci bir avantaj olarak enfeksiyon kontrolünü ve hastanelerin gelişimini sağlamıştır. Amerika'daki doğum uzmanlarına göre doğum patolojiktir, anne ve yenidoğanı iyileştirmek için gerekmektedir. Tıptaki gelişmeler



doğumda doktor müdahalesini kolaylaştırmıştır. Doğum sancısı ve doğum anında tıbbi müdahaleyi arttırmıştır. Epizyotomi hem Amerika'da hem de dünyanın diğer bölgelerinde rutin olarak kullanılmaya başlanmıştır (7,27).

Kurtuldu'nun çalışmasında belirttiği, Coogan ve Edmund's 1977'de epizyotomi ile yapılan doğumlarda sistosel, rektosel, prolapsus uteri ve inkontinansların azaldığını belirtmişlerdir (26). Epizyotomi 1980'lerde vajinal doğumların yaklaşık %64'üne uygulanmıştır. Bu dönem içerisinde doktorlar ve gebeler epizyotominin yararlarını sorgulamaya başlamışlardır (7,8). Althabe ve ark. (28) Latin Amerika'da 1995 ve 1998 yılları arasında vajinal doğumlarda her 10 primiparlardan 9'una epizyotomi uygulandığını bildirmiş ve yapılan rutin epizyotominin birçok komplikasyona neden olduğu ve ülke ekonomisine yük getirdiği sonucuna varmıştır.

Dönmez ve ark'nın çalışmalarında belirttiğine göre; American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), vajinal doğum esnasında maternal laserasyonlara karşı koruma, doğumu kolaylaştırma ve hızlandırma gibi maternal veya fetal endikasyon durumlarında epizyotominin kullanılabilceğini, gerekmedikçe kullanımın sınırlanmasını önermektedirler. American College of Nurse-Midwives (ACNM), genellikle vajinal doğumda epizyotomiye gereksinim olmadığını belirtmektedir. Society of Obstetricians and Gynecologist of Canada (SOGC) ise; rutin epizyotomi uygulamasının vajinal doğumu desteklemek için gerekmediği ancak maternal risk veya fetal distress oluştuğunda doğumu hızlandırmak için kullanılabilceğini önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), epizyotominin yararından daha çok zararının olması nedeni ile rutin olarak kullanılmamasını önermektedir. Epizyotomi uygulama oranı gelişmiş birçok ülkede giderek azalmaktadır (13,29).

### 2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Epizyotomi Oranları

Epizyotomi, doğum kliniklerinin en sık uygulanan cerrahi işlemlerinden biri, belki de birincisidir. Birleşmiş milletlere bağlı ülkelerde son 25 yılda epizyotomi kullanım sıklığı azalmıştır. Fakat 2003 yılında tüm vajinal doğumların yaklaşık %25’inde yapılarak kullanım sıklığında bir artış gözlenmiştir. Epizyotomi bütün doğumların %30-63’ünde ve bazı bölgelerde nulliparların %93’üne uygulanmaktadır. Amerika’da 1979’da tüm vajinal doğumların %65’ine, 2004’de ise vajinal doğumların %35’ine uygulanmıştır. Bu oran 1985’de %37’ye 1994-1995 yıllarında ise %20’lere düşmüştür. Danirmarka’da primipar kadınların %75’ine, Hollanda’da %24,5’ine, İngiltere’de %14’üne epizyotomi uygulanmaktadır (13,14,30,31,32,). Avusturalya’da epizyotomi uygulama oranı özel hastanelerde %32, devlet hastanelerinde %20’dir (33).

Doğu Avrupa ülkelerinde gerçekleşen doğumların tamamına yakınında epizyotomi uygulanmaktadır. Arjantin’de %40’ına, Suudi Arabistan’da %83’üne, Almanya’da %77’sine epizyotomi uygulanmaktadır (15). Çin’de ise normal vajinal doğumlarda rutin epizyotomi uygulama sıklığı %85’dir (34). Güney Afrika’da 3 kadından 1’ine epizyotomi uygulanmaktadır (35).

Epizyotomi 1983’ten itibaren ABD, Belçika, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde giderek azalırken, ülkemizdeki birçok hastanede özellikle primiparlara rutin olarak uygulanmaktadır (11). Althabe ve ark (28) 2002’de Latin America’da 16 ülkede primipar kadınlarda yaptıkları çalışmada, 91 hastanede %80’den, 69 hastanede %90’dan fazla bulmuşlardır.

Graham’ın (36) makalesinde bazı bölge ve ülkelerde belirlenmiş 100 vajinal doğumda epizyotomi uygulaması; Canada 2000-2001’de toplam %23,8, Arjantin’de 1996 primiparlarda %65,3, Ekvator 1995-1998 primiparlarda %96,2, Finlandiya 2003 yılında toplam %33,9, Türkiye’de ise toplam %64 olarak belirtilmiştir (36,37). Charles (37) 1997’de yapılan araştırmasında 100 vajinal doğumda epizyotomi uygulamasını %38,6 olarak saptadığı ve 1983 yılında %69,6 olan epizyotomi uygulamasının 2000 yılında %19,4’e düştüğünü bildirmiştir. İngiltere’de yılda 350.000 kadında normal doğumda epizyotomi uygulanırken, Türkiye’de primigravidalarda rutin, multigravidalarda ise endikasyona göre epizyotomi uygulanmaktadır. Saymer ve ark’nın

belirttiğine göre, Türkiye’de primipar gebelerin %96,72, multipar gebelerin %51,85, tüm doğumların ise; %70,33’üne epizyotomi uygulanmaktadır (3). Bir başka kaynağa göre; ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65’den fazlasına, primiparların %90’nından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır (16,17).

## **2.2. Epizyotomi Uygulama Endikasyonları**

Günümüzde özellikle fetal ve maternal distress varlığında epizyotomi uygulanması konusunda görüş birliğine varılmıştır. Bununla birlikte ciddi perineal laserasyon riski olduğunda, sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesi için daha geniş bir çıkım alanına ihtiyaç duyulan hallerde ve vakum-forseps gibi operatif doğum uygulamalarında doğumu kolaylaştırmak için epizyotomi uygulanabilmektedir (2,30).

Vajinal açıklığı artırmak üzere perinenin insizyonu olarak adlandırılabilir bu girişim sıklıkla;

- Fetal hipoksiyi önlemede
- Anne adayının perinesinin dar olduğu durumlarda
- Perine kaslarının aşırı gerildiğinde
- Prematüre doğumlarda perinenin bebeğin miadında olan bebekten daha hassas olan başına bası yapmasını önlemede
- Forseps ve vakum kullanımını gerektiren müdahaleli doğumlarda
- Makat prezentasyonların ikinci evresini kısaltmada
- Spontan perine laserasyonlarının önlenmesinde
- Bebeğin başının büyük olduğu durumlarda
- Önceki doğumlarından kalma skar dokusu olduğunda
- Pozisyon ve prezentasyon bozukluklarında
- İri fetüste
- Perine dokusunu sert, kalın ve esnek olmadığı durumlarda pelvik tabanını ve vulvanın bütünlüğünü korumada
- Anal sfinkterlerin korunmasında

- Doğum sonrası kısa ve uzun vadeli pelvis ve perine problemlerinin önlenmesinde
- Ayrıca annenin kalp yetmezliği gibi doğum sırasında fazla ıkınmasının engellenmesi gereken durumlarda ve gelen kısım perineye dayandığı halde 5 dk içinde doğum olmamış ise epizyotomi uygulanmaktadır (6,13,16,37,38).

Epizyotomi açılmadığı durumlarda, özellikle ilk doğumlarda perine korunmazsa büyük olasılıkla yırtıklar meydana gelir. Oluşan bu yırtığın büyüklüğü baş çıkarken uygulanan perine koruma tekniğine, anne adayının doğum sayısına, perinenin yapısal özelliklerine ve bebeğin başının (ya da makatının) yapısal özelliklerine bağlıdır. Oluşan yırtıklar genellikle yüzeyledir. Ancak bazı durumlarda, özellikle perine dokusunun sert olduğu ve/veya bebeğin başının nisbeten büyük olduğu durumlarda epizyotominin açılmasının gecikmesi ya da hiç açılmaması vajinanın derinliklerine kadar giden, ya da anüs sfinkterlerinin ve hatta rektum (kalın bağırsak son kısmı) duvarının yırtılmasına kadar varabilen yırtıklara neden olabilmektedir. Bu yüzden epizyotomi açılmasının gerekli olmadığı yönünde karar verilirken kar/zarar oranı düşünülerek ve oluşacak yırtık açılacak kesiden daha kötü olacaksa epizyotomi uygulanmaktadır. Ayrıca perine kasının aşırı gerildiği durumlarda gerilmeyi önlemek için epizyotomi mutlaka açılmaktadır. Aksi durumda, perine kası eski şekline çok zor geri dönmekte ve bölgede yapısal ve işlevsel bozukluklar meydana gelmektedir (13).

### **2.3. Epizyotomi Uygulama Zamanı**

Epizyotomide, insizyonun doğumdan ne kadar önce yapılacağı, insizyonun median veya mediolateral mi olacağı, perinenin plasentanın doğumundan önce veya sonra mı dikileceği, en iyi materyalin ve tekniğin ne olduğu önemlidir (39). Epizyotomi gereksiz yere açılırsa, epizyotomi uygulaması ile doğum arasındaki sürede insizyon yerinden ciddi boyutta kanama olabilir. Buna karşın epizyotomi çok geç uygulanırsa laserasyonlar önlenemez (4,7,40). Epizyotomi yaygın olarak kafanın 3-4 cm çapa kadar görülebilir olduğu kontraksiyon sırasında uygulanmaktadır. Forseps doğumları ile birlikte kullanıldığında, çoğunlukla kaşıkların yerleştirilmesinden sonra epizyotomi

açılmaktadır. Normalde forseps uygulamasından ve makat çıkışından hemen önce yapılmaktadır (41).

## **2.4. Epizyotomi Çeşitleri**

Yıllardır çeşitli epizyotomi teknikleri uygulanmıştır. Bunlar median, medio-lateral, lateral, bilateral insizyonlarıdır. Günümüzde bu tekniklerin çoğu kullanılmamaktadır. Birleşmiş Milletler'e bağlı ülkelerde medio-lateral ve median epizyotomi tercih edilmektedir. Ülkemizde ise daha çok mediolateral (left/right) epizyotomi tercih edilmektedir (13,42).

### **2.4.1. Median Epizyotomi**

Median epizyotomi, arka forşetten rektuma doğru uzanan vertikal orta hat bir kesidir (43). Birleşmiş Devletlerde tercih edilmektedir. Tamiri kolaydır. Postoperatif ağrı mediolaterale oranla daha azdır. Anatomik iyileşme daha hızlıdır. Disparoni nadir görülür. Kan kaybı mediolaterale oranla daha azdır. Doğumdan sonra seksüel aktivite daha erken başlar. Lokal veya bölgesel olsun, yeterli bir analjeziden sonra epizyotomi için genellikle düz mayo bir makas kullanılır. Fetal baştan perineyi ayırırken dikkatli olunmalıdır. İnsizyon uzunluğu genellikle perine uzunluğunun yaklaşık yarısı olup vertikal olarak vajen mukozasına 2-3 cm kadar uzanmalıdır. Anal sfinkterin direkt hasarının önlenmesi için dikkatli olunmalıdır. Komplikasyonları; özellikle insizyon çok erken yapılmışsa artmış kan kaybı, fetal yaralanma ve lokalize ağrıdır. Anal sfinkterin yaralanma riski yüksektir. 3. ve 4. derece laserasyon olasılığı fazladır. Bununla birlikte nulliparite, doğumun ikinci devresinde duraklama, lokal anestetik kullanımı, forseps veya vakum kullanılan doğumlarda, oksiput posterior gelişlerde, iri fetüste, makat doğumlarda median epizyotominin sfinkterlere ilerleme olasılığı yüksektir (40,44).

### **2.4.2. Mediolateral Epizyotomi**

Güvenli olmasından dolayı operatif obstetride mediolateral insizyon kullanılır. Mediolateral median kesiye 45°C açı ile yapılır. Böylece bartolin bezleri insizyondan korunmuş olur. İnsizyonun uzunluğu median epizyotomiden daha az önemlidir. Ancak uzun insizyonlar daha uzun onarım gerektirir. Tamiri mediana göre daha zordur (5). Postoperatif ağrı mediolateralde daha çoktur. Disparoni daha sık görülür. İstenmeyen kozmetik sonuçlar ve skar izleri gibi kronik komplikasyonlar, mediolateral epizyotomide daha sık görülmektedir ve kan kaybı daha fazla olmaktadır. Enflamatuar barsak hastalığı olan kadınlarda perine yapısı kısa olan kadınlarda, forseps ya da vakum kullanımının gerekli olduğu durumlarda (operatif doğumlarda), rektal hasarın önlenmesi gerektiği için bu epizyotomiler tercih edilmektedir (45). Ayhan ve ark. (41) çalışmalarında midline epizyotomi uygulanmış kadınlarda perineal laserasyon oluşumunun mediolateral epizyotomi uygulanmış kadınlardan daha sık olduğunu bildirmiştir. Leeuw ve ark. (46) vakum ve forsepsli doğumlarda mediolateral epizyotominin kadınları belirgin bir şekilde sfinkter hasarından koruduğunu saptamıştır. Brink ve ark. (47) yaptığı çalışmada mediolateral epizyotominin perineal travma ve anal sfinkter lezyonlarından korumadığını bildirmiştir.

### **2.4.3. Lateral Epizyotomi**

Muskulus bulbocavernosun enine kesilmesidir. Bu insizyonda hemostazın sağlanması için doğumdan hemen sonra dikiş atılmalıdır. İnsizyon sırasında kanamanın fazla olması, bartholin guddelerinin zedelenmesi, kesi uçlarının dikkatsizce dikilmesi sonucu dikişlerin açılması, skar dokusunun ağırlı olması gibi nedenlerle günümüzde kullanılan bir method değildir (48,49,50).

### **2.4.4. Bilateral Epizyotomi**

Perinenin kısa veya bebeğin iri olduğu durumlarda çıkışın genişletilmesi amacıyla yapılan bir insizyondur. Bu epizyotomi tekniği, skar dokusunun biçimsiz olması nedeniyle günümüzde pek tercih edilmemektedir (48,50).

## **2.5. Epizyotominin Uygulanışı**

Epizyotomi perine incelendiğinde ve kontraksiyon sırasında bebeğin başının 3-4 cm'lik kısmı gözüktür hale geldiğinde uygulanmalıdır. Anne cesaretlendirilmeli ve emosyonel destek sağlanmalıdır. Pudental sinir lokal olarak bloke edilmeli veya lidokaine ile lokal infiltrasyon uygulanmalıdır (7,41). Uygulama yapılmadan önce annenin anestetik maddeye alerjisinin olup olunmadığından emin olunmalıdır. Anestetik maddenin etkisini gösterebilmesi için epizyotomi açılmadan en az 3 dakika önce uygulanması gerekmektedir. Aynı elin iki parmağı bebeğin başı ile perine arasında yerleştirilmelidir. Makas kullanarak perine median veya mediolateral olarak vajen arka duvarının orta kısmına doğru 3-4 cm'lik insize edilmelidir. Epizyotomi uygulaması esnasında kesilen dokular cilt ve cilt altı dokusu, vajen mukozası, bulbokavernöz kası ve ürogenital septum (faysa ve musculus transversalis superfisiyalis), pelvik diyafragmanın superior fasyası ve derin kesilerde levator ani kasının puborektalis alt kısımlarıdır (2). Perine desteklenerek bebeğin başının çıkışı kontrol edilmeli, hızla çıkması engellenmelidir. Doğum gerçekleştikten sonra epizyotomi bölgesi, kesinin alt ve üst köşeleri ve perinenin diğer kısımları, perine yırtığı yönünden değerlendirilmelidir. Epizyotomi kesisi sütüre edilmelidir. Epizyotomiye sütüre etmek için absorbe edilen sütürler kullanılmaktadır (51).

## **2.6. Epizyotominin Onarımı**

Epizyotominin onarımı bebeğin doğumdan hemen sonra ya da plasenta doğduktan sonra yapılabilir. Epizyotomi insizyonunun süturu, plasentanın doğumundan sonra konulmalıdır (6) .

Kelekçi ve ark. (39) yaptıkları çalışmada epizyotominin onarımını, bebeğin doğumundan hemen sonra ya da plasenta doğduktan sonra yapılması gerektiğini incelemişlerdir. Epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce yapılmasının sakıncası olarak plasentanın manuel çıkarılma gereksinimi olduğunu bildirmişlerdir. Epizyotomi onarımı yara iyileşmesini hızlandırıp, kalıcı hasar ve enfeksiyon gelişme riskini

azaltacağından mümkün olduğu kadar erken dönemde yapılmalıdır (52). Epizyotomi onarımı yapmadan önce iyi bir aydınlanma sağlanmalı ve kadın litotomi pozisyonuna getirilip üzeri steril bir bezle örtülmelidir. Dikişleri yapan kişi steril önlük, eldiven ve daha sonra yapılmamış ise lokal anestezi maddeyi kesi boyunca 0.5-1 cm arayla enjekte etmelidir. Doğum sonrası epizyotominin cerrahi olarak tamirinden önce mutlaka vajen ve serviks incelenmeli ve görülen laserasyonlar tamir edilmelidir. Yine gerekiyorsa epizyotomi tamirinden önce uterus manuel olarak explore edilmelidir. Mediolateral epizyotominin cerrahi tekniğinde, insizyon apeksinin yaklaşık 1 cm üzerinden sutureyona başlanmalı ve böylelikle hemostaza katkı sağlanmalıdır. Suture olarak ise 00 kromik katgut veya 00 vicryl kullanılabilir. Her suture vajen veya rektum arasındaki destek dokusunu içereceği gibi aynı zamanda daha güçlü bir destek sağlamak için vajen mukozasını da içermelidir. Suturelar tek tek veya devamlı kilitlemeli olarak atılmalı, himenal artıkların sınırında veya biraz aşağısında son bulmalıdır. Daha sonra ürogenital diaframdaki defekt 4-6 suturela kapatılmalı, suturelar atılırken kesinin iç kenarından geçtikten sonra dış kenarından daha üst seviyeden çıkılmalı, böylece daha iyi koaptasyon ve hemostazın sağlanacağı unutulmamalıdır. Yüzeysel tabakanın tamirinde öncelikle bulbokavernöz kaslar suture edilmeli, sonra subkütan yağ dokusu suture edilmelidir. Burada yine kesinin dış kenarından geçerken iç kenara göre sutureların daha üst seviyeden geçilmesi gereklidir (53).

En son olarak transkütanöz veya subkütiküler suturelerle perineal cilt kapatılmalıdır. Burada 3.0 sutureler kullanılabilir. Midline epizyotominin cerrahi tekniği ise anestezi uygulamaları ve kesi zamanlaması açısından mediolateral epizyotomi tekniğindeki kondüsyonlarla benzerdir. Önce vajen insizyonunun apeksinin yaklaşık 1 cm üzerinden 1.0/2.0 kromik katgut veya vicryl ile sutureyona başlanmalı ve himenal halka seviyesine kadar devamlı kilitlemeli olarak gelinmelidir. Daha sonra perineal cisim tek tek suture edilmeli, cilt altı ve cilt yine mediolateral tamir tekniğine benzer şekilde kapatılmalıdır (2,3,6,13).



## 2.7.Epizyotominin Maternal Sonuçları

Pek çok araştırmada epizyotomi uygulamasının doğum eylemi ve erken doğum sonu maternal etkilere sahip olduğu saptanmıştır. Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları epizyotomi uygulama süresinin uzaması, III ve IV. derece perine laserasyonları, kan kaybı ve enfeksiyondur. Ayrıca doğum sonu ağrı ve rahatsızlık, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde verememesi, disparoni ve bunlara bağlı özgüven eksikliği de diğer komplikasyonlarıdır (3,10,16,17).

Epizyotomi ağrı veren bir insizyondur. Perine bölgesindeki kaslar, oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi birçok aktivitede rol almaktadır. Bu nedenle epizyotomi uygulaması bu bölgede rahatsızlığa neden olmaktadır. Ayrıca epizyotomiye bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlık annenin bebek bakımı ve emzirmesine engel olmaktadır. Epizyotomi uygulanan kadınlarda görülen diğer bir problemde cinsel ilişki sırasında ağrı duyulmasıdır. Bu da kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azaltabilir ya da cinsel yaşama başlamasını geciktirebilir. Ayrıca epizyotominin yapıldığı durumlarda, postpartum dönemde enfeksiyon riski ve kan kaybının artması ve epizyotomi yarasının düzgün suture edilememesi sonucu perine bölgesinde istenmeyen anatomik bozukluklar gelişebilir (7). Toker'in çalışmasında belirttiğine göre Newton 68 multipar ile yapılan araştırmasında annelerin 15'inde epizyotomi, 12'sinde laserasyon, 41'inde ise normal perine saptamıştır; doğum sonu kan kaybının en çok daha önce epizyotomi uygulanan kadınlarda, en az ise normal (laserasyon olmayan) perineye sahip kadınlarda olduğunu belirlemiştir (19). Coughlin (49) spontan perineal yırtığı olan ve epizyotomi yapılmayan kadınların çok daha az ağrı hissettiğini ve iyileşme ile ilişkili komplikasyonların çok fazla olmadığını bildirmiştir. Ayrıca epizyotominin doğumdan 3 ay-5 yıl sonra kadınları üriner ya da fekal inkontinanstı, pelvik organ prolapsusundan ya da seksüel fonksiyonlarda oluşan zorlanmalardan korumadığını ifade etmiştir. Ogunyemi ve ark. (54) çalışmalarında epizyotominin perineal laserasyon oluşma riskini 12 kat arttırdığını bildirmiştir. Ayrıca ileri anne yaşı, müdahaleli doğum, madde kullanımı, diyabet ve preterm eylemde epizyotomi uygulanmasından kaçınılması gerektiğini vurgulamıştır. Belizan ve Carroli'nin çalışmasında gerekli olduğunda yapılan epizyotominin, rutin yapılan epizyotomiden daha yararlı olduğunu saptamışlardır (55). Fleming'in belirttiği Caroline

çalışmasında anal sfinkter ve rektal yaralanma riskinin artmasının rutin epizyotomi uygulamasıyla ilişkili olduğunu saptamıştır. Doğumdan üç ay sonraki dönemde epizyotomi ile doğum yapan kadınlar ile spontan yırtığı olan kadınların karşılaştırdığı çalışmasında epizyotomi ile doğum yapan kadınların pelvik taban kaslarının gücünün spontan yırtığı olan kadınlarınkine göre zayıf olduğunu bildirmiştir (56).

Davidson ve ark. (57) epizyotominin laserasyonları durdurmada kullanışsız olduğunu bildirmiştir. Çalışmalarında epizyotomisiz kadın grubunda laserasyonların çok az olduğunu epizyotomili kadın grubunda ise daha yaygın olduğunu göstermişlerdir. Hotun Şahin ve ark. (58) çalışmalarında rutin epizyotominin doğum eyleminin süresini daha da kısalttığını bildirmiştir. Carroli ve ark. (59) rutin epizyotomi kullanımının yararlı olup olmadığını araştıran çalışmasında, epizyotomisiz spontan yırtığı olan kadınların daha az ağrı hissettiğini ve perine iyileşmesinin epizyotomi yapılan ve yapılmayan kadınlarda aynı olduğunu saptamıştır. Karaçam ve Eroğlu (17) yaptıkları çalışmada, doğumun ikinci evresinin ortalama süresinin epizyotomi uygulanan grupta anlamlı olmasa da uzun olduğunu saptamışlardır. Ayrıca spontan laserasyon oranının, epizyotomi uygulanan grupta daha az olduğunu bulmuşlardır. Kelekçi ve ark. (39) yaptıkları çalışmada 176 hastaya plasenta çıkışından önce 158 hastaya da plasenta çıkışından sonra epizyotomi tamiri yapılmış ve epizyotomi yeri enfeksiyon açısından gruplar arasında fark olmadığını saptamışlardır. Her iki grupta gebelikteki hemoglobin düzeyleri benzer iken, doğum sonu plasenta çıkışından sonra epizyotomi tamiri yapılan grupta hemoglobin değerleri daha düşük olarak bulunmuştur. Viktrup ve ark. (45) çalışmasında, doğumda yapılan epizyotominin stres inkontinans oluşumundaki etkisinin geçici ve etiyolojik rolünün belirsiz olduğunu belirtmişlerdir. Bilgili ve ark. (43) yaptıkları çalışmada, doğumda epizyotomi açılmasının üriner inkontinans üzerine etkisinin olmadığını saptamışlardır. Epizyotomi yapılan kadınlarda sistosel, rektosel, uterin prolapsus, stres inkontinansında azalma olduğu belirtilirken, son zamanlarda epizyotominin sağladığı yararlar tartışılmaya başlanmıştır. Hatta epizyotominin perinede doku hasarını artırdığı iddia edilmektedir. Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden, kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur (43). Epizyotominin yaygın kullanımı ise kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını artırmıştır. Epizyotominin perineyi korumaktan çok, vajinal kas gücünde azalma, postpartum ağrı,

anal sfinkter hasarı ve anal inkontinansta artışa neden olduğu, neonatal sonuçları geliştirmedeği bildirilmektedir. (43,45).

Carroli ve ark. (59) çalışmasında gerekli olduğunda yapılan epizyotominin, rutin yapılan epizyotomiden daha yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Gerekli olduğunda yapılan epizyotominin çok daha az perineal travmaya, dikiş sayısında azalmaya ve daha az komplikasyon gelişmesine neden olduğunu saptamışlardır.

## **2.8. Epizyotominin Bakımında Ebenin Görev ve Sorumlulukları**

Epizyotominin uygulanma gereksinimini saptamak, epizyotomiye uygulamak, epizyotomi insizyonunu onarmak, perinenin bakımını sağlamak, annenin epizyotomiye ilişkin korku ve endişelerini azaltmak, rahatsızlıklarını gidermek, iyileşmenin kontrolünü sağlamak ve iyileşmeyi geciktirecek komplikasyonları önlemek ebelerin önemli görevleri arasındadır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2001 tarihli 'Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergesi'nin 130. maddesinin (f) bendinde 'Ebelerin Epizyotomi Yapmak' ile ilgili görevi şu şekilde yer almaktadır:

Doğum sırasında gerekli bakım ve izlemi yapmak; doğumu uygun şekilde yaptırmak, gerekiyorsa epizyotomi yapmak, riskli durumları değerlendirmek ve sevkine karar vermek, doğum sonrası bakım ve izlemi yapmaktır (60). Avrupa Birliğinin epizyotomi işlemi ile ilgili ebelik eğitimi için öngördüğü 'Pratik ve Klinik Eğitim' içeriği şöyledir: Epizyotomi uygulamak, dikiş pratiği epizyotomi sonrası veya basit perineal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir (61). Ebelerin epizyotomi ile ilgili görevleri şunları kapsar: Ağrı ve rahatsızlığı gidermek, enfeksiyonu önlenmek ve iyileşmeyi sağlamaktır. Epizyotomi bölgesi iyileşmesinin 7-10 gün sürdüğü bilinci ile insizyon yerinin kuru ve temiz tutulması ve gözlenmesi gerekmektedir. Tuvalete girmeden önce ve sonra ellerin yıkanması ve kullanılan pedin temiz şekilde korunması ve kullanılması önemlidir. Diğer önemli bir nokta ise pedlerin sık değiştirilmesidir. İnsizyon yeri kızarıklık, ağrı, dikişlerde açılma ve akıntıya karşı gözlenmelidir (2,6). Ilık oturma

banyosu, kuru sıcak uygulama, nemli sıcak uygulama ve buz uygulaması iyileşmeyi hızlandırmada ve rahatsızlığı gidermede yardımcı olan yöntemlerdir. Kuru sıcak uygulamada; kişi mahremiyeti korunarak, litotomi pozisyonuna yatırılır. 50 cm uzaktan, günde 2-4 kez 20 dakikalık sürelerle epizyotomi bölgesine lamba ışığı uygulanır. Nemli sıcak uygulama; postpartum 2. günde anne günde 2-4 kez, 15 dakikalık süre ile 38°C-42°C ısıda antiseptik suya oturtulur. Otururken önce gluteal kaslarını kasmalı, oturduktan sonra gevşemelidir. Banyodan sonra kurularak temiz bir ped konur. Buz uygulamasında ise; eldiven içine konan buz parçaları, günde 2-4 kez, 15 dakika süre ile uygulanır. Ağrıyı ve konjesyonu azaltmak amacı ile kullanılır. Uzun süre ayakta kalmak ya da oturmaktan kaçınılmalı, mümkün olduğu sürece epizyotomi kesisinin olmadığı taraf üzerine oturulması önerilmektedir (6,40,44,55)

### **Sonuç olarak**

Epizyotomi modern obstetrik uygulamalarda en çok kullanılan cerrahi bir girişimdir. Başlangıçta zor doğumlar için saklanan epizyotomi daha sonraki yıllarda perine koruması amacı ile profilaktik olarak kullanılmıştır. Doğumların evden hastanelere kayması, antibiyotik ve analjezik alanındaki gelişmeler sayesinde epizyotomi kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Son zamanlarda epizyotominin yararları, kullanım durumu ve gerekliliği tartışılmaktadır (59). Epizyotominin sınırlı kullanıldığı kadınlar ile rutin kullanılan kadınlar kıyaslandığında daha az posterior perinatal travma, daha az sütür atma gereksinimi, daha erken cinsel ilişkiye başlama ve perine bütünlüğünün daha iyi korunduğu belirtilmektedir (44). Yapılan daha önceki sistematik incelemeler rutin epizyotomi kullanımının sonuçlarının sınırlayıcı epizyotomi kullanımından daha kötü olduğunu, sınırlayıcı epizyotomi kullanımında daha az perineal travma, daha az sütür ve daha az komplikasyon oluştuğunu göstermektedir (13,20). Sayiner çalışmasında (62) epizyotomi uygulanma durumu ile masaj yapma sıklığı arasında ilişkiyi karşılaştırmış ve sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Rutin epizyotomi uygulamak yerine, primiparlara haftada ikiden fazla perine masajı yaparak, olguların %90,5'inde epizyotomi uygulanmadığını saptamıştır. Singorello ve ark. (63) midline epizyotomi ve anal inkontinans ilişkisini araştıran çalışmasında midline epizyotomili doğum yapan kadınların, anal inkontinans gelişmesi bakımından

spontan yırtığı olan kadınlara göre oldukça yüksek risk grubunda olduğunu saptamışlardır.

## **2.9. Yara Tanımı**

Travmaya bağı olarak deri, mukoza (vücut içi zarı) veya doku ve organlarımızın bütünlüğünün bozulması ya da bir kısmının kaybına yaralanma, bu bütünlüğü bozulan veya bir kısmı kaybolan vücut parçasına da yara denir. Yani yara, fiziksel yaralanma nedeniyle vücudun herhangi bir dokusuna ait yapıların anatomik ve fonksiyonel devamlılığın bozulmasıdır (64-66).

## **2.10. Yara İyileşmesi**

Yaralanma sonucu dokuda, yara iyileşmesi ile sonlanan organize ve karmaşık birtakım hücresel ve hümorale süreçler yaşanır. Yara iyileşmesi, yaralanmadan hemen sonra başlar ve doğal iyileşme süreci olarak adlandırılan özel bir sırayı izler. Yara kenarlarından salgılanan maddeler, damar ve hücreler arası değişimleri başlatarak, kanamayı kontrol altına alır, enfeksiyonu engeller ve iyileşme sürecini hızlandırır. İyileşme işleminin etkili ve verimli olması, yaralanan bölgeyi, yaranın büyüklüğüne ve ciddiyetine göre farklılıklar gösterirse de, iyileşme sürecinde sıra değişmez. Yara iyileşmesi, primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) iyileşmeler olarak üç sınıfta incelenmektedir (67-71).

## **2.11. Yara İyileşmesinin Evreleri**

Yara iyileşmesinin evresi 1929 yılında Howes, Sooy ve Harvey'in çalışmaları sonucunda inflamatuvar, proliferatif (fibroblastik), ve maturasyon (remodeling) olmak üzere belirlenmiştir (72-76).

### **2.11.1. İnflamatuvar Evre ( inflamasyon)**

Bu aşamanın görevi zedelenme bölgesinde ölü hücre ve mikroorganizmaları yok ederek yeni dokunun yerleşeceği ortamı hazırlamaktır. Kesilme işlemi başladığı andan itibaren ilk on dakika içinde yara bölgesinde lokal olarak şiddetli vazokonstriksiyon başlar. İnflamasyonun tipik belirti ve bulguları ısı, kızarıklık, ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığıdır. İnflamasyonun aşamasında yer alan olaylar iki grupta yer alır (67,73,77).

#### **2.11.1.1. Vasküler Cevap**

Travmayı takiben yaralanan damarlardan kanama başlar. Bu aşamada vazokonstriksiyon, vazodilatasyon, damar geçirgenliğinde değişimler ve kan akımının artması söz konusudur. Bu durumda; sıvı kolloidler, iyonlar ve savunma hücreleri zedelenmiş bölgeye doğru geçerler. Bu sıvıya da enflamatuvar eksuda denir. Eksudanın üç önemli işlevi vardır.

1. Bakteri toksinlerini sulandırmak,
2. Doku yenilenmesi için gerekli besin maddelerini alana getirmek,
3. Bakterileri tahrip edici ve fagosite edici savunma hücrelerini alana taşımak.

Eksudanın fazla olması enfeksiyon için potansiyel bir ortam sağlar, iyileşme sürecinde absore edilir. Vazokonstriksiyon aşamasında, trombositler (plateletler) bir araya toplanarak pıhtıyı oluşturur (73,78).

#### **2.11.1.2. Hücresel Cevap**

Bu süreçte pıhtı oluşmaktadır. Ayrıca polimorfonükleer lökositler ve mononükleer lökositler bu süreçte görevlidir. Polimorflar, zedelenen alana yabancı maddeleri ve ölü dokuları fagosite etmek üzere gelirler. Nötrofillerin ana görevi bakteriyel enfeksiyonu önlemektir. Monositler zedelenmenin üçüncü gününde yara bölgesine gelirler ve makrofajlara dönüşürler. Bu hücreler fagositoz, fibroblast oluşumu ve zedelenmiş damar uçlarının endotelin oluşması için sinyaller verirler. Hücreler

zedelenmeye cevap verirken, sınırlama, göç, kemotaksis ve fagositoz olaylarını gerçekleştirirler. Zedelenen bölge nötrofillerin kapiller duvara yapışması ile sınırlanır ve bu bölgeye zedelenmiş dokudan açığa çıkan kimyasal maddelerle lökositler mıknatıs gibi çekilerek hücreler fagositoz olayını gerçekleştirir. Hücrelerin canlı kalabilmeleri ve hücre göçünün gerçekleşmesi için yara bölgesinin belirli bir neme sahip olması gerekir. Yara dokusunun çok kuru olması hücre hareketlerine engel olurken, aşırı nemli olması hücreleri yara içinde hareket ettirerek, karşıdan karşıya geçiş hareketlerini kısıtlar ve bakteriler için uygun bir ortam sağlar. İnflamasyon aşamasında; hemostatik olaylar gelişerek, eksuda oluşur. Eksuda steril bir madde olduğu halde eksudada bakterilerin bulunması veya birikmesi bazı koşullarda iyileşmeyi geciktirebilir (76,78,79,80).

### **2.11.2. Proliferasyon Fazı**

Bu fazda fibroblastlar hızla kollojen sentez eder. Kollajen ve proteoglikan onarım için gereklidir. Kollajen, anjiogenezis (yeniden damarlanma) ve proteoglikan, yarayı dolduran bağ dokusunu oluşturur. İlk beş gün içinde kollajen az olduğundan yaranın gerilim gücü düşüktür, zorlayıcı güçlere karşı direnç zayıftır. Kollajen sentezlenmesindeki sorunlardan ortaya çıkan yara açılması bir cerrahi işlemde sonra 5 ile 12 gün arasında gerçekleşir. Proliferasyon aşamasında epitelyum hücreleri rejenere olur ve dokuyu kaplayarak (epitelizasyon) yarayı çevreden korur. Epitelizasyon sıvı-elektrolit kaybıyla, bakteriyel yayılmaya karşı yarayı korur. Damarların artması nedeniyle granülasyon dokusu koyu pembe ya da kırmızı renktedir. Proliferasyonun son aşamasında yara kenarları büzülür ve uç uca gelerek skar dokusu (kontraksiyon) oluşur (68,73,81,82).

### **2.11.3. Matürasyon Fazı**

Bu faz iyileşmenin en uzun ve son fazıdır. Yara iyileşmesinden sonraki remodeling dönemidir. Skar dokusu vaskülaritenin azaltılması ile daha az hiperemik olur ve doku gerginliği artar. Fibroblastlar bu aşamada kollajen sentez etmeye devam ederler. Kollojeni oluşturan lifler çaprazlama birbirine bağlanırlar. Bu da yeni oluşan

dokunun yara bölgesine yerleşmesini ve dokunun daha güçlü olmasını sağlar. Yeniden şekillenme devam ettikçe skar dokusunun damarlaşması azalır, epitelyum kalınlaşır, renk kırmızıdan pembeye döner, giderek gümüşü beyaz renk alır. Kollojenin yeniden şekillenmesinde bir problem olursa kontraktür, adhezyon (yapışıklık), obstrüksiyon gibi istenmeyen durumlar gerçekleşebilir (72,74,76,79,81).

## **2.12. Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler**

Yara iyileşmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında yaş, cins ve ırk, zedelenmenin özelliği, zedelenmenin lokalizasyonu, travma, ısı, nem, beslenme, enfeksiyon, ilaçlar, diyabet, oksijen ve sigara yer alır (78,82,83).

### **2.12.1. Yaş, Cins ve Irk**

Yaşın ilerlemesiyle birlikte yara gerilim direnci ve yara kapanma hızlarında düşüş gözlenmektedir. Yara iyileşme süresi uzar. İnflamatuvar yanıt yaşın ilerlemesiyle azalır, bu nedenle yaşlılarda yaraya azalmış bir yanıt vardır. Epitelyal hücrelerin, fibroblastların proliferatif kapasitesinde azalma vardır. Yara iyileşmesinin üçüncü aşamasında da bazı değişiklikler görülür. İlerleyen yaşla birlikte, yaranın mekanik kuvvetinden sorumlu olan kollojen sentezi azalır. Ancak kollojen düzeyi azalmakla birlikte ekstraselüler matriks organizasyonunda fetal yara organizasyonundakine benzer bir gelişim vardır. Bununda yaraya yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca yaşlılarda yapılan başka bir çalışmada, kollojen sentezinde bir bozukluk olmadığı ancak epitelyasyonun geciktiği vurgulanmıştır. Yaşlılarda immobilizasyon ve sindirimdeki zorluklar nedeniyle beslenme düzeyi yeterli olmayabilir. Bunun sonucunda gelişebilecek protein, C vitamini, tiamin, çinko ve magnezyum eksikliği yara iyileşmesinde gecikmeye neden olmaktadır. Cinsiyetler arasında belirgin bir fark yoktur. Siyah ırkta diğer ırklara göre keloid oluşumu daha yüksek orandadır (78,80-82,84).



### **2.12.2. Zedelenmenin Özelliği**

Zedelenmenin özelliği yara iyileşmesini etkileyen faktörler arasında yer alır. Zedelenmenin derin, yüzeysel veya geniş olması, zedelenen dokunun rejenerasyon yeteneği, zedelenen bölgede kan damarlarının yoğunluğu da iyileşme sürecini etkiler (68).

### **2.12.3.Zedelenmenin Lokalizasyonu**

Doku gerilmesinin en az olduğu yaralar hem çabuk iyileşir, hem de ince bir skar bırakırlar. Permanent hücrelerden oluşan dokuların zedelenmeleri kaçınılmaz olarak skarlaşma ile sonlanır. Zedelenme alanı veya dokunun niteliği ana belirleyicidir (68).

### **2.12.4. Travma**

Yara bölgesi üzerine sürekli travma iyileşmeyi olumsuz etkileyeceğinden bölge tesbit edilmeli ve travmadan uzak tutulmalıdır. Travmadan etkilenen dokular (kaslar, tendon, kan damarları, sinirler) incelenerek özellikleri ve etkilenim dereceleri belirlenmelidir (79).

### **2.12.5. Isı**

Ortam ısısı ve vücut ısısındaki değişiklikler yara iyileşmesini etkiler. Yara bölgesine 30°C'den yüksek ve 10-15°C'den düşük ısı uygulandığında yara iyileşmesinde gecikmeye neden olduğu bildirilmiştir (81).

### **2.12.6. Nem**

İyileşmeyi olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir. Nemlendirme epitelizasyon hızını ve nedbe oluşumunu etkilemektedir. Nemli bir ortam, iyileşme hızı için optimum şartları sağlamaktadır. Yara örtüsüz bırakıldığında, epidermal hücreler “ Scab” altına ve alttaki fibroz doku içine göç etmektedir. Yaraların yarı örtülü olduğu ve yara yüzeyinin

nemli kaldığı durumlarda; epidermal hücreler, yüzey üzerine daha hızlı olarak göç etmektedir. Dermal veya epidermal yaralar, semi-occlus ve film örtüler veya hidrofilik bariyer tamponlarının kullanımıyla uygun olarak nemlendirilebilir. Bu örtüler yarayı seröz eksuda şeklinde yıkar ve alındığında yara yüzeyine yapışmaz (85).

### **2.12.7. Beslenme**

Yara, hızlı metabolizmasından dolayı yüksek miktarda besin öğelerine ihtiyaç duyar. Protein-kalori malnütrisyonu, inflamasyon aşamasını uzatır. Yara iyileşmesinde esansiyel aminoasitlerin önemli yeri vardır. Esansiyel aminoasitler inflamasyon ve fibroblast ürünlerinin üretiminin artırılması için gereklidir (86). Protein eksikliğinde, ortalama yedinci hafta sonunda iyileşme olayında gecikme ortaya çıkar. Serum protein düzeyi 2 gramın altında olan kişilerde inflamatuvar evre uzamış ve fibroplazi azalmıştır. Vücut ağırlığının %10'unun veya daha fazlasının kaybı yara komplikasyonlarını artırır. Yara iyileşmesinde özellikle karbonhidrat ve yağların görevleri iyi bilinmektedir. Glukoz lökositlerin enerji kaynağıdır. Yağlar yeni hücrelerin sentezi için gereklidir. Yara iyileşmesinde, minerallerin kollajen metabolizmasını ilgilendiren çeşitli basamaklarda rolleri vardır. Kuyumcu ve ark. (87) çalışmalarında malnütrisyonun şiddeti ile orantılı olarak yara iyileşmesinde gecikme ve infeksiyon oluştuğunu belirtmişlerdir. A vitamini, enflamatuvar hücrelerin granülasyon dokusuna yönlendirilmesinde rol oynar. C vitamini eksikliğine bağlı olarak kollajen hidroksilasyonunda meydana gelen bozukluk, kollojenin zayıf karakter olmasına neden olur (78,86,87). Böylece yara gerilme kuvveti azalır. E vitamininin, antioksidan ve lizozomal membran stabilizasyonuna etkileri vardır. Yarada hematoma oluşmasını ve bunun yara iyileşmesinde yaratacağı olumsuz etkilerini ortadan kaldırır (80).

### **2.12.8. Enfeksiyon**

Enfeksiyon, yara iyileşmesinde bozulmalara yol açar. Doku oksijen basıncını düşürür, kollajenolizi artırır ve inflamatuvar evrenin uzamasına neden olur. Bakteriye kolonizasyon epitelizeasyon ve anjiogenezisi azaltır. Bakteri metabolit ve toksinleri epitelyum migrasyonunu bozar, dermisteki polisakkarit ve protein yapıları etkiler.

Enfekte yaralarda granülasyon dokusu daha ödematöz, hemorojik ve frajildir. Bakteriyele kontaminasyon ile artan kollejenolitik aktivite sonucunda yara gerilim direnci düşer ve yara kontraksiyonu azalır. Doku yıkım ürünleri ise bakteriler için üreme ortamı oluşturur. Enfekte olan yaralarda, granülasyon dokusunun daha fazla olması da skar oluşumunu artırır. Yarada fazla sayıda bakteri bulunduğunda epitelizasyonun durduğu gösterilmiştir (74).

### **2.12.9. Oksijen**

Yara iyileşmesi için gerekli bir substrattır. İyileşme süresince yaranın normal dokulardan daha fazla oksijen miktarına ihtiyacı vardır. Oksijen, nötrofillerin bakteri fagositozunda, fibroblast ve epitel proliferasyonunda, kollajen sentezinde ve neovaskülarizasyonda rol oynar. Oksijen, epitelial hücre rejenerasyonu ve aerobik metabolizmasında gereklidir. Yara bölgesindeki parsiyel oksijen basıncının direk olarak epitelial hücre proliferasyon hızını etkilediği gösterilmiştir. Yara enfeksiyonlarının en sık nedeni düşük oksijen düzeyleridir. Parsiyel oksijen basıncı, dokunun fiziksel özelliklerine, komşu kapillere mesafesine, interkapiller mesafeye ve oksijen tüketimine bağlıdır. Yara meydana geldiğinde kapillerler tahrip olur ve dolayısıyla oksijen düzeyi düşer. Bundan dolayı iyileşme süresince yaranın daha fazla oksijenizasyona ihtiyacı olur. İyileşen dokuda parsiyel oksijen basıncı 30-50 mmHg düzeyindedir. Fibroblastlar 30-40 mmHg düzeyinde fonksiyonlarını yerine getirebilirler. Kollajen sentezi için PO<sub>2</sub>'nin 40 mmHg altında olmaması gerekir. Düşük oksijen düzeylerinde hidroksilasyonu gerçekleşmeyen kollajen lifleri nedeniyle, yara iyileşmesi sonucunda zayıf skar dokusu meydana gelir (78,80,82,88).

### **2.12.10. Sigara**

Sigara yara iyileşmesinde önemi olan fibroblastların fonksiyonlarını bozabilir. Bilhan ve ark. (88) çalışmalarında fibroblastların nikotini bağlayarak içine aldıklarını belirtmişlerdir. Sigara kullanımını kemotaksis ve fagositoz gibi polinükleer fonksiyonları üzerinde olumsuz etki yaratır. Sigara makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor

cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler oluşturur. Nikotin vazokonstriksiyona neden olur, ayrıca yara iyileşmesini kolaylaştıran prostaglandinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini azalttığı bilinmektedir (78,80,82).

### **2.13. Yara İyileşmesinin Komplikasyonları**

Enfeksiyon; inflamasyon aşamasında yara bölgesinin bakterilerle kontamine olması sonucu gelişen, yara iyileşmesi sırasında en sık görölen komplikasyondur (81). Yara açılması; en çok zedelenmenin 5-12. günler arasında, kollojen sentezlenmesi ile ilgili sorunlar nedeniyle yara açılabilir (80). Keloid oluşumu; kollojenin aşırı çoğalması sonucu yara üzerinde kalın, yüksek, şekilsiz, pembe-beyaz renkli hoş olmayan bir görünümde fibröz doku oluşabilir ki buna keloid adı verilir. Keloid, kollojen yapımının yıkımından fazla olmasıdır (89). Kontraktür; skar dokusunda zamanla kısıalma ve kalınlaşma olur. Striktür ve adhezyon da yara iyileşmesinin diğer oluşabilecek komplikasyonlarıdır. Skar dokusunun dokuları çekme ve yapıları daraltmasına striktür, diğer dokulara yapışmasına da adhezyon adı verilir (76).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, normal doğum yapmış ve doğum sırasında epizyotomi açılmış kadınlarda, epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin (povidone iyodine ve şebeke suyu) yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Şekli**

Araştırma epizyotomi uygulanmış kadınlara, epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin (povidone iyodine ve şebeke suyu) yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel bir çalışmadır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırmanın birinci gözlemi Mersin İli Silifke İlçesi devlet hastanesi doğum salonu ve kadın doğum servisinde yapılmıştır. Annelerin ikinci ve üçüncü gözlemi, ikamet ettikleri mahallede bulunan aile sağlığı merkezlerinde yapılmıştır. Aile sağlığı merkezine gelemeyen annelerin ikinci ve üçüncü gözlemleri evlerine gidilerek gerçekleştirilmiştir. Silifke ilçesinin 65 köyü, 8 belediyesi bulunmaktadır. 2009 yılı adrese dayalı genel nüfus sayımına göre ilçe nüfusu 113.404'tür. Silifke toplum sağlığı merkezine bağlı 10 aile sağlığı merkezi, 1 sağlık evi, 1 verem savaş dispenseri, 1 A tipi 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu, 1 B tipi 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu bulunmaktadır. Araştırmanın kapsamına Silifke devlet hastanesi doğum salonu ve kadın doğum servisi alınmıştır. Bu hastanenin seçilmesinin nedeni, ilçede tek hastane olması, nüfus yoğunluğu ve gebe yoğunluğunun fazla olmasıdır.

Devlet hastanesinde anneler doğumdan sonra ilk iki saat doğumhanedeki travay odasında izlenmiştir. Bu nedenle araştırmanın ilk gözlemine doğum sonrası ilk 4 saat süre doğumhanelerde ve doğum servislerinde bulunan anneler dahil edilmiştir. İlk gözlem yaklaşık 20-40 dk arasında sürmüştür. İkinci ve üçüncü gözlemler ilçedeki Atakent ASM, Mukaddem ASM, Atayurt ASM, Savaşçı ASM, Gazi ASM, Taşucu

ASM, Keben ASM, Uzuncaburç ASM, Kırobası ASM ve Yeşilovacık ASM'de yapılmıştır. Anneler izlem gününden bir gün önce telefonla aile sağlığı merkezine davet edilmiştir. Epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi, hasta mahremiyetinin korunması bakımından tek kişilik odalarda (gebe izlem odaları) yapılmıştır.

Aile sağlığı merkezine gelemeyeceğini bildiren 14 anneye ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti yapılan annelerin mahremiyetine dikkat edilerek uygun bir odada izlemleri yapılmış ve yaklaşık 10-15 dk sürmüştür. Aralık ayında 20 annenin, Ocak ayında 14 annenin, Şubat ayında 11 annenin, Mart ayında 14 annenin, Nisan ayında 15 annenin ve Mayıs ayında 6 annenin tüm gözlemleri tamamlanmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Kasım 2011-01 Haziran 2012 tarihleri arasında ilçedeki 160 anneye epizyotomi yapıldığı saptanmıştır. Silifke Devlet Hastanesi 2012 yılı toplam normal doğum sayısı 615 ve normal doğum yapan kadınlara yapılan epizyotomi sayısı 549 olarak belirlenmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Örnekleme**

Çalışmanın örnekleme, Mersin İli Silifke Devlet Hastanesinde 15.12.2011-01.06.2012 tarihleri arasında, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen, normal doğum sırasında epizyotomi açılmış 40 I. Çalışma grubu (I.ÇG), 40 II. Çalışma grubu (II.ÇG) olmak üzere toplam 80 anneden oluşmuştur.

### **3.6. Örneklem Seçim Kriterleri**

Araştırma Silifke İlçesinde yaşayan, okuma yazması olan, primipar, gebelik komplikasyonu, herhangi bir sistemik hastalığı ve vajinal enfeksiyonu olmayan anneler ele alınmıştır. Ayrıca veri toplama formundaki soruları anlamayı engelleyecek düzeyde zihinsel yetersizliği olmayan anneler dahil edilmiştir.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, demografik bilgi formu, loğusa epizyotomi izlem formu ve REEDA Skalası ile mesai saatleri içinde toplanmıştır. Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla Silifke Devlet Hastanesinde epizyotomi açılmış 10 anneye ön uygulama yapılmıştır. Demografik bilgi formu; annelere ilk görüşmede uygulanan bölümdür. Bu bölümde annelerin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, eşinin mesleği, eşinin öğrenimi, sosyal güvencesi, aylık geliri, gebelik süresince ve doğumdan sonra sigara kullanma durumları, gebelik boyunca egzersiz yapma durumu, travay süresi, epizyotomi dışında laserasyonlarının olup olmadığı, yenidoğanın kilosu, yenidoğanın baş çevresini araştıran sorulardan oluşmuştur. Loğusa epizyotomi izlem formunda ise; annelere ilk görüşmede uygulanmıştır. Formun içeriğinde doğum sonrası anne ve bebeğine yardımcı olan birinin varlığı, doğumdan sonra epizyotomi bölgesi için herhangi bir uygulama yapma durumu, doğumdan sonra kanamanın özelliği, doğumdan sonra kanama takibi için kullanılan pedin türü, ped değiştirme sıklığı, doğumdan sonra ilk banyosunu kaçınıcı günde yaptığı, banyo yapma biçimi, kullandığı tuvaletin tipi, tuvaletten önce ellerini yıkama durumu, tuvaletten sonra genital bölge temizliğini yapma biçimi, tuvaletten sonra ellerini yıkama durumu, ilk dışkılamasını doğumdan sonra kaçınıcı günde yaptığı, kabızlık şikayetinin olup-olmadığı, kabızlık şikayetini giderecek herhangi bir ilaç veya herhangi bir yöntem kullanma durumu, ilk dışkılama sırasında dikişlerinde ağrı, yanma, acı hissetme durumu, genital bölgeyi her yıkadıktan sonra kurulama durumu, her tuvalet ihtiyacını gördükten sonra genital bölgeyi yıkama durumu, vajinal deodorant kullanma durumu, iç çamaşırlarını doğumdan sonra kaçınıcı günde giydiği, kullandığı iç çamaşırın tipi, çamaşırların değiştirilme sıklığı, dikiş yerinde bir şikayetinin olup olmadığı, akıntıda kötü bir koku olup olmadığı, günde ortalama kaç litre sıvı içtiği, günde kaç saat uyuduğuna ilişkin sorular yer almıştır.

REEDA Skalası: Epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi REEDA Skalası kullanılarak yapılmıştır. REEDA Skalası ilk kez 1970 yılında Davidson (57) tarafından perinenin iyileşmesi konulu master tezinde kullanılmıştır. Türkiye’de REEDA Skalası Üstünsöz (9) tarafından “Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamalarının Etkisi” konulu uzmanlık tezinde kullanılmış ve Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu skala perineal yara iyileşmesini gösteren beş faktörü kapsar:

- Redness ( kızarıklık)
- Edema ( ödem)
- Ecchmosis (ekimoz)
- Discharge (akıntı )
- Approximation ( yara kenarı kapanması)

Skala her bir değerlendirmeye 0, 1, 2 ve 3 puanları verilerek değerlendirilir. En düşük 0, en yüksek puan 15'tir. En yüksek puan en ciddi perineal travmayı göstermektedir. Skala ilk gözlem (birinci gün), ikinci gözlem (beşinci gün) ve üçüncü gözlem (onbeşinci gün) ayrı ayrı yapılarak doldurulmuştur.

### **3.8. Araştırmanın İzni**

Çalışmanın yapılabilmesi için Mersin ili Silifke Devlet Hastanesi yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan annelerin sözlü ve yazılı onamı alınmıştır.

### **3.9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Veri toplamada sosyo-demografik özellikler soru formunun işlerliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Silifke Devlet Hastanesinde 10 anneye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonuçları doğrultusunda gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada kullanılan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

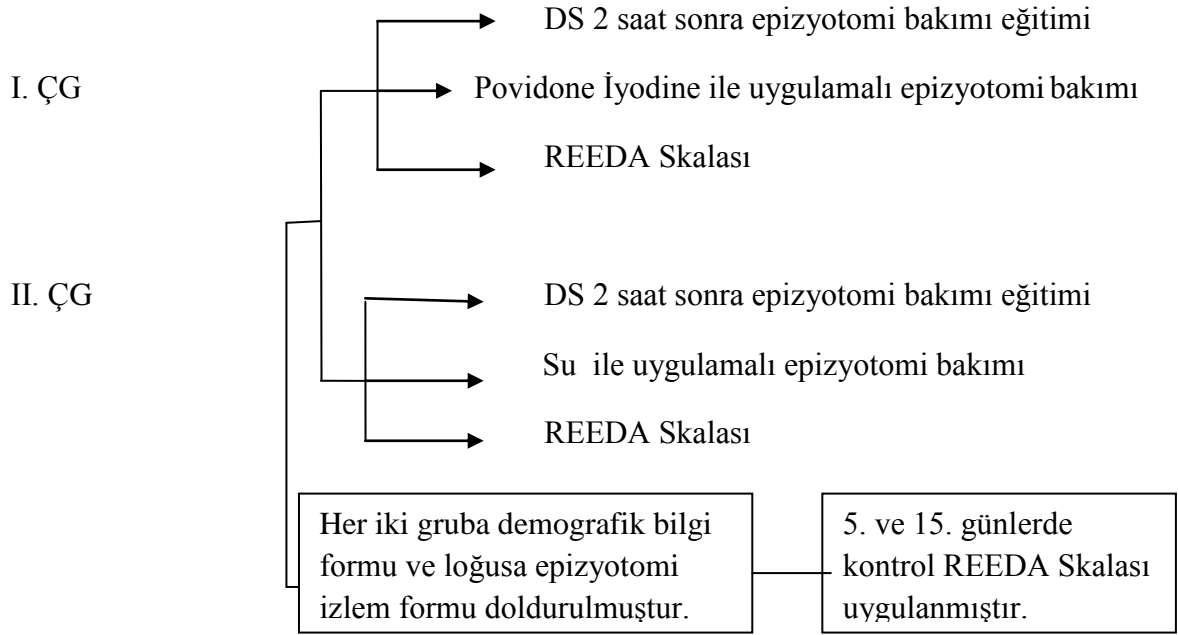
Araştırma verilerinin toplanmasına, araştırmanın uygulanacağı kurumdan izin alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırma verileri 15.12.2011-01.06.2012 yılı içerisinde, örnekleme alınacak annelerle 09:00-11:00 ve 13:30-15:00 saatleri arasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplanmıştır. İlk olarak doğum salonunun travay bölümünde, dosya bilgilerine bakılarak araştırma kriterlerini sağlayan anneler ile



görülmüştür. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden annelere, çalışmaya kendi rızaları ile katıldıklarını bildiren onam formu okutulup imzalatılmıştır.

Doğumdan 2 saat sonra loğusa servisine kabul edilen annelere demografik bilgi formu ve loğusa epizyotomi izlem formu bire bir uygulanmıştır. I. ÇG 40 anneye, yaşam bulguları stabil, ağrılarının olmadığı ve emzirme zamanları dışında epizyotominin bakımı anlatılmıştır. İlk gün, verileri toplamak amacıyla, epizyotomi bölgesinin bakımı, araştırmacı tarafından povidone iyodine ile anneye uygulamalı olarak öğretilmiştir. Epizyotomi bölgesinin REEDA Skalasına göre ilk değerlendirilmesi yeterli aydınlatma altında, jinekolojik masada yapılmıştır. Epizyo bakımını povidone iyodine ile yapan I. ÇG tamamlandıktan sonra, epizyo bakımını şebeke suyu ile yapacak olan II. ÇG 40 anneye doğumdan 2 saat sonra, yaşam bulguları stabil, ağrılarının olmadığı ve emzirme zamanları dışında demografik bilgi formu ve loğusa epizyotomi izlem formu bire bir uygulandıktan sonra epizyotominin bakımı anlatılmıştır. İlk gün, verileri toplamak amacıyla, epizyotomi bölgesinin bakımı, araştırmacı tarafından su ile anneye uygulamalı olarak öğretilmiştir. Epizyotomi bölgesinin REEDA Skalasına göre ilk değerlendirilmesi yeterli aydınlatma altında, jinekolojik masada yapılmıştır. Annelere taburcu olmadan önce, dış genital organların tanımı, epizyotominin tanımlanması, perine temizliği şekli, perine bakımının evde nasıl yapılması gerektiği, genel vücut temizliği, iç çamaşır kullanımı konularını içeren 20-30 dk süren eğitim verilmiştir. Taburculuk eğitiminde kullanılan materyal taburcu olan her anneye verilmiştir. Anneler 5. ve 15. günlerde değerlendirme için buldukları aile sağlığı merkezlerine telefon ile davet edilmiştir. Merkezlere gelemeyen 14 anneye ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti yapılan annelerin mahremiyetine dikkat edilerek uygun bir odada gözlemleri yapılmıştır, yaklaşık 10-15 dk sürmüştür. Aralık ayında 20 annenin, Ocak ayında 14 annenin, Şubat ayında 11 annenin, Mart ayında 14 annenin, Nisan ayında 15 annenin ve Mayıs ayında 6 annenin tüm gözlemleri tamamlanmıştır. REEDA skalası epizyotomi bölgeleri gözlemlenerek kaydedilmiştir.

Şekil-1: Çalışmanın akış şeması



İlk gün (ilk dört saat) gözlemine toplam puanın 0 olması (kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yara dudaklarında ayrılmanın hiç olmaması) perineal travma derecesinin düşük olduğunu yani, iyileşme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. 5. gün gözleminde toplam puanın 2 puan ya da daha az olması iyileşme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. 15. gün gözleminde toplam puanın 1 puan ya da daha az olması iyileşme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Tüm görüşmelerde REEDA Skalası için yapılması gereken ölçümler aynı tahta cetvelle yapılmıştır. Bebek baş çevresi aynı mezura ile ölçülmüştür. Bebek kilosu doğumhanede bulunan ve daha önce kontrol edilmiş bebek terazisi ile ölçülmüştür. Araştırmaya 80 anne dahil edilmiş ve 80 anneye de araştırma sonuna kadar ulaşılmıştır.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırmanın değişkenleri için parametrik test varsayımlarından normal dağılım analizi uygulanmıştır. Verilerin analizinde parametrik olmayan yöntemler tercih edilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark Man Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Whallis Testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.12. Eğitim Materyali**

Annelerin epizyotomi bakımı konusunda bilinç ve bilgi düzeylerini artırarak yara iyileşmesini hızlandırmak için, eğitim materyali kullanılarak perine ve epizyotomi bakımı hakkında 20-30 dk süren eğitimler verilmiştir. Eğitim sonunda eğitim materyalleri annelere bilgilerini yinelemeleri açısından verilmiştir.

### 3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

AŞAMALAR	Kasım Aralık 2011	Ocak Mart 2012	Nisan Haziran 2012	Temmuz Eylül 2012	Ekim Aralık 2012	Ocak Mart 2013	Nisan Mayıs 2013
Planlama , İzinler							
Anket Hazırlama							
Literatür Taranması							
Verilerin toplanması							
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol							
İstatiksel analiz							
Tez yazımı							

## 4- BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan I.ÇG ve II.ÇG katılımcılardan toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Annelerin Bireysel ve Ailesele Özellikleri

Özellikler	I. ÇG		II. ÇG		p
	n	%	n	%	
Yaş					
17-22 yaş	11	27,5	20	50	X <sup>2</sup> =4,269 p=0,118
23-28 yaş	23	57,5	16	40	
29 yaş ve üstü	6	15	4	10	
Yaş ortalaması	24,3±3,695		23,025±3,965		
Öğrenim durumu					
5-8 yıl	21	52,5	32	80	X <sup>2</sup> =6,765 p=0,009
9 yıl ve üzeri	19	47,5	8	20	
Meslek					
Ev hanımı	25	62,5	34	85	X <sup>2</sup> =5,230 p=0,020
Memur- işçi	15	37,5	6	15	
Sosyal güvence					
Yok	4	10	3	7,5	X <sup>2</sup> =17,000 p=0,002
Var	36	90	37	92,5	
Aylık gelir					
1000 TL altı	18	45	33	82,5	X <sup>2</sup> =12,170 p=0,000
1000 TL ve üstü	22	55	7	17,5	
Aylık gelir ortalaması	1092,5±476,707		836,25±381,291		
Eşinin mesleği					
Serbest	10	25	14	35	X <sup>2</sup> =2,613 p=0,271
Memur	9	22,5	4	10	
İşçi	21	52,5	22	55	
Eşinin öğrenim durumu					
5-8 yıl	33	82,5	40	100	X <sup>2</sup> =10,136 p=0,006
9 yıl ve üzeri	7	17,5	0	0	

I. ÇG'daki annelerin çoğunluğu (%57,5) 23-28 yaşları arasında ve yaş ortalaması 24±3,695 iken; II. ÇG'daki annelerin yaşlarının ise çoğunluğu (%50) 17±22 yaşları arasında ve yaş ortalaması 23,025±3,965 olduğu belirlenmiştir. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde I. ÇG'daki annelerin %52,5'i 5 ile 8 yıl arası eğitim görmüş iken; II. ÇG'daki annelerin %80'i 5 ile 8 yıl eğitim görmüştür. Çalışmaya katılan annelerin sosyal güvencelerinin olup olmadığı incelendiğinde, her iki grubun tamamına yakınının (I. ÇG % 90, II. ÇG % 92,5) sosyal güvencesi bulunduğu ve I. ÇG annelerin % 62,5'inin ve II. ÇG annelerin %85'inin ev hanımı olduğu görülmektedir. I. ÇG annelerin aylık gelir ortalaması 1092,5± 476 iken, II. ÇG annelerin

aylık gelir ortalaması 836,25±381'dir. Çalışmaya katılan annelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde, her iki grubun tamamına yakınının (I. ÇG %82,5, II. ÇG %100) 5 ile 8 yıl eğitim gördüğü ve I. ÇG annelerin eşlerinin %22,5'inin ve II. ÇG annelerin eşlerinin %10'unun memur olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.2. Annelerin Gebelik ve Doğum Sürecine İlişkin Bilgileri

Özellikler	I. ÇG		II. ÇG		p
	n	%	n	%	
Gebelikte sigara kullanımı					
Evet	4	10	2	5	X <sup>2</sup> =0,721 p=0,338
Hayır	36	90	38	95	
DS sigara kullanımı					
Evet	6	15	3	7,5	X <sup>2</sup> =1,127 p=0,241
Hayır	34	85	37	92,5	
Travay süresi					
1-3 saat	28	70	12	30	X <sup>2</sup> =21,440 p=0,000
4-6 saat	12	30	13	32,5	
7 saat ve üstü	0	0	15	37,5	
Travay süre ortalaması	2,975±0,947		5,575±2,51		
Doğumun 2. devresi					
25 ve daha az dakika	29	72,5	26	65	X <sup>2</sup> =0,524 p=0,315
25 dakikadan fazla	11	27,5	14	35	
Doğumun 2 devresinin ortalama süresi	19,25±10,534		23,375±11,679		
Gebelikte egzersiz					
Evet	5	12,5	2	5	X <sup>2</sup> =1,409 p=0,216
Hayır	35	87,5	38	95	
Laserasyon varlığı					
Var	14	35	19	47,5	X <sup>2</sup> =1,532 p=0,465
Yok	26	65	21	52,5	

\*DS : Doğum sonu

Çizelge 4.2'de annelerin gebelik ve doğum sürecine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan I. ÇG annelerin sigara kullanım durumları incelendiğinde, her iki grubun tamamına yakınının ( I.ÇG %90, II. ÇG %95) gebelik (I. ÇG %85, II. ÇG %92,5) ve doğum sonu süresince sigara kullanmadığı saptanmıştır. I. ÇG annelerin travay süresi ortalama 2,97±0,947 saat olduğu ve doğumun II. devresinin ortalama 19,25±10,534 olduğu, II. ÇG annelerin travay süresi ortalama 5,57±2,51 saat olduğu ve doğumun II. devresinin ortalama 23,375±11,679 dk olduğu

saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki I. ÇG annelerin %87,5'u, II. ÇG annelerin ise; %95'i gebelik sürecinde egzersiz yapmamıştır. I. ÇG annelerin %65'inde, II. ÇG annelerin ise; %52,5'inde laserasyon yoktur.

Çizelge 4.3. Annelerin Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Yakınmalara İlişkin Özellikleri

Özellikler	I. ÇG		II. ÇG		p
	n	%	n	%	
Doğum sonu ilk dışkılama zamanı					
1. gün	28	70,0	22	55,0	$X^2=1,920$ $p=0,124$
2. ve daha fazla gün	12	30,0	18	45,0	
Kabızlığı olan					
Evet	10	25,0	10	25,0	$X^2=0,000$ $p=0,602$
Hayır	30	75,0	30	75,0	
Kabızlık için yöntem veya ilaç					
Kullanan	9	22,5	11	27,5	$X^2=0,267$ $p=0,398$
Kullanmayan	31	77,5	29	72,5	
Yüksek ateş (37,5°C ve üzeri)					
Evet	3	7,5	2	5,0	$X^2=0,213$ $p=0,500$
Hayır	37	92,5	38	95,0	

Çizelge 4.3.'te annelerin loğusalık döneminde fizyolojik sürece ve yakınmalara ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan I. ÇG annelerin ilk dışkılaması doğumdan sonra 1. gün %70 oranında saptanmış iken; bu oran II. ÇG annelerde %55'tir. I. ve II. ÇG annelerin %25'inde kabızlık şikayeti bulunmaktadır. Kabızlık şikayeti olanların yardım alma durumları incelendiğinde; I. ÇG'nun %75,5'inin, II. ÇG'nun %72,5'inin kabızlığı gidermek için herhangi bir ilaç veya yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Çalışma kapsamında I. ÇG annelerin %7,5'inde doğum sonu yüksek ateş şikayeti mevcut iken; II. ÇG annelerde %5 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Annelerin Doğum Sonu Bakım Davranışlarına Yönelik Özellikleri

Özellikler	I.ÇG		II. ÇG		p
	n	%	n	%	
Günlük ped değiştirme sayısı					
3-6 Kez	24	60,0	24	60,0	$X^2=0,000$
7-10 Kez	16	40,0	16	40,0	$p=0,590$
Banyo yapma şekli					
Oturarak	11	27,5	20	50,0	$X^2=4,266$
Ayakta	29	72,5	20	50,0	$p=0,033$
Kullandığı tuvalet tipi					
Alaturka	36	90,0	37	92,5	$X^2=0,157$
Alafranga	4	10,0	3	7,5	$p=0,500$
Tuvaletten önce ellerini yıkama					
Evet	26	65,0	11	27,5	$X^2=11,314$
Hayır	14	35,0	29	72,5	$p=0,001$
Tuvaletten sonra genital temizlik şekli					
Önden arkaya	34	85,0	33	82,5	$X^2=0,215$
Arkadan öne	4	10,0	4	10,0	$p=0,898$
Rastgele	2	5,0	3	7,5	
Genital temizliğin ne ile yapıldığı					
Su ile	5	12,5	16	40,0	$X^2=8,042$
Su ve tuvalet kağıdı ile	29	72,5	21	52,5	$p=0,018$
Sadece tuvalet kağıdı ile	6	15,0	3	7,5	
Tuvaletten sonra ellerini yıkama					
Evet	36	90,0	37	92,5	$X^2=0,157$
Hayır	4	10,0	3	7,5	$p=0,500$
Genital bölgeyi yıkadıktan sonra kurulama					
Evet	36	90,0	31	77,5	$X^2=2,296$
Hayır	4	10,0	9	22,5	$p=0,112$
Tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkama					
Evet	35	87,5	32	80,0	$X^2=0,827$
Hayır	5	12,5	8	20,0	$p=0,273$
Kullandığı çamaşır tipi					
Pamuklu	38	95,0	36	90,0	$X^2=0,721$
İpek	1	2,5	2	5,0	$p=0,697$
Naylon/sentetik	1	2,5	2	5,0	
Çamaşırlarını değiştirme sıklığı					
Günde bir kez	35	87,5	37	92,5	$X^2=0,556$
2-3 günde bir	5	12,5	3	7,5	$p=0,35$
Günde ortalama aldığı sıvı miktarı					
2-8 su bardağı	13	32,5	17	42,5	$X^2=0,853$
9-15 su bardağı	27	67,5	23	57,5	$p=0,244$
Günde ortalama uyku süresi (saat)					
8 saatten az	15	37,5	17	42,5	$X^2=0,208$
8 ve daha fazla saat	25	62,5	23	57,5	$p=0,410$

Çizelge 4.4'te annelerin doğum sonu bakım ve davranışlarına yönelik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan I. ÇG ve II. ÇG annelerin %60'ının günde 3-4 kez



ped değiştirdiği, I. G annelerin %27,5'sinin, II. G annelerin %50'sinin oturarak banyo yaptđı belirlenmiştir. I. G annelerin %90'ı, II. G annelerin %92'i alaturka tuvalet kullandığı belirlenmiştir. I. G annelerin %35'i tuvaletten önce, %10'da tuvaletten sonra ellerini yıkamamaktadır. II. G annelerin %72,5'i tuvaletten önce, %7,5'i ise tuvaletten sonra ellerini yıkamamaktadır.

Annelerin genital temizlik alışkanlıkları incelendiğinde, I. G annelerin, %85'inin tuvaletten sonra genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yaptđı, %72,5'inin ise; su ve tuvalet kağıdı ile temizlediği saptanmıştır. I. G annelerin %87,5'inin her tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkadığı, %90'ının yıkadıktan sonra kuruladığı belirlenmiştir.

II. G annelerin ise %82,5'inin tuvaletten sonra genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yaptđı, %52,5'inin ise; su ve tuvalet kağıdı ile temizlediği saptanmıştır. II. G annelerin %80'i her tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkadığı, %77,5'inin yıkadıktan sonra kuruladığı belirlenmiştir.

Annelerin kullandığı çamaşır tipinin I.G annelerin %95'inde, II.G annelerin %90'ında pamuklu olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan I. G annelerin %12,5'i, II. G annelerin %7,5'i, 2-3 günde bir çamaşır değiştirmektedir. Araştırma kapsamındaki I. G annelerin %67,5'i günde 9-15 su bardağı sıvı almaktadır ve %67,5'i günde sekiz saatten daha fazla uyumaktadır. II. G annelerin %57,5'i günde 9-15 su bardağı sıvı almakta ve %57,5'i günde sekiz saatten fazla uyumaktadır.

Çizelge 4.5. Annelerin İlk Gün, Beşinci Gün ve On beşinci Gün REEDA Skoru Puanlarının Gruplarına Göre Ortalamaları

Özellikler	Grup	n	Ort	Ss	MW
İlk gün Reeda Skoru	I. ÇG	40	6,05	1,709	457
	II. ÇG	40	4,85	1,122	
Beşinci gün Reeda Skoru	I. ÇG	40	0,65	0,662	797
	II. ÇG	40	0,625	0,54	
On beşinci gün Reeda Skoru	I.ÇG	40	0,250	0,32	780
	II.ÇG	40	0,250	0,32	

\*MW: Man whitney-u testi ile p değeri belirlenmiştir.

I. ve II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=457,000;  $p=0,001<0,05$ ). I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru ortalamaları (ort=6,050), II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru ortalamalarından (ort=4,850) yüksek bulunmuştur. I ve II. ÇG annelerin beşinci gün ve on beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.6. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılım

Özellikler	1.GÜN						5.GÜN					
	I.ÇG			II.ÇG			I.ÇG			II.ÇG		
	n	ort+ ss	KW/p	n	ort+ss	KW/p	n	ort+ss	KW/p	n	ort+ss	KW/p
Yaş												
17-22 yaş	11	6,63/1,50		20	5,05/1,23		11	0,81/0,60	4,622	20	0,65/0,48	0,712
23-28 yaş	23	5,56/1,80		16	4,50/0,81		23	0,47/0,66	0,099	16	0,56/0,62	0,7
29 yaş ve üstü	6	6,83/1,16	4,236	4	5,25/1,50	3,199	6	1,00/0,63		4	0,75/0,50	
Öğrenim süresi			MW/P			MW/P			MW/P			MW/P
5-8 yıl	21	6,66/1,49	114	32	5,03/1,06	72,5	21	0,76/0,62	156,5	32	0,65/0,54	110
9 yıl ve üstü	19	5,36/1,70	0,0019	8	4,12/1,12	0,051	19	0,52/0,69	0,198	8	0,50/0,53	0,481
Sosyal güvencesi												
Var	36	6,00/1,81	4,244	37	4,73/1,01	6,703	36	0,71/0,61	3,004	37	0,50/0,50	6,861
Yok	4	7,50/0,57	0,374	3	5,66/0,57	0,082	4	0,75/0,50	0,557	3	0,66/0,57	0,076
Aylık geliri												
1000 TL altı	18	6,44/1,82	149	33	4,87/1,19	106,5	18	0,83/0,70	147	33	0,66/0,54	90
1000 TL ve üstü	22	5,77/1,7	0,176	7	4,71/0,7	0,739	22	0,50/0,59	0,125	7	0,42/0,53	0,293

\*KW: Kruskal Wallis H-testi ile bulunan p değeridir.

\*MW: Mann Whitney-u testi ile bulunan p değeridir.

I. ve II. ÇG annelerin, ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=114,000$ ;  $p=0,019<0,05$ ). 5-8 yıl eğitim düzeyine sahip I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $x=6,667$ ), 9 yıl ve üstü eğitim düzeyine sahip I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $x=5,368$ ) yüksek bulunmuştur.

I. ÇG annelerinin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

I. ve II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). I. ve II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.7. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Gebelik Süresindeki Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	1.gün						5.gün					
	I.ÇG			II. ÇG			I. ÇG			II. ÇG		
	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±SS	MW/p
Gebelik süresince sigara kullanma												
Evet	4	6,75±1,25	53/0,385	2	5,50±0,70	22/0,302	4	0,75±0,50	62/0,618	2	0±0	14/0,085
Hayır	36	5,97±1,74		38	4,81±1,13		36	0,63±0,68		38	0,65±0,53	
Gebelik sonrasında sigara kullanma												
Evet	6	6,83±1,16	70/0,219	3	5,66±0,57	26/0,116	6	0,50±0,54	90/0,615	3	0,33±0,57	39/0,327
Hayır	34	5,91±1,76		37	4,78±1,13		34	0,67±0,68		37	0,64±0,53	

\*MW: Mann Whitney-u testi ile bulunan p değeridir.

I. ve II.ÇG annelerin ilk gün ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının gebelik süresince sigara kullanıp kullanmama durumu ve gebelik sonrası sigara kullanma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.8. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Doğum Eylemi ve Yenidoğanlara İlişkin Özelliklerine göre Dağılımı

Değişkenler	1.gün						5.gün					
	I. ÇG			II.ÇG			I. ÇG			II.ÇG		
	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±ss	MW/p	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±ss	MW/p
Travay süresi												
1-3 saat	28	5,64±1,68		12	4,91±1,24		28	0,57±0,63	134/0,26	12	1±0,426	
4-6 saat	12	7/1,41	89/0,018	13	4,38±0,76		12	0,83±0,7	7	13	0,46±0,	
7 saat ve üstü	0	0	0	15	5,20±1,20	4,034/0,133	0	0	0	15	51	7,944/0,019
Doğumun 2.devresinin süresi			KW/p			KW/p			KW/p			KW/p
25 ve daha az dak.	29	5,79±1,82	109/0,12	26	4,46±0,94		29	0,75±0,68	110,5/0,	26	0,57±0,	
25 dak. fazla	11	6,72±1,19	1	14	5,57±1,08	84/0,004	11	0,36±0,50	101	14	0,71±0,	162,500/0,522
Yenidoğan ağırlığı			MW/p			MW/p			MW/p			MW/p
2500-2800 gr	9	5,44±2,50		10	4,400±0,8		9	0,778±0,6		10	0,60±0,	
2801-3800 gr	24	6,29±1,45		17	4,588±1,0		24	,708±0,69		17	0,47±0,	
3801 gr ve üstü	7	6,00±1,29	1,042/0,	13	,539±1,19	6,330/0,042	7	0,286±0,4	2,712/0,	13	0,84±0,	3,299/0,192
Yenidoğanın baş çevresi												
31-34 cm	24	5,75±1,7		19	4,42±0,83		24	0,70±0,62		19	0,47±0,	
34-38 cm	16	6,50±1,59	144,0/0,	21	5,23±1,22	121,500/0,0	16	0,56±0,72	164,0/0,	21	0,76±0,	147,0/0,100

\* Mann Whitney-u testi ile bulunan p değeridir.

\*KW: Kruskal wallis- h testi ile bulunan p değeridir.

\*MW:

I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının travay süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=89,000;  $p=0,018<0,05$ ). Travay süresi 1-3 saat olan I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $x=5,643$ ), travay süresi 4-6 saat olan I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $x=7,000$ ) düşük bulunmuştur. I. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının travay süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının travay süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının travay süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=7,944;  $p=0,019<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; travay süresi 1-3 saat olan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ( $1,000 \pm 0,426$ ), travay süresi 4-6 saat olan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanlarından ( $0,462 \pm 0,519$ ) yüksek bulunmuştur. Travay süresi 1-3 saat olan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ( $1,000\pm 0,426$ ), travay süresi 7 saat ve üstü olan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanlarından ( $0,467\pm 0,516$ ) yüksek bulunmuştur.

I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının eylemin 2.devresinin devam etme süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının eylemin



2.devresinin devam etme süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=84,000;  $p=0,004<0,05$ ). Eylemin 2. devresinin devam etme süresi 25 ve daha az dakika olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $x=4,462$ ), eylemin 2. devresinin devam etme süresi 25 dakikadan fazla olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $x=5,571$ ) düşük bulunmuştur.

II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının eylemin 2. devresinin devam etme süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının bebeğin kilosu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının bebeğin kilosu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=6,330;  $p=0,042<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; bebeğinin kilosu 3801 gr ve üstü olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $5,539\pm 1,198$ ), bebeğinin kilosu 2500-2800 gr olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $4,400\pm 0,843$ ) yüksek bulunmuştur. Bebeğinin kilosu 3801 gr ve üstü olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $5,539\pm 1,198$ ), bebeğinin kilosu 2800-3800 gr olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $4,588 \pm 1,004$ ) yüksek bulunmuştur. II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının bebeğin kilosu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının bebeğin baş çevresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının bebeğin baş çevresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=121,500$ ;  $p=0,028<0,05$ ). Bebeğinin baş çevresi 31-34 cm olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $\bar{x}=4,421$ ), bebeğinin baş çevresi 35-38 cm olan II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $\bar{x}=5,238$ ) düşük bulunmuştur. II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının bebeğin baş çevresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.9. REEDA Skalası Puanlarının Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	1.gün						5.gün					
	I. ÇG			II. ÇG			I. ÇG			II. ÇG		
	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±SS	MW/p	n	Ort±SS	MW/p
Yüksek Ateş												
Evet(37°C üstü)	3	8,66±0,57		2	5,50±2,12		3		12,50	2	0,50±0,70	33,500/0,747
Hayır	37	5,83±1,59	3,000/0,006	38	4,81±1,08	29,500/0,584	37	1,66±0,57	/0,01	38	0,63±0,54	
Günlük aldığı sıvı miktarı												
2-8 su bardağı	13	6,46±1,80		17	5,05±1,19		13		170,5	17	0,58±0,50	186,500/0,776
9-12 su bardağı	27	5,85±1,65	137,500/0,265	13	4,69±1,06	174,500/0,551	27	0,69±0,75	00/0,873	13	0,65±0,57	
Günlük ortalama uyku süresi (saat)												
8 saatten az	15	6,26±1,62		17	5,00±1,27		15		179,5	17	0,82±0,52	134,000/0,051
8 ve daha fazla	25	5,92±1,7	162,500/0,478	23	4,73±1,01	182,500/0,712	25	0,66±0,61	00/0,805	23	0,47±0,51	

\*MW:

\*Man Whitney-u testi ile bulunan p değeridir.

I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının ateşinin olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=3,000$ ;  $p=0,006<0,05$ ). Ateşi olan I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ( $x=8,667$ ), ateşi olmayan I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanlarından ( $x=5,838$ ) yüksek bulunmuştur. I. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının ateşinin olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=12,500$ ;  $p=0,015<0,05$ ). Ateşi olan I. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ( $x=1,667$ ), ateşi olmayan I. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanlarından ( $x=0,568$ ) yüksek bulunmuştur.

II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının ateşinin olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

I. ve II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının günde ortalama içtiği sıvı miktarı ve günde uyuduğu uyku süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.10. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	1.gün						5.gün					
	I.ÇG			II. ÇG			I.ÇG			II.ÇG		
	n	Ort±SS	MW/P	n	Ort±SS	MW/P	n	Ort±SS	MW/P	n	Ort±SS	MW/P
Banyo yapma şekli												
Oturarak	11	6,54±1,44	121,000/0,23	20	5,10±1,16	156,000/0,21	11	0,72±0,46		20	0,80±0,52	135,500/0
Ayakta	29	5,86±1,78	7	20	4,60±1,04	6	29	0,62±0,72	136,500/0,441	20	0,45±0,51	,043
Tuvaletten önce elini yıkayan												
Evet	26	5,92±1,85	160,500/0,53	11	4,45±1,21	121,000/0,22	26	0,65±0,68		11	0,36±0,50	105,500/0,058
Hayır	14	6,28±1,43	6	29	5,00±1,06	6	14	0,64±0,63	181,000/0,975	29	0,72±0,52	
Kullandığı tuvalet tipi												
Alaturka	36	6,0±1,7		37	4,83±1,09		36	0,69±0,66	46,000/0,195	37	0,62±0,54	52,500/0,858
Alafranga	4	6,50±1,91	58,500/0,537	3	5,00±1,73	46,500/0,631	4	0,25±0,0		3	0,66±0,57	
Tuvalet sonu genital temizlik şekli												
Önden Arkaya	34	6,05±1,77		33	4,90±1,12		34	0,61±0,69		33	0,60±0,55	3,150/0,207
Arkadan Öne	4	5,25±0,95		4	5,00±1,15		4	0,75±0,50		4	1,00±0,00	
Rastgele	2	7,50±0,70	2,89/0,23	3	4,00±1,00	1,890/0,389	2	1,00±0	1,253/0,534	3	0,33±0,57	
Genital Bölgeyi her tuvalet sonrası yıkayan												
Evet	35	6,02±1,77		32	4,81±1,09	115,500/0,661	35	0,65±0,68		32	0,53±0,50	75,500/0,040
Hayır	5	6,20±1,30	85,000/0,917	8	5,00±1,30		5	0,60±0,54	86,500±0,964	8	1,00±0,53	
Tuvalet sonrası elini yıkayan												
Evet	36	5,94±1,65		37	4,83±1,14	49,500/0,749	36	0,61±0,64		37	0,62±0,54	52,500/0,858
Hayır	4	7,000±2,160	46,000/0,234	3	5,00±1,00		4	1,00±0,81	51,000/0,295	3	0,66±0,57	
Çamaşır Değişirme Sıklığı												
Günde 1 kez	35	6,05±1,7		37	4,78±1,11		35	0,68±0,67		37	0,64±0,53	39,000/0,327
2 Günde bir	5	6,0±1,5	84,500/0,901	3	5,66±0,57	26,000/0,116	5	0,40±0,54	68,500/0,390	3	0,33±0,57	

I. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru, beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının banyoyu yapma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının banyo yapma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=135,500$ ;  $p=0,043<0,05$ ). Oturarak banyo yapan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ( $x=0,800$ ), ayakta banyo yapan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanlarından ( $x=0,450$ ) yüksek bulunmuştur. II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının banyo yapma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). I. ve II. ÇG annelerin ilk ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının tuvaletten önce ellerini yıkayıp yıkamama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). I. ve II. ÇG annelerin ilk gün ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının kullandığı tuvalet tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

I. ve II. ÇG annelerin ilk gün ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının tuvaletten sonra bölge temizliğini yapma şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). I. ÇG annelerin ilk ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının her tuvalet ihtiyacını gördükten sonra genital bölgeyi yıkayıp yıkamama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru

puanları ortalamalarının her tuvalet ihtiyacını giderdikten sonra genital bölgeyi yıkayıp yıkamama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=75,500$ ;  $p=0,040<0,05$ ). Her tuvalet ihtiyacını giderdikten sonra genital bölgeyi yıkayan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanları ( $x=0,531$ ), her tuvalet ihtiyacını gördükten sonra genital bölgeyi yıkamayan II. ÇG annelerin beşinci gün REEDA skoru puanlarından ( $x=1,000$ ) düşük bulunmuştur.

II. ÇG annelerin ilk gün REEDA skoru puanları ortalamalarının her tuvalet ihtiyacını giderdikten sonra genital bölgeyi yıkayıp yıkamama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). I. ve II. ÇG annelerin ilk ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının çamaşırlarını değiştirme sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). I. ve II. ÇG annelerin ilk gün ve beşinci gün REEDA skoru puanları ortalamalarının tuvaletten sonra ellerini yıkayıp yıkamama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır. Günümüzde özellikle fetal ve maternal stres varlığında epizyotomi uygulanması konusunda görüş birliğine varılmıştır. Ayrıca ciddi perineal laserasyon riski olduğu zaman sağlıklı bir doğum için daha geniş bir çıkım alanına ihtiyaç duyulduğunda vakum, forseps gibi diğer operatif doğum uygulamaları epizyotomi sırasında uygulanmaktadır (6).

Vakilian ve ark.'nın belirttiğine göre İran'da antenatal bakım almayan ve perineal masaj programlarına katılmayan primiparlarda rutin olarak uygulanmakta iken; multiparlarda tıbbi endikasyona bağlı uygulanmaktadır (23). Duran ve ark.'nın çalışmalarında belirttiğine göre; Doğu Avrupa ülkelerinde epizyotomi neredeyse doğumların tamamına uygulanmakta iken, Çin'de %85'ine, Almanya'da %77'sine, Güney Afrika'da 3 kadından 1'ine epizyotomi uygulanmaktadır. Ülkemizde meydana gelen tüm doğumların %65'ine, primiparların %90'ına epizyotomi uygulandığı belirtilmektedir (20). Çalışmanın yapıldığı hastanede epizyotomi, primiparlarda rutin olarak uygulanmakta iken; multiparlarda endikasyon durumlarında uygulanmaktadır.

Kanada'da topikal sprey, buz paketi uygulanmaktadır. Asetomifen alması önerilmekte, kegel egzersizi, perine bakımı gibi eğitimlerden sonra normal doğum yapmış kadınlar taburcu edilmektedir (5). Vakilian ve ark.'nın belirttiğine göre; İran'da povidone iyodine ameliyatlarda ve yara iyileştirmesinde geniş bir şekilde kullanılmaktadır. Bütün ebeler ve doğum uzmanları doğum sonu bakımı için povidone iyodine uygulamaktadır. İran'da da, Türkiye'de de, povidone iyodinenin yan etkilerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır (23).

Türkiye'de epizyotomi bakımı için standart bir uygulama henüz bulunmamaktadır. Povidone iyodone, salvon, SF ya da sadece su ile epizyo bölgesinin pansumanı, hekimden hekime, kurumdan kuruma ve bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Ayrıca ağrı kesici haplar veya sprey türü ilaçlar kullanılabilir. (41). Alm ve ark. (25) yaptıkları bir çalışmada epizyotomi yaralarında serum fizyolojikle bakımın yara iyileşme sürecini, diğer uygulamalara göre hızlandırdığını bulmuşlardır.



Toker (19) çalışmasında ise; epizyotomi bakımını su ve povidone iyodine ile yapmış, beşinci günde kızarıklık sorunun povidone iyodine kullanan grupta daha fazla olduğunu, onbeş ve yirminci günlerde iki yöntem arasında fark olmadığını tesbit etmiştir. Çalışmasında rutin yara temizlenmesinde; epitelizasyonu geciktirerek yaranın iyileşme sürecini uzattığı nedeniyle povidone iyodine, asetik asit, hidrojen peroksit ve hipoklorit gibi sitotoksik ajanların kullanılmamasını önermektedir. Rashidi ve ark. (22) yaptığı bir çalışmada yenidoğum yapmış kadınlarda povidone iyodine ve phetoin kremi karşılaştırmıştır. Pheytoin sodyum kremi ve plasebo epizyotomi ağrılarını hafifletmekte, povidone iyodine göre daha etkili olduğunu saptamışlardır. Rashidi'nin çalışmasında belirttiği Cooper göstermektedir ki 1/20 oranında povidone iyodine; fibroblast keratiroit tahribatına neden olmakta ve lenfositleri engellemekte; sonuç olarak iyileşmeleri geciktirmekte ve kalıcı ağrılara neden olmaktadır (22).

Vakilian ve ark. (23) yaptığı bir çalışmada lavanta yağı ve povidone iyodinenin yara yeri iyileşmesine etkilerini incelemişlerdir. Bu çalışma rastgele seçilen primipar, kronik hastalığı olmayan, vajinal doğum yapmış 120 kadın üzerinde yürütülmüştür. Doğum sonu 10. günde değerlendirilen çalışmanın sonucuna göre; epizyotomi yarası için povidone iyodine göre lavanta yağı uygulamasının yara yeri iyileşmesinde daha etkili olduğu saptanmıştır.

Rashidi ve ark'nın belirttiğine göre Amerika'da iodofor grubu %10'luk povidone iyodine en yaygın kullanılan antiseptik solüsyondur. Gebeliğinde ve doğum sonu ilk hafta povidone iyodine ile vajinal duş uygulayan ve bebeğini anne sütü ile besleyen annenin, bebeğinde sinüs taşikardisi ve kanda total serbest T4 seviyesinin arttığı, ancak hipotirodizm ile ilgili bir belirti olmadığı saptanmıştır. Ayrıca povidone iyodine ile vajinal duş uygulamasına bırakıldıktan 2 ay sonra bebeğin vücut fonksiyonlarının ve tiroit düzeyinin normal düzeye geldiği belirlenmiş ve perinatal dönemde povidone iyodine kullanılmaması önerilmiştir. Aynı çalışmada doğum öncesi dönem bakımlarında iyot bileşiği kullanan kadınların ve bebeklerinin idrar iyot düzeyi ölçülmüş ve iyot düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bebeklerin kord kandaki iyot düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu düzeylerin postpartum 4. güne kadar sürdüğü saptanmıştır. Aynı zamanda bu düzey, povidone iyodine kullanan annelerin sütüyle beslenen bebeklerde, mama ile beslenen bebeklerden daha yüksek bulunmuştur (22). Bu çalışmalar bizim çalışmamızla doğrudan ilişkisi olmamakla birlikte yaygın olarak perine

bakımında kullanılan antiseptik solüsyonların sadece anne üzerinde olumsuz etki yapmadığı, doğacak ve doğmuş bebeklerinde sağlığında olumsuz etkileyebildiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Ülkemizde povidone iyodine perinatal dönemde sık kullanılan bir antiseptik solüsyondur. Bu nedenle perinatal dönemde antiseptik kullanımının hem anne hemde bebeğe etkilerini belirleyebilmek için daha fazla ve geniş çaplı araştırmalara gereksinim vardır. Yaranın temizlenmesi, inflamatuvar materyalin, ölü dokunun uzaklaştırılması nedeniyle yapıldığı için irrigasyonun sadece izotonik solüsyon ile yapılmasının yeterli olduğu ifade edilmektedir. Buna gerekçe olarak povidone iyodine gibi antiseptik solüsyonların fibroblastlar ve epitel hücrelere sitotoksik ve tahriş edici etki yapacağı ve doku onarımını geciktireceği düşüncesi öne sürülmüştür (22,23,75,79). Durmaz (90) çalışmasında annelerin epizyotomi bölgesine povidone iyodine ile bakım yapmasının yara iyileşme sürecini etkilemediğini saptamıştır. Dereli ve ark. (91) yaptığı bir çalışmada epizyotomi bakımında SF ve rivanolün iyileşme sürecine etkisini incelemişlerdir. Vajinal doğum yapan 60 primipar üzerinde REEDA Skalası kullanılmıştır. Epizyotomi iyileşme sürecinde 2 grup arasında SF lehine fark saptamışlardır. Ağrı bakımında da VAS Skalası ile 21 günde SF grubunda fark saptamışlardır. Sleep ve Grant (92) 1800 kadının dahil olduğu çalışmalarında serum fizyolojik, salvon ve hiç bir ürün kullanılmadan yapılan perine bakımında yara iyileşmesini değerlendirdikleri çalışmalarında 3 grupta da yara iyileşmesi benzer bulunmuştur. Epizyotomi yarasının iyileşmesinde kızarıklık ve yara uçlarının yaklaşması yönünden gruplar arasında fark bulunamamıştır.

Araştırmamızda I. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanları, II. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanlarından yüksektir. Yani doğum sonu 1. gün normal su ile epizyotomi bakımı yapanların yara iyileşme süreci, epizyotomi bakımını povidone iyodine ile yapanlara göre daha hızlı olmaktadır. Bunun nedeni olarak ilk gün povidone iyodinenin epitel hücrelerine sitotoksik ve tahriş edici etki yapabileceği, buna bağlı olarak doku onarımını geciktirebileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan I. ve II. ÇG annelerin 5.gün REEDA skalası yara iyileşmesi puanları ortamları arası fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuca göre yara iyileşmesi 5. gün her iki grupta da aynı düzeydedir. Doğum sonu 5. günde epizyo bakımını normal su ile yapan II. ÇG annelerin yara iyileşme süreci ile, epizyo bakımını povidone iyodine ile

yapan I. ÇG annelerin yara iyileşme süreci arasında fark yoktur. Bu sonuçlar normal suyun, epizyotomi bakımında kullanılabilceğini göstermesi bakımından önemlidir.

Bilindiği gibi sağlık hizmetlerinin kullanımını kişilerin eğitim düzeylerini etkilemektedir. Durmaz'ın (90) belirttiği gibi Akın ve Mıhçıokur çalışmasında öğrenim düzeyi düşük olan kadınların diğerlerine göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır. Ergin ve ark. (93) çalışmalarında öğrenim düzeyi düşük olan kadınların sağlıksız koşullarda doğum yaptığını belirlemişlerdir. Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında eşler çok belirleyici bir konumdadır. Bu nedenle eşlerin öğrenim durumlarında çok önemlidir. Ege (94) çalışmasında, annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe GHDE'den aldıkları puan ortalamasının yükseldiğini saptamıştır.

Çalışmamızda I. ÇG annelerin eğitim süreleri arttıkça, 5. gün RSYİ puanları azalmaktadır. Bu sonuç göstermektedir ki; I. ÇG annelerinin eğitim düzeylerinin yüksek olması, yara yeri iyileşmesini olumlu etkilemektedir. II. ÇG annelerin eğitim durumları ile RSYİ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç; II. ÇG annelerin büyük çoğunluğunun (32) 5-8 yıl öğrenim görmesi ve örneklem büyüklüğü (II. ÇG n=40) göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Sosyal güvencenin olması, sağlık hizmeti kullanım olanaklarını artırmaktadır.

Çalışmamızda I. ve II. ÇG annelerin sosyal güvence durumlarının 1. ve 5. gün RSYİ puanını etkilemediği saptanmıştır. Sosyal güvence ile yara iyileşmesi kontrolü daha geniş örneklemlerle çalışmaları araştırılmalıdır. Durmaz (90) çalışmasında aylık gelir azaldıkça 5. ve 15. gün RSYİ puanının arttığını ve bunun da yara iyileşmesini geciktirdiğini bildirmiştir.

Çalışmamızda aylık gelire I. ve II. ÇG annelerde 1. ve 5. gün RSYİ puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuca göre I. ve II. ÇG annelerin aylık geliri 1000 TL ve üstü ile 1000 TL'nin altı olan anneler arasında yara iyileşmesi bakımından farklılık bulunmamıştır. Bunun da I. ve II. ÇG annelerin aylık gelir ortalamasının yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. (I. ÇG±1092; II. ÇG ± 836) Aylık gelir daha geniş örneklemlerle çalışmalarda araştırılmalıdır. Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastları bozabilmektedir. Sigaranın etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T- lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Nikotin adrenal kotekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olmakta, vazodilatasyon etkisini göstererek prostosiklinin üretimini inhibe ederek

dokuların beslenmesini baskılamakta ve hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltmaktadır (19,94).

Çalışmamızda; I. ve II. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları ile gebelik sürecince ve gebelik sonrasında sigara kullanma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Dolayısıyla gebelik sürecince ve sonrasında sigara kullanmak, I. ve II. ÇG annelerde yara iyileşmesinde gecikmeye neden olmamıştır. Sigaranın yara iyileşmesi üzerine etkileri göz önüne alındığında sigara kullanan annelerde epizyotomi yara iyileşmesinde gecikme olmamasının nedeninin; çalışmaya dahil edilen I. ve II. ÇG annelerin sigara kullanım oranının çok az olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Nursal ve ark. (84) çalışmalarında yaş artışı ile yara iyileşmesi sürecinde olumsuz yönde değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir. Yara iyileşmesinin enflamasyon aşamasında, yaşlıların yara bölgesinde makrofaj ve lenfosit göçünde gecikme olduğunu, dolayısıyla, yaradaki enfeksiyona karşı direnç ve doku yıkım artıklarının temizlenmesinde azalma olacağını rapor etmiştir. Çalışmamızda, I. ve II. ÇG annelerin yaşları ile 1. ve 5. günlerde REEDA Skalası yara iyileşme puanı arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda her iki gruptaki annelerin çoğunluğunun biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uygun olan çocuk doğurma yaşında ( I. ÇG  $\pm 24,3$ , II. ÇG  $23 \pm 3$ ) oldukları görülmektedir. Bu nedenle yaş, epizyotomi yara iyileşmesini etkileyen bir faktör olarak saptanmamıştır. Ülkemizde kadınların okur yazarlık oranı %76,9'dan %80,4'e ulaşmıştır. Ancak halen Türkiye'de okur yazar olmayanların %75,5'ini kadınlar oluşturmaktadır (95).

Travay süresinin uzaması, epizyotomi iyileşmesini etkileyebilecek faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Normal primiparlar için beklenen travay süresi 14-18 saat, multiparlar da 12-16 saattir (6). Travay süresi 1-3 saat olan I. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanları, travay süresi 4-6 saat olan I. ÇG annelerin puanından daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre travay süresi az olan I. ÇG annelerin yara iyileşmesi daha hızlıdır. I. ÇG annelerin 5. gün RSYİ puanları travay süresi değişkenine göre anlamlı bulunmamıştır. Travay süresi 1-3 saat olan II. ÇG annelerin, 5. gün RSYİ puanı, travay süresi 4-6 saat ve 7 saat ve üstü olan annelerin puanından yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre travay süresi kısa olan II. ÇG annelerin 5. gün yara iyileşmesinin daha geç olduğu saptanmıştır. Travay süresi epizyotomi yara iyileşmesini etkilemektedir. Doğum

eyleminin 2. devresinin uzamasının epizyotomi yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran çalışmaya ulaşamamıştır.

Çalışmamızda I. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları ortalamalarının eylemin 2. devresinin devam etme süresi değişkenine göre farkı anlamsız bulunmuştur. II. ÇG annelerin, eylemin 2. devresi devam etme süresi 25 dak. ve daha az olan annelerin 1.gün RSYİ puanı, 25 dak ve daha fazla olan annelere göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre eylemin 1. devresi daha kısa olan II. ÇG annelerin yara iyileşmesi daha hızlıdır. II. ÇG annelerin 5. gün RSYİ puanları ile eylemin 2. devre süresi değişkeni arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Buna göre, 5. gün RSYİ puanları ve eylemin 2. devre süresinin II. ÇG annelerinin yara iyileşmesine etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Literatürde perineal travma oluşumunda bebeğin doğum kilosunun etkili olduğu, iri bebeğin (3801 gr üstü) doğum eyleminin 2. evresini uzattığı ve pudental hasarı artırabileceği ifade edilmektedir (67). Üstünsöz (9) çalışmasında yenidoğanın ağırlığının epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini saptamıştır.

Çalışmamızda I. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları ile bebeğin kilo değişkeni arasında fark anlamlı bulunmazken; II. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanları ile bebeğin kilosu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bebeğin kilosu 3801 gr ve üstü olan II. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanları, 2500-2800 gr olan annelerin bebeklerine göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuç; II. ÇG annelerin bebeklerinin kilosu arttıkça, yara iyileşmesinin daha yavaş olduğunu göstermektedir. II. ÇG annelerin 5. gün RSYİ puanları ile bebek kilosu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. II. ÇG annelerin bebeğinin kilosu yara iyileşmesini etkilemektedir. Doğacak bebeğin iri olması, annenin perine bölgesinde travma oluşma riskini artırdığından epizyotomi endikasyonları arasında yer almamaktadır. Bebeğin iri olup olmadığı kararı için, baş çevresi ölçümü çok önemlidir. Üstünsöz (9) çalışmasında baş çevresinin yara iyileşmesini etkilemediğini bildirmiştir.

Araştırmamızda I. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları ile bebeğin baş çevresi arasındaki fark anlamlı çıkmazken, II. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanlarına göre baş çevresi anlamlı bulunmuştur. Bebeğin baş çevresi 31-34 cm olan II. ÇG annelerin 1. gün RSYİ puanları, baş çevresi 35-38 cm olan annelerin RSYİ puanlarından düşük bulunmuştur. Bu sonuç; yenidoğanın baş çevresi arttıkça, yara

iyileşmesini geciktirdiğini göstermektedir. II. ÇG annelerin bebeklerinin baş çevresi yara iyileşmesi sürecini etkilemektedir.

Epizyotomili annelerde yüksek ateş gelişme durumları incelendiğinde; Yılmaz çalışmasında (96) annelerin tümünün teşlerinin normal sınırdan olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda I. ÇG annelerin 1. gün ve 5. gün RSYİ puanları ortalamalarının, ateşin olup olmama durumu değişkenine göre farkı anlamlı bulunmuştur. Ateşi olan I. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanı, ateşi olmayan annelere göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre; I. ÇG annelerin ateş yakınması yara yeri iyileşmesini geciktirmektedir. II. ÇG annelerin 1. ve 5. Gün RSYİ puanları ile yüksek ateş değişkeni arasında fark anlamlı bulunmamıştır.

Normal olarak bir insanın günlük alması gereken sıvı miktarı 1,5-2 litredir. Durmaz'ın (90) çalışmasında günlük alınan sıvı miktarı arttıkça, epizyotomi yara iyileşmesinin hızlandığını bildirmiştir. Çalışmamızda I. ve II. ÇG annelerin günlük aldığı sıvı ile yara iyileşmesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Günlük alınan sıvı miktarının, I. ve II. ÇG annelerin yara iyileşmesi üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Doğum eyleminin yarattığı anksiyete ve yorgunluğu gidermek için annenin loğusalık döneminde yeterince uyuması ve dinlenmesi gerekmektedir. Ancak loğusalığın ilk haftalarında yorgunluk, ağrı ve bebeğin sık aralıklarla beslenmesi nedeniyle annelerin yaklaşık %80'i 8 saatten az uyumaktadır. Durmaz (90) çalışmasında ortalama uyku süresi arttıkça, yara iyileşmesinin hızlandığını bildirmiştir. Çalışmamızda I. ve II. ÇG annelerin günlük ortalama uyku süresi ile RSYİ puanları arasında ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bizim sonucumuza göre; ortalama uyku süresinin yara iyileşmesine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda ayakta duş alınması ile I. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları arasında fark anlamlı bulunmaz iken; II. ÇG annelerin 5. gün RSYİ puanlarının azaldığı saptanmıştır. Bu durum ayakta duş şeklinde banyo yapmanın II. ÇG annelerin epizyotomi yara iyileşmesi sürecini kısalttığını ve yara iyileşmesini hızlandığını göstermektedir. Epizyotomili annelerin banyo yapma şekilleri yara iyileşmesini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır. Özellikle oturarak banyo yapmak, yara bölgesinde ağrı ve ödeme yol açarak iyileşme sürecini geciktirebilir (19). Ayrıca oturmak, yara bölgesinin oturulan zemine teması ile yaranın bakteri ve virüs gibi

mikroorganizmalarla kontaminasyonuna neden olmaktadır. Bu yüzden banyonun ayakta duş şeklinde yapılması vurgulanmalıdır.

Çalışmamızda I. ve II. ÇG annelerin kullandığı tuvalet tipinin annelerde 1. ve 5. gün RSYİ puanını, dolayısıyla iyileşme sürecini etkilemediği belirlenmiştir. Alaturka tipi tuvalet kullanımının, epizyo yarası üzerinde ağrı ve ödeme yol açarak iyileşme sürecini uzattığı ifade edilmektedir (90). İyileşme sürecinin enflamasyon ve eksuda oluşumu sırasında yarada bakteri bulunması veya bulaşması enfeksiyona yol açar. Durmaz'ın (90) çalışmasında genital temizliğin doğru yapılmasının epizyotomi yara iyileşmesini hızlandırdığını bildirmiştir.

Çalışmamızda I. ve II. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları ile genital temizliğin doğru yapılma şekli arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Genital temizliğin doğru yapılması ile yara iyileşmesi arasında ilişki bulunmamıştır. Mikroorganizmaların nemli ve oksijensiz ortamda daha çok üremesi nedeni ile yaranın temiz ve kuru tutulması gerektiği bildirilmektedir. Ayrıca kadınlarda üretra ve anüsün epizyotomi alanına yakın olması epizyo bölgesinde enfeksiyon gelişme riskini artırmaktadır (19,90). Yara dokusunun kuru olması hücre hareketlerine engel olmakta, aşırı nemli olması ise; hücreleri yara içinde hareket ettirerek, bakteriler için uygun bir ortam sağlamaktadır (19). Her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkama durumunun yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızda I. ÇG annelerin 1. ve 5. gün RSYİ puanları ortalamalarının tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkama durumları değişkenine göre fark anlamlı bulunmazken; tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkayan II. ÇG annelerin 5. gün RSYİ puanları düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre; genital bölgesini yıkayan II. ÇG annelerin, yara yeri iyileşmesi daha hızlı olduğu saptanmıştır. Pamuklu olmayan sıkı iç çamaşırları, perineal havalanmayı önlediği için nemli bir ortam oluşturarak mikroorganizmaların üremesine neden olan bir ortam oluşturmamaktadır (92). Durmaz'ın (90) çalışmasında pamuklu çamaşır kullanan annelerin RSYİ puanları daha az bulunmuştur.

Çalışmamızda I. ve II. ÇG annelerin 1. gün ve 5. gün RSYİ puanları ile pamuklu tip çamaşır kullanımı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda pamuklu çamaşır kullanmanın, yara iyileşmesine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmaya katılan annelerin

- I. ÇG annelerin yaş ortalaması 24,3+3,695 ve II. ÇG annelerin yaş ortalaması 23,025+3,965'dir.
- I. ÇG annelerin yarısı, II. ÇG annelerin dörtte üçü 5 ile 8 yıl arası eğitim görmüştür.
- I. ÇG annelerin yarısından fazlası, II. ÇG annelerin tamamına yakını ev hanımıdır.
- I. ÇG annelerin %10'unun, II. ÇG annelerin %7,5'inin sosyal güvencesi yoktur.
- I. ÇG annelerin aylık gelir ortalaması 1092+476,707 iken; II. ÇG annelerin aylık gelir ortalaması 836+381,291'dir.
- I. ÇG annelerin eşlerinin dörtte ikisi, II. ÇG annelerin eşlerinin dörtte biri memur olarak çalışmaktadır.
- I. ÇG annelerin eşlerinin tamamına yakını, II. ÇG annelerin eşinin hepsi 5 ile 8 yıl arası eğitim görmüştür.
- I. ÇG annelerin %10'u, II. ÇG annelerin ise %5'i gebelik sürecince sigara kullanmışlardır.
- I. ÇG annelerin travay süresi ortalaması 2,975+0,947 saat, II. ÇG annelerin travay süresi ortalaması ise; 5,575+2,51'saattir.
- I. ÇG annelerin eylemin 2. devresinin ortalaması 19,25+10,534 dak., II. ÇG annelerin eylemin 2. devresinin ortalaması 23,375+11,679 dakikadır.
- I. ÇG ve II. ÇG annelerin tamamına yakını gebeliğinde egzersiz yapmamıştır.
- I. ÇG annelerin yarısından fazlasında, II. ÇG annelerin de yarısında laserasyon yoktur.
- I. ÇG annelerin %7,5'inde, II. ÇG annelerin %5'inde doğum sonu yüksek ateş şikayeti vardır.
- I. ÇG annelerin %27,5'si, II. ÇG annelerin ise; yarısı oturarak banyo yapmaktadır.



- I. ÇG ve II. ÇG annelerin tamamına yakını alaturka tuvalet kullanmaktadır.
- I. ÇG ve II. ÇG annelerin tamamına yakını her tuvalet sonrası genital bölgesini yıkamaktadır.
- I. ÇG ve II. ÇG annelerin tamamına yakını pamuklu çamaşır kullanmaktadır.
- I. ÇG annelerin yarısından fazlası, II. ÇG annelerin de yarısı, günde 9-15 su bardağı sıvı almaktadır.
- I. ÇG annelerin yarısından fazlası, II. ÇG annelerin de yarısı günde sekiz saatten fazla uyumaktadır.
- Araştırma sonuçlarına göre I. ve II. ÇG anneler arasında epizyotomi yarasına iyileşme süreci bakımından fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuş, ancak doğum sonu 1. günde II. ÇG annelerin yara iyileşmesi (şebeke suyu kullanan), I. ÇG annelere (povidone iyodine kullanan) göre daha hızlı bulunmuştur. 5. ve 15. günlerde yara iyileşmesi bakımından iki grup arasında fark yoktur.

## **7. 6.2. Öneriler**

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum sonu epizyotomi bakımında, povidone iyodine kullanımı yerine, daha kolay ve ucuz temin edilebilen suyun tercih edilmesi konusunda hastane yönetimi ile işbirliği sağlanması,
- Doğum servislerinde çalışan ebelere, epizyotomi yara iyileşmesi ve perine bakımını içeren hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Araştırmayı desteklemesi açısından, araştırmanın daha büyük örneklem grubuna uygulanması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Botros SM, Abramov Y, Miller JR, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg RP.** The Effect of the Birth of the Sexual Function, *Obstetrics&Gynecology*, **2006**; 107 (4):183-184.
2. **Güner H, Öktem M.** Epizyotomi ve Taze Obstetrik Laserasyonların Tamiri. *Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi*. 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2005**: 1529-1535.
3. **Saymer FD, Demirci N.** Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği, *Hemşirelik Dergisi*, **200**; 1(60): 146-154.
4. **Raisanen S, Vehvilainen K, Heinonen S.** Need for and Consequences of Episiotomy in Vaginal Birth: A Critical Approach. *Midwifery* **2008**; 1-9.
5. **Varney H, Kriebs JM, Gegor CL.** *Varney's Midwifery*. 4th ed. Canada; Jones and Barlett Publishers, **2004**:1275-1293.
6. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 8. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2007**: 368-369.
7. **Goldman JC, Robinson JN.** The Role of Episiotomy in Current Obstetric. *Seminars in Perinatology* (Electronic Journal), **2003**; 27(1) : 3-12. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Erişim Tarihi:15.03.2012
8. **Nager CW, Helliwell JP.** Episiotomi Increases Perineal Laseration Length in Primiparous Women. *Am J Obstet Gynecol*, **2001**; 185:444-450.
9. **Üstünsöz A.** Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi. Yüksek lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1996**.
10. **Viswanathan M, Hartman K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Throp J.** Agency for Healthcare Research and Quality. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care : A Systematic Review , Evidence Report /Technology Assessment, **2005**; Number 112;1-11.
11. **Karaçam Z.** Normal Doğumlarda Yapılan Epizyotominin Yenidoğanın Apgar Skoruna Etkisi, *Hemşirelik Formu*, **2002**; 5(2):11-16.
12. **Butshe AM, Dyall A.,Garner P.** Routine Episiotomy in Developing Countries: Time To Change A Harmful Practise. *British Medical Journal*, **1998**: 316:1179-1180.
13. **Dönmez S, Sevil Ü.** Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; Cilt:2, Sayı:3.
14. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.2008**  
Erişim : <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa.2008/analizrapor.htm>. Erişim Tarihi : 20.07.2011
15. **Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Silifke Devlet Hastanesi 2012 yılı İstatistik Bildirim Değerlendirilmesi.** Erişim Tarihi: 15.02.2013
16. **Şahin NH, Yıldırım G, Aslan E.** Evaluating the Second Stages of Deliveries Maternity Hospital. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **2007**;17 (1) :37-43.
17. **Karaçam Z, Eroğlu K.** Effects of Episiotomy on Bonding and Mother's Health. *J.Adu. Nur*, **2003**; 43 (4): 384-394.

18. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2008 yılı İkinci Altı Aylık Geri bildirim Değerlendirilmesi.  
Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/kronik2003geribildirim/.GNMD.2008YILI2.6ayl.yorumu.doc>. Erişim Tarihi: 26.05.2011.
19. **Toker Z.** Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2004**.
20. **Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N.** Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği Üzerine Prospektif Bir Randomize Çalışma. *T Klin Jineköl Obst*, **2007**, 12(1):16-19.
21. **Hoda Azim M, Nahed Saied N.** Effect of Self Perineal Care Instructions on Episiotomy Pain and Wound Healing of Poatpartum Women, *Journal of American Science*, **2012**, 8(6).
22. **Rashidi F, Sehhati F, Ghojzadeh M, Javadzadehü Haghsaie M.** The Effect of Phetoin Cream in Comparison with Betadine Solution on Episiotomy Pain of Primiparous Women, *Journal of caring science*, **2012**;112 :61-65.
23. **Vakilian K, Atarha M, Bekhradi R, Choman R.** Healing advantages of lavender essential oil during episiotomy recovery : *A Clinical Trial*, **2011**; 17:50-53.
24. **Leeman L, Spearman M, Rogers R.** Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *American Family Physician*, **2003**; 68 (8)1585-1590.
25. **Alm A, Hornmark AM, Fall PA, Linder L, Bergstrand B, Ehrnebo M, et al.** Care of pressure sores: A controlled study of the use of A Hydrocolloid Dressing Compared with wet saline gauze compresses. *Acta Derm Venereol Supp*, **1989**; 149; 1-10.
26. **Kurtuldu İ.** Epizyotomi İnsizyonunun İyileşmesinde Termik Ajanların Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. **1988**.
27. **Howden NL, Weber AM, Meyn LA.** Episiotomy Use Among Residents and Faculty Compared With Private Practitioners. *American Collage of Obstetricians and Gynecologists*, **2004**; 103(1) :114-118.
28. **Althabe F, Belizan JM, Bergel E.** Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America : Hospital Based Descriptive Study. *British Medical Journal* **2002**;324:945-946
29. **Weber AM, Meyn L.** Episiotomy Use in the United States 1979- 1997. *American Collage of Obstetricians and Gynecologist (Electronic Journal)*, 2002;100 (6) 1177-1182. Erişim: <http://www.greenjournal.org/cgi/reprint/100/6/1177>.
30. **Cleary J, Goldman J, Robinson JN.** The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin Perinatol*, **2003**; 27:3-12.
31. Report of a Technical Working Group. Safe Motherhood. Erişim: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM\\_96\\_24/care\\_in\\_normal\\_birth\\_practical\\_guide.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf). Erişim tarihi : 14.02.2012.
32. Methods and materials used in perineal repair.  
Erişim :[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=7678](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7678), Erişim Tarihi 16.03.2012.

33. **Shorten A, Shorten B.** Women's Choice. The Impact of Private Health Insurance on Episiotomy Rates in Australian Hospitals. *Midwifery*, **2000**;16:204-212 Erişim: [http://www.sciencedirect.com/science\\_orig=search&sort](http://www.sciencedirect.com/science_orig=search&sort).
34. **Qian X, Smith H, Zhou L, Garrner P.** Evidence –Based Obstetrics in four hospitals in China : An Observational Study to Explore Clinical Practise,Womens Preferences and Providers views, **2001**;(1).
35. **Brown H, Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Smith H, Garner P.** Promoting childbirth companions in South Africa; A Randomize Pilot Study Erişim : <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7>. Erişim tarihi:13.02.2012.
36. **Graham JD, Carroli, Davies C, Medves JM.** Episiotomy Rates Around the World, **2005**: Anupdate, Birth, September 32(3) : 219-223.
37. **Chasles WS, Merkitch KW.** **2001.** Episiotomy Rate: <http://www.gundluth.org/?id=1485&sid=1> Erişim Tarihi: 20.02.2011.
38. **Cooper DM.** Optimizing Wound Healing. A Practice Within Nursing Clinics of Nort America Doman, **1990**; 25(1) ; 165-179.
39. **Kelekeci S, Savan K, Yaşar L, Sönmez S, Şahin L, Şentürk A.** Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*. **2002**;10 (4)331-336.
40. **Zlatnik FJ.** Normal Doğum Eylemi ve Doğum. *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*. 7. Baskı , İstanbul: Yüce Yayınevi, *Educ*, **1997**; 121-124.
41. **Ayhan A, Bozdağ G.** Eylem ve Doğumun İdaresi ve Yönetimi. Benson&Pernoll Obstetrik ve Jinekoloji, 10. Baskı, Ankara: Palme Yayınları, **2002**:179-184.
42. **Önder İ.** Kadın – Doğum Propedötik. 19. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **1994**;291-292.
43. **Bilgili N, Akın B, Ege B, Ayaz E.** Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, **2008**, *Türkiye Klinikleri Jmed Sci*, 28 (4) : 487- 493.
44. Agency for Healthcare Research and Quality. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review , Evidence Report /Technology Assessment, **2005** , Number 112;1-11.
45. **Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K.** The Symptom of Stress Incontinence Caused by Pregnancy or Delivery in Primiparas. *Obstet Gynecol*, **1992**, 79(6):945-9.
46. **Leeuw JW, Wit C, Kuijken JA, Bruinse HW.** Mediolateral Episiotomy Reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery, **2008**;115(1);104.
47. **Brink HT, Moller BK, Morten H, Jorgen SN.** Methods and Consequences of changes in Use of episiotomy. *British Medical Journal*, **1994**;309:1255-1260.  
Erişim :<http://www.proquest.umi.com/pqdwe.index>. Erişim Tarihi : 20.01.2012
48. **Arısan K.** Doğum bilgisi. 1. Baskı İstanbul, Çeltüt matbaa, **1984**.
49. **Couglin L.** AHRQ Review of routine episiotomy in uncomlicated births. American family physician , **2005**;71:2383.
50. **Gürgüç CA.** Doğum bilgisi. 4. Baskı, Ankara, Yargıçoğlu Matbaa,**1978**.
51. Worldh Health Organization. Episiotomy, **2009**. Erişim Tarihi 15.05.2011  
[http://www.who.int/reproductive-health/impact/Procedures/Episiotomy\\_P71\\_P75.html](http://www.who.int/reproductive-health/impact/Procedures/Episiotomy_P71_P75.html).

52. **Arslan H, Coskuner Potur D, Çıtak Bilgin N.** Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler Koruyucu Önlemler.  
Erişim: [http://www.androloji.org.tr/images/file/DID\\_8\\_kadin3\\_18.say%C4%B1.pdf](http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_8_kadin3_18.say%C4%B1.pdf).  
Erişim tarihi :21.02.2012.
53. **Shermer RB, Rainess DA.** Positioning During the Second Stage of Labor. Moving Back to Basics. *JOGNN*, **1997**;26(6) : 727-734. Erişim: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs>.  
Erişim tarihi :20.05.2011.
54. **Ogunyemi D, Manigat B, Marquis J, Bazargan M.** Demographic Variations and Clinical Associations of Episiotomy and Severe Perineal Lacerations in Vajinal Delivery. *Journal of the National Medical Association*, **2006**;98(11):1874-1881.
55. **Belizan J, Campodonico L, Carroli G, Gonzalez L.** Routine ve Selective Episiotomy: A Randomised Controlled Trial, **1993**; 342:1517-1518.
56. **Fleming N.** Newton ER. Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women with and without Episiotomies . American Collage of nurse – midwives, **2003**;48(1)53-59
57. **Davidson K, Jacoby S, Scott Brown M.** Prenatal Perineal Massage: Preventing Lacerations During Delivery. *JOGNN* **2000**;29(5):474-479.
58. **Hotun Şahin N, Yıldırım G, Aslan E.** Bir Doğumevinde Doğumların İkinci Evrelerinin Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, **2007**;17(1) : 37- 43.
59. **Carroli G, Belizan J.** Episiotomy for Vajinal Birth. Cochrane Database of Systematic Reviews ,**2002**;2.
60. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Genel Yönetmeliği. **Sağlık Yürütülmesi Hakkında Yönerge.** Erişim : <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.asp>. Erişim Tarihi :23.02.2012.
61. Türkiye'deki Ebelik ile ilgili Yasal Durum.  
Erişim: <http://www.tuspmoe.gen.tr/TR/dosyagoster.asp/.turkiyedekiebelilerileilgiliyasaldurum-son.doc>.  
Erişim tarihi : 23.01.2012.
62. **Saymer FD.** Vajinal Doğumlarda Perine Masajının Etkinliği. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , İstanbul, **2005**.
63. **Singorello LB, Harlow BL, Cheskos AK, Repke JT.** Midline Episiotomy and Anal İncontinence Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*( Electronic Journal), **2000**, 320:86-90.  
Erişim: <http://www.bmj.com/cgi/content/full>. Erişim Tarihi : 03.03.2012
64. **Erdost ŞK, Çetinkale O.** Yara Bakımı ve Tedavisi Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Aksu Matbacılık, **2008**:25.
65. **Günder S.** Yara Bakım İlkeleri ve Kronik Yara Bakımı Kitabı. İstanbul: Bilimsel Tıp Yayınevi, **2007**:9-31.
66. **Atıcı A.** Yara Çesitleri ve Yaralanmalarda ilk Yardım. İlk Yardım Uygulayıcı Kitabı. 1. Baskı, Mersin: Can Matbaacılık, **2006**: 35.
67. **Yalçın H, Özkalp B.** Vücut Hijyeninin Önemi ve Yara Bakımında Yeni Gelismeler. *4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon, Samsun*, **2005**: 287-308.

68. **Çetinkale O.** Kronik Yara Tanımlaması ve Sınıflandırılması, Yara Yatağı ve Özellikleri. *2.Ulusal Yara Bakımı Kongresi. İstanbul, 2007*: 4-8.
69. **Sapmaz M, Altungül A.** Sağ Medyolateral Epizyotomi Vakalarında Ağrı Kesici olarak Tenoksikam ile Parasetamolün Karşılaştırılması, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, *Fırat Tıp Dergisi, 2012*; 17 (2) : 76-79.
70. **Ulusoy MF, Görgülü SR.** Enfeksiyon Kontrolü-Antiseptik Solüsyonlar. Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler, Ankara, **1996**; 80-88.
71. **Aydın S, Çağlıküleççi M, Çolak T, Dirlik M, Öcal K, Akça T,** Washington Cerrahi El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**.
72. İtiyah ve İyileşme. Erisim: <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1215/unite03.pdf>  
Erisim Tarihi: 19.12.2011.
73. **Aydın A.** Perfore Apandisitlerde Primer Kapama Ve Geciktirilmiş Primer Kapamanın Yara Enfeksiyonuna Etkileri. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, **2005**.
74. **Erdil F, Özhan Elbas N.** *Cerrahi Hastalıkları Hemsireliği*. 3. Baskı, Ankara: 72 Tasarım-Ofset, **1999**: 77-83.
75. **Ersöz N, Özerhan H, Zor F.** Birinci Basamakta Yara Bakımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008*; 7 (1): 71-74.
76. **Erbil Y.** Yara İyileşmesi. *Genel Cerrahi*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Kitabevi, **2002**: 51.
77. **Kaya M.** Mekonyumun Fetal Yara İyileşmesi Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sanlıurfa, **2006**.
78. **Fetil E.** Yara İyileşmesi ve Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri, 2007*; 3 (48): 13-17.
79. **Kaya E.** Yara İyileşmesi. *Travma*. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2005**: 488.
80. **Parsak CK, Sakman G, Çelik Ü.** Yara İyileşmesi, Yara Bakımı ve Komplikasyonları. *Arsiv, 2007*; 16: 145-160. Erisim: <http://cukurovatip.cu.edu.tr/download.php?cat=1&id=36>.
81. **Chin GA, Diegelmann RF, Schultz GS.** Cellular and Molecular Regulation of Wound Healing. *Wound Healing*. 1st. Ed. United States of America: Taylor&Francis Group, **2005**.
82. **Tıkız C.** Yara İyileşmesi. *Türkiye Klinikleri, 2007*; 3 (45): 12-20.
83. **Ciger S.** Yara İyileşmesi ve Büyüme Faktörleri. Erisim: [http://www.dermaneturk.com/yara\\_online/buyume\\_faktor.doc](http://www.dermaneturk.com/yara_online/buyume_faktor.doc). Erisim Tarihi:12.01.2012.
84. **Nursal TZ, Baykal A, Hamaloglu E.** Yaşlılarda Yara İyileşmesi: Fark Var mı? *Geriatri Dergisi, 1999*; 2 (1): 29-32.
85. **Löwenstein L, Drugon A, Gonen R, Eldor IJ, Bardicel M, Jakobi P.** Episiotomy: Beliefs, Practice and the Impact of Educational Intervention. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology, 2005*;123:179-182.
86. **Kurumlu Z, Çelebi CR.** Yara İyileşmesi ve Beslenme. Erisim: [http://www.dermaneturk.com/yara\\_online/beslenme.doc](http://www.dermaneturk.com/yara_online/beslenme.doc). Erisim Tarihi: 8.12.2012.

87. **Kuyumcu A, Polat Düzgün A, Uzun S, Özmen MM, Coskun F, Besler HT.** Major Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Nutrisyonel Değerlendirme:İleri Yas Radikal Cerrahiye Engel Midir. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2003**; 6 (4): 128-134.
88. **Bilhan H, Arat S, Kutay Ö.** Sigara Dumanının Dis Implantları Üzerine Etkileri: Güncel Yaklaşım ve Düşünceler. *Türk Dis Hekimleri Birliği Dergisi*, **2005**; 18: 58-65.
89. **Karaçal N, Ünsal M, Ambarcıoğlu Ö, Topal U, Kutlu N.** Hamilelikle Provake Olan Keloid Formasyonu: Olgu Sunumu. *Türkiye Klinikleri J Dermatoloji*, **2005**; 15:34-37.
90. **Durmaz A.** Kütahya İli Devlet Hastanelerinde Doğum Sırasında Epizyotomi Açılan Kadınlarda Yara Yeri İyileşmesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2008**.
91. **Dereli S, Vural G, Bodur S.** Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanol'un İyileşme Sürecine Etkisi, Trakya Üniversitesi, *Tıp Fakültesi Dergisi* ; **2010**; 27:172-177.
92. **Sleep J, Grant A.** Effects of Salt and Savlon Concentrate Postpartum Nursing Times, 1988; 84 (21 ): 55-57.
93. **Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E.** Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005** ;4(6):321-329.
94. **Ege E.** Genital Hiyjen Davranışları Envanteri nin Geliştirilmesi ve Verilen Eğitimin Genital Hiyjen Davranışlarına Etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2005**.
95. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, *Türkiye'deki Kadınların Durumu*, Ankara, **2012**.  
Erişim:[http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/2012/trde\\_kadinin\\_durumu\\_2012\\_ekim.pdf](http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/2012/trde_kadinin_durumu_2012_ekim.pdf). Erişim tarihi : 24.12.2012.
96. **Yılmaz S.** Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2004**.

## **EKLER**

### **EKLER – 1**

#### **LOĞUSA DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1. Yaşınız :
2. Öğrenim durumunuz:
3. Mesleğiniz:
4. Eşinizin mesleği:
5. Eşinizin öğrenimi:
6. Sosyal güvencesiniz:
7. Aylık geliriniz:
8. Gebeliğinizde süresince sigara kullandınız mı?
9. Doğumdan sonra hiç sigara kullandınız mı?
10. Yara iyileşmesi kaç günde oldu?
11. Gebelik boyunca egzersiz yaptınız mı?
12. Travay süresi ne kadar?
13. Doğum kesisi dışında yırtığınız var mı?
14. Bebeğinizin kilosu ne kadar ?
15. Bebeğinizin baş çevresi ?



## EK -2

### LOĞUSA EPİZYOTOMİ İZLEM FORMU

1. Doğum sonrası size ve bebeğinize yardımcı olan biri var mıydı?
2. Doğumdan sonra kanamanın karakteri nasıldı?
  - a) İlk günler koyu kırmızı daha sonra açık kırmızı renginde
  - b) 1 hafta süresince kanamanın renginde bir değişiklik olmadı.
3. Pedinizi günde kaç kez değiştiriyorsunuz?
4. Banyoyu nasıl yapıyorsunuz?
  - a) Oturarak
  - b) Ayakta (Duş şeklinde)
5. Hangi tip tuvalet kullanıyorsunuz?
  - a) Alaturka
  - b) Alafranga (Klozet)
6. Tuvaletten önce ellerinizi yıkar mısınız?
  - a) Evet
  - b) Hayır
7. Tuvaletten sonra genital bölge temizliğini nasıl yapıyorsunuz?
  - a) önden arkaya
  - b) arkadan öne
  - c) rastgele
  - d) vajinal kanalın içine kadar
8. Tuvalet temizliğinizi ne ile yapıyorsunuz?
  - a) Su ile
  - b) Su ve sabunla
  - c) Su ve tuvalet kağıdı ile
  - d) Sadece tuvalet kağıdı ile
  - e) Temizlik yapmıyorum
9. Tuvaletten sonra ellerinizi yıkar mısınız?
  - a) Evet
  - b) Hayır
10. Büyük tuvaletinizi doğumdan sonra kaçınıcı günde yaptınız?
11. İlk büyük tuvaletinizi yaparken kabızlık şikayetiniz oldu mu?
12. Kabızlık şikayetinizi giderecek herhangi bir ilaç ve ya herhangi bir yöntem kullandınız?
  - a) Evet
  - b) Hayır
13. İlk büyük tuvaleti yaparken dikişlerinizde ağrı, yanma, acı hissettiniz mi?
  - a) Evet
  - b) Hayır

14. Genital bölgeyi yıkadıktan sonra kurular mısınız?  
a) Evet b) Hayır
15. Her tuvalet ihtiyacınızı gördükten sonra genital bölgeyi yıkar mısınız?  
a) Evet b) Hayır
16. Vajinal deodorant kullanıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
17. İç çamaşırınızı doğumdan sonra kaçınıcı günde giydiniz?
18. . Hangi tip çamaşır kullanıyorsunuz?  
a) Pamuklu b) İpek c)Naylon/ Sentetik
19. Çamaşırlarınızı hangi sıklıkla değiştiriyorsunuz?  
a) Günde bir kez b) 2-3 günde bir c) Haftada bir kez
20. Dikiş yerinizden bir şikayetiniz oldu mu? Açıklayınız
21. Ateşiniz oldu mu? a) Evet ( .....derece.....gün sürdü) b) Hayır
22. Akıntıda kötü bir koku hissettiniz mi?  
a) Evet b) Hayır
23. Günde ortalama kaç litre sıvı içersiniz?
24. Genellikle günde kaç saat uyursunuz?  
a) Evet ( günde...saat) b) Hayır

**EK-3****EPİZYOTOMİ BÖLGESİ DEĞERLENDİRME SKALASI (REEDA SKORU)**

<b>PUANLAR</b>	<b>KIZARIKLIK</b>	<b>ÖDEM</b>	<b>EKİMOZ</b>	<b>AKINTI</b>	<b>YARA DUDAKLARINDA YAKLAŞMA</b>
<b>0</b>	Hiç yok	Hiç yok	Hiç yok	Hiç yok	Hiç ayrılma yok
<b>1</b>	İnsizyonun bilateral 0.25cm içinde	Perinede. İnsizyonda 1 cm'den daha az	Bilateral 0.25cm veya unilateral 0.5cm	serum	Deri ayrılması 3 mm veya daha az
<b>2</b>	İnsizyonun bilateral 0.5cm içinde	Perinede /vulvada 1-2cm arasında	Bilateral 0.25-0.5cm arası unilateral 0.5-2cm	serosanginöz	Deri ve subkütan yağ dokusu ayrılıyor ise
<b>3</b>	İnsizyonun bilateral 0.5cm ötesinde	Perinede /vulvada 2 cm'den büyük	Bilateral 1cm'den unilateral 2cm'den büyük	Kanlı pürülan	Deri.subkütan yağ ve fascia tabakaları ayrılıyorsa

**İlk gün muayenesi**

1.	Kızarıklık	0	1	2	3
2.	Ödem	0	1	2	3
3.	Ekimoz	0	1	2	3
4.	Akıntı	0	1	2	3
5.	Yara kapanması	0	1	2	3

**Beşinci gün yara kontrolü**

1.	Kızarıklık	0	1	2	3
2.	Ödem	0	1	2	3
3.	Ekimoz	0	1	2	3
4.	Akıntı	0	1	2	3
5.	Yara kapanması	0	1	2	3

**Onbeşinci gün yara kontrolü**

1.	Kızarıklık	0	1	2	3
2.	Ödem	0	1	2	3
3.	Ekimoz	0	1	2	3
4.	Akıntı	0	1	2	3
5.	Yara kapanması	0	1	2	3



**EPİZYOTOMİ BAKIMI  
İYİ YAPILMALIDIR  
AKSİ TAKDİRDE  
YARA İYİLEŞMESİ GECİKEBİLİR**

**DIKKA T !...**

Dikiş Bölgenizde Ağrı, Yanma, Kaşıntı,  
Koku, Şişlik, Morarma, Dikişlerden  
Gelen Kanlı Akıntı gibi sorunlarla  
karşılaştığınızda mutlaka bir sağlık  
kuruluşuna başvurunuz.

## DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN EPİZYOTOMİNİN BAKIMI İÇİN GELİSTİRİLMİŞ EĞİTİM BROŞÜRÜ



**HAZIRLAYAN  
Cennet Rabia TUNA**

## DIŞ CİNSEL ORGANLARIMIZ

**Üretra:** dranın boşaltımını sağlayan açıklık.  
**Vajina (Hazne):** Cinsel birleşmenin olduğu yerdir. Doğum kanalında denir.  
**Anüs:** Diskrının boşaltımını sağlayan açıklık.  
**Perine:** Vajina ile anüs arasındaki bölgedir. Bu bölge doğum esnasında kesilen ve dikişlerin yapıldığı yerdir.  
**Klitoris:** Kadının cinsel yönden uyarılmasını sağlayan organ.  
**Pubis tepesi:** Kollarla örtülü bölgedir.

## EPİZYOTOMİ NEDİR?

**Epizyotomi:** Doğum eyleminde bebek basının çıkmasını kolaylaştırmak ve vajen açıklığını genişletmek için yapılan kesi işlemidir.

## EPİZYOTOMİ TİPLERİ

1 -> Çapraz dikiş 2 -> Yukarıdan Aşağı Doğru dikiş



Dikişlere doğru ve yeterli bakım yapılmadığında, dikişlerde açılma, ağrı ve iltihaplanma olabilir.

## DIKİŞ BÖLGENİZİN DAHA ÇABUK VE SAĞLIKLI İYİLEŞMESİ İÇİN BAKIMI NASIL YAPILMALIDIR ?

### Dikiş Bölgesinin Temizlenmesi

1. Tuvaletten önce ellerinizi sabun ve su ile en az 30 sn yıkayınız.
2. İdrardan ve ya dışkılamadan sonra idrar yaptığınız bölgeden dışkıladığınız bölgeye doğru yıkayınız.
3. Tuvalet kâğıdıyla yıkama işleminde olduğu gibi idrar yaptığınız bölgeden dışkıladığınız bölgeye doğru kurulayınız. Kullanılan tuvalet kâğıdının BEYAZ VE PARFÜMSÜZ olmasına dikkat ediniz.

## Pedinizi Nasıl Değiştirmelisiniz?



1. Kanama takibinde kullanılan pederin temizliğine dikkat edilmesi gerekmektedir.
2. Pedinizi değiştirmeden önce, ellerinizi sabun ve su ile en az 30 sn yıkayınız.
3. Pedinize mikro organizma bulaşmaması için kullanmadan önce aptıka taşımayınız, poşetlerinde tutunuz ve pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzüne dokunmayınız.
4. Pedinizi 4-6 saatte bir, mümkünse 2 saatte bir değiştiriniz.
5. Kullanacağınız pedin renksiz ve parfümsüz olmasına dikkat ediniz.

## İç Çamaşırını Kullanırken Nelere Dikkat Edilmeli?



1. Bedene uygun, kesimi rahat olan ve dar olmayan giysiler kullanınız.
2. Naylon ve sıkı iç çamaşırın havalandırılmayı önleyerek nemli bir ortam oluşturma için ve bu durumda enfeksiyonlara zemin hazırlayacağından iç çamaşırınızın pamuklu, beyaz ve kişiye özel olmasına dikkat ediniz.
3. İyi yıkanmış, iyi durulanmış hafif ve sıkı olmayan pamuklu külot kullanınız ve her gün değiştiriniz.
4. İç çamaşırınızın yıkanmasında fazla deterjan, beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanmayınız, bol su ile durulayınız ve güneşte kurutunuz.
5. İç çamaşırınızı giymeden önce **MUTLAKA ÜTÜLEYİNİZ.**

## Banyo Yaparken Nelere Dikkat Edilmeli?



1. Mümkünse her gün banyo yapınız.
2. Banyonuzu **AYAKTA DÜS ŞEKLİNDE** yapınız ve umumi oturma alanları kullanmayınız. Çünkü otururken de küvette banyo yaptığınızda küvetin altına ve banyo suyu dikiş bölgenize mikroorganizmaların bulaşmasına neden olabilir. Bu durum dikişlerinizde iltihaplanma ve yara açılmasına neden olabilir.
3. Banyo sırasında idrar ve dışkı yapılan bölgeyi dikkatlice yıkayarak temizleyiniz. Çünkü vücut salgılan dış cinsel organlarımızın katmanları arasında birikerek enfeksiyonlara uygun ortam hazırlayabilir.
4. İdrar ve dışkı yapılan bölgeyi çizik ve sıyrıklar oluşturabileceği için tırnaklarınızın kısa olmalıdır.
5. Her banyodan sonra iç çamaşırınızı ve giysilerinizi değiştiriniz.

## **Bilgilendirilmiş Onam Formu (I. Çalışma Grubu İçin)**

Doğum kesisi uygulanmış kadınlarda iki farklı yöntemin yara iyileşmesi üzerine etkisini ele alan bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırmanın amacı; doğum kesisi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisini araştırmaktır. Araştırmaya katılması amaçlanan I. Çalışma grubu sayısı 40 kişidir. I. Çalışma grubu, povidone iyodine reçete edilen ve araştırmaya katılmayı isteyen kişilerden oluşturulacaktır. Sizde bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Ancak katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırmanın işleyişi hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Annelere doğumdan 2 saat sonra, yaşam bulguları normal, ağrılarının olmadığı ve emzirme zamanları dışında, yaklaşık 30 dakika süren, kişisel bilgi formu ve loğusa doğum kesisi izlem formu bire bir toplanacaktır, epizyotominin bakımı anlatılacaktır.. Doğum kesisi bölgesinin bakımı, araştırmacı tarafından povidone iyodine ile anneye uygulanmalı olarak öğretilecektir. Bir hafta boyunca reçete edilen povidone iyodine, her tuvaletten sonra perine temizliği için önden arkaya doğru yapılması gerektiği açıklanacaktır. Doğum kesi bölgesinin, yara yeri değerlendirme Skalasına göre ilk değerlendirilmesi yeterli aydınlatma altında, jinekolojik masada yapılacaktır. Yara yeri değerlendirme skalası yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Taburcu olmadan önce annelere doğum kesisi bakımını içeren yaklaşık 20 dakika süren eğitim ve materyali verilecektir. Anneler 5. ve 15. günlerde değerlendirme için buldukları aile sağlığı merkezlerine telefon ile davet edilecektir. Merkeze gelemeyen annelere aynı gün ev ziyareti yapılarak yara yeri değerlendirme skalası doğum kesisi bölgeleri gözlemlenerek kaydedilecektir. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Sorunuz olduğunda araştırmacıyla 05072273471 numaralı telefondan iletişime geçebilirsiniz. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Hastanın Adı- Soyadı:

Adres :

Tel :

Görüşme tarih/saat:

### **Bilgilendirilmiş Onam Formu ( II. Çalışma Grubu İçin)**

Doğum kesisi uygulanmış kadınlarda iki farklı yöntemin yara iyileşmesi üzerine etkisini ele alan bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırmanın amacı; doğum kesisi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisini araştırmaktır. Araştırmaya katılması amaçlanan II. Çalışma grubu sayısı 40 kişidir. II. Çalışma grubu, alt bölge temizliğini su ile yapacak olan ve araştırmaya katılmayı isteyen kişilerden oluşturulacaktır. Sizde bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Ancak katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırmanın işleyişi hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Annelere doğumdan 2 saat sonra, yaşam bulguları normal, ağrılarının olmadığı ve emzirme zamanları dışında, yaklaşık 30 dakika süren, kişisel bilgi formu ve loğusa doğum kesisi izlem formu bire bir toplanacak, epizyotominin bakımı anlatılacaktır.. Doğum kesisi bölgesinin bakımı, araştırmacı tarafından normal su ile anneye uygulamalı olarak öğretilenektir. Bir hafta boyunca her tuvaletten sonra alt bölge temizliğini su ile önden arkaya doğru yapılması gerektiği açıklanacaktır. Doğum kesi bölgesinin, yara yeri değerlendirme skalasına göre ilk değerlendirilmesi yeterli aydınlatma altında, jinekolojik masada yapılacaktır. Yara yeri değerlendirme skalası yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Taburcu olmadan önce annelere doğum kesisi bakımını içeren yaklaşık 20 dakika süren eğitim ve materyali verilecektir. Anneler 5. ve 15. günlerde değerlendirme için buldukları aile sağlığı merkezlerine telefon ile davet edilecektir. Merkeze gelemeyen annelere aynı gün ev ziyareti yapılarak, yara yeri değerlendirme skalası doğum kesisi bölgeleri gözlemlenerek kaydedilecektir. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya

katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Sorunuz olduğunda araştırmacıyla 05072273471 numaralı telefonda iletişime geçebilirsiniz. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Hastanın Adı- Soyadı:

Adres :

Tel :

Görüşme tarih/saat:



T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 ISM.4.33.00.09 /Eğit.Şb.  
Konu : Tez Çalışması

37478

10 EKİ 2011

VALİLİK MAKAMINA  
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğü'nün 29.09.2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-1247/14105 sayılı yazıları ile;

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrenciniz Cennet Rabia TUNA "Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşmesine Etkisi" konulu tez çalışmasına veri toplamak amacıyla, 01 Kasım 2011-01 Mayıs 2012 tarihleri arasında Silifke Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisine başvuran kadınlara yönelik tez uygulamasının iş akışını engellemeyecek şekilde uygun görülen saalarda yapılması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Ourlarınıza arz ederim.

Dr. K. Çarlar Çarlar  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
Kadir OKATAN  
Vali a  
Vali Yardımcısı

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BAŞKANLIĞINA,**

Ebelik Anabilim Dalı TL-FBE-2901 nolu yüksek lisans öğrencilerinden Cennet Rabia Tuna'nın, "Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşmesine Etkisi" konulu tez çalışmasını Silifke Devlet Hastanesi Kadın Doğum Salonu ve Servisine uygulamasında klinik olarak bir sakınca yoktur ve bu çalışma bilgilerimiz ve onayımız dahilindedir.

Bilgilerinize arz ederiz.

12.2012

**OP.DR. ADEM YAVUZ**

(SİLİFKE DEVLET HASTANESİ  
KADIN DOĞUM UZMANI, KLİNİK ŞEFİ)

Silifke Devlet Hastanesi  
Op. Dr. Adem YAVUZ  
Tıp. Tes. No: 93298  
Kadın Doğ. ve Doğum Uzmanı

**OP.DR. GÖKHAN YÜL  
BAŞBAŞI**



**OP.DR. HÜSEYİN ALTUNTAŞ**

(SİLİFKE DEVLET  
HASTANESİ KADIN  
DOĞUM UZMANI)

Silifke Devlet Hastanesi  
Op. Dr. Hüseyin ALTUNTAŞ  
Tıp. Tes. No: 121121  
Kadın Doğ. ve Doğum Uzmanı

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BAŞKANLIĞINA,**

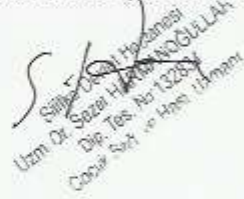
Ebelik Anabilim Dalı YL-EDC-2901 nolu yüksek lisans öğrencilerinden Cenret Rabia Tuna 'nın, "Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşmesine Etkisi" konulu tez çalışmasını Silifke Devlet Hastanesi Kadın Doğum Salonu ve Servisine uygulamasında klinik olarak bir sakınca yoktur ve bu çalışma bilgilerimiz ve onayımız dahilindedir.

Bilgilerinize arz ederim

27.03.2012

**SİLİFKE DEVLET HASTANESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI**

**UZ. DR. SEZER HARMANOĞULLARI**

  
Silifke Devlet Hastanesi  
Uzm. Dr. Sezer Harmanoğulları  
Diy. Tıp. No: 13284  
Çocuk Sağ. ve Hast. Uzmanı

## ÖZGEÇMİŞ

Cennet Rabia Tuna 1986 yılında Mersin'in Silifke ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Silifke'de tamamladı. 2004-2008 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde lisans eğitimini tamamladı. 2009 güz döneminde Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2009 yılı Mart ayından bu yana Mersin ili, Silifke Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisinde ebe olarak görev yapmaktayım.