

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

**KÜTAHYA İLİ DEVLET HASTANELERİNDE
DOĞUM SIRASINDA EPİZYOTOMİ AÇILAN
KADINLARDA YARA İYİLEŞMESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYŞEGÜL DURMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. RESUL BUĞDAYCI

MERSİN- 2008

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

**KÜTAHYA İLİ DEVLET HASTANELERİNDE
DOĞUM SIRASINDA EPİZYOTOMİ AÇILAN
KADINLARDA YARA İYİLEŞMESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYŞEGÜL DURMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. RESUL BUĞDAYCI

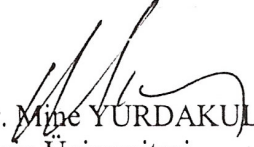
TEZ NO:.....


MERSİN- 2008


Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan 'Kütahya İli Devlet Hastanelerinde Doğum Sırasında Epizyotomi Açılan Kadınlarda Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi' başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/07/2008


Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../.....tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Tez çalışmaları süresince tez konunun belirlenmesi ve yürütülmesinde, bilimsel katkılarını ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI'ya, sayın Ebelik bölüm başkanı Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'a ve Hemşirelik bölüm başkanı Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN nezdinde maddi ve manevi desteklerini gördüğüm tüm bölüm hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Çalışmama fikirleri ve destekleri ile katkıda bulunan arkadaşlarım, Emel YİĞEN, Cansu ŞİMŞEK ve Elif ÇALIK'a teşekkür ederim.

Yüksek Lisans çalışmaları süresince daima yanımda olarak beni destekleyen ve bana sabır gösteren sevgili babam ve annem Vahdet ve Gülsenem PEHLİVAN'a ve sevgili eşim Musa DURMAZ'a, bütün aile bireylerime ve dostlarıma da teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi	4
2.2. Epizyotomi Uygulama Endikasyonları	8
2.3. Epizyotomi Uygulama Zamanı	9
2.4. Epizyotomi Çeşitleri	9
2.4.1. Median (Midline) Epizyotomi	9
2.4.2. Mediolateral Epizyotomi	10
2.4.3. Lateral Epizyotomi	11
2.4.4. Bilateral Epizyotomi	12
2.5. Epizyotominin Uygulanışı	12
2.6. Epizyotominin Onarımı	13
2.7. Epizyotominin Riskleri	15
2.8. Epizyotomi Bakımında Ebelerin Görev ve Sorumlulukları	17
2.9. Yara Tanımı	19
2.10. Yara Çeşitleri	19
2.10.1. Açık Yaralar	20
2.10.1.1. Kesi (İnsizyon) Yaraları	20
2.10.1.2. Lasere Yaralar	20

	Sayfa No
2.11.Yara İyileşmesi	21
2.11.1. Primer İyileşme	21
2.11.2. Sekonder İyileşme	21
2.11.3. Tersiyer İyileşme	22
2.12. Yara İyileşmesinin Evreleri	22
2.12.1. Enflamasyon Fazı	22
2.12.1.1. Vasküler Cevap	22
2.12.1.2. Hücresel Cevap	23
2.12.2.Proliferasyon Fazı	23
2.12.3.Matürasyon Fazı	24
2.13. Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler	24
2.13.1. Yaş, Cins ve Irk	25
2.13.2. Zedelenmenin Özelliği	26
2.13.3. Zedelenmenin Lokalizasyonu	26
2.13.4. Travma	26
2.13.5. Isı	26
2.13.6. Nem	26
2.13.7. Beslenme	27
2.13.8. İnfeksiyon	28
2.13.9. İlaçlar	28
2.13.9.1. Glikokortikosteroidler	28
2.13.9.2. Histamin	29
2.13.9.3. Antineoplastik İlaçlar	29
2.13.9.4. Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar	29
2.13.10. Radyoterapi	29
2.13.11. Diabet	30
2.13.12. Karaciğer Fonksiyonlarının Yetersizliği	30
2.13.13. Lokal Kan Dolaşımı	30
2.13.14. Genetik ve İmmünolojik	30
2.13.15. Oksijen	31
2.13.16. Growth Faktörler	31

	Sayfa No
2.13.17. Sigara	31
2.14. Yara İyileşmesinin Komplikasyonları	32
2.14.1. Enfeksiyon	32
2.14.2. Yara Açılması	32
2.14.3. Keloid Oluşumu	32
2.14.4. Kontraktör	32
2.15. Yara İyileşmesinde Ebelerin- Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3. Araştırmanın Evreni	35
3.4. Çalışma Grubunun Oluşturulması	35
3.5. Verilerin Toplanması	36
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	36
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	38
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.8. Eğitim Broşürü	40
3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	40
4. BULGULAR	41
4.1. Makroskopik Muayene	64
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	78
6.1. Sonuçlar	78
6.2. Öneriler	80
6.2.1. Araştırmacılara Öneriler	82
7. KAYNAKLAR	83
EKLER	93
EK-1 İlk Görüşmede Loğusa Demografik Bilgi Formu	93
EK- 2 Son Görüşmede Loğusa Epizyotomi İzlem Formu	95
EK- 3 Epizyotomi Bölgesi Değerlendirilme Skalası (Reeda Skoru)	97

EK- 4 Eğitim Broşürü

ÖZGEÇMİŞ

Sayfa No

98

101

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Epizyotomi Teknikleri	10
Şekil 2.2. Perine Bölgesi Kasları	13
Şekil 2.3. Epizyotomi Açılması ve Onarımı için Lokal Anestezi Uygulanması	14
Şekil 2.4. Epizyotomi Tamir Tekniği	15
Şekil 2.5. Deri ve Deri Altı Doku Katmanları	20

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 3.1. Epizyotomi Bölgesi Değerlendirilme Skalası (Reeda Skoru)	38
Çizelge 3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	40
Çizelge 4.1. Annelerin Bireysel ve Ailesel Özellikleri	41
Çizelge 4.2. Annelerin Gebelik ve Doğum Sürecine İlişkin Özellikleri	43
Çizelge 4.3. Multipar Annelerin Daha Önceki Doğumlarına İlişkin Özellikleri	43
Çizelge 4.4. Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Yakınmalara İlişkin Özellikler	44
Çizelge 4.5. Annelerin Doğum Sonunda Bakım Davranışlarına İlişkin Özellikleri	45
Çizelge 4.6. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Sosyodemografik ve Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Çizelge 4.7. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Obstetrik Öyküdeki Özelliklerine Göre Dağılımı	49
Çizelge 4.8. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Gebelik Süresindeki Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Çizelge 4.9. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Doğum Eylemi ve Bebeğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	52
Çizelge 4.10. REEDA Skalası Puanlarının Multipar Annelerin Önceki Epizyotomi Özelliklerine Göre Dağılımı	53
Çizelge 4.11. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Dönemindeki Fizyolojik Süreç ve Yakınmalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	54
Çizelge 4.12. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	56
Çizelge 4.13. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Bireysel ve Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı	60
Çizelge 4.14. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Doğum Eylemi ve Yenidoğanlara İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	61

Çizelge 4.15. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Spearman's Korelasyon Dağılımı	62
Çizelge 4.16. Annelerin 1. Gün, 5. Gün ve 15. Gün REEDA Skalası Puanlarının Birbirlerine Göre Dağılımı	63

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma:

Açık yazılımı:

ABD

Amerika Birleşik Devletleri

ark.

arkadaşları

cm

santimetre

IgG

Immunglobulin G

mmHg

milimetre cıva

örn.

örnek

n

Örneklem sayısı

SS

Standart Sapma

DM

Diyabetes Mellitus

HT

Hipertansiyon

Has.

Hastalık

dk

dakika

gr

gram

hf

hafta

lt

litre

ort

ortalama

TNSA

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GHDE

Genital Hijyen Davranış Envanteri

BKİ

Beden Kitle İndeksi

RSYİP

REEDA Skalası Yara İyileşme Puanı

ÖZET

Bu araştırma; Kütahya İli Merkezindeki ve Tavşanlı İlçesindeki Devlet Hastanelerinde epizyotomi yapılan kadınların yara iyileşmesini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile prospektif olarak yürütüldü. Araştırmaya, 01 Temmuz 2007- 01 Mart 2008 tarihleri arasında, normal doğum yapan ve epizyotomi uygulanmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 104 anne dahil edildi.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve REEDA Skalası kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Değişkenlerin karşılaştırılmasında; *Mann Whitney-U* testi ve *Bivariate Spearman's Rank Korelasyon* analizi kullanıldı.

Araştırmaya katılan annelerin; yaş ortalaması 25.4 ± 4.1 , boy ortalaması 161.6 ± 4.6 cm, vücut ağırlıkları ortalaması 58.2 ± 8.1 kg, gebelikte aldıkları ortalama toplam ağırlık 11.6 ± 2.9 kg'dı. Annelerin eşlerinin %66.3'ü memur veya işçiydi, %12.5'inin sosyal güvencesi yoktu. Annelerin %73.1'i çekirdek aile tipine sahip ve hane başına düşen kişi sayısı ortalama 4.2 ± 1.6 'di. Annelerin %54'ü multipardı, %11.5'inde epizyotomi dışında laserasyonu vardı. Doğumdan sonra ilk dışkılama 2.9 ± 2.1 'inci günde olmuştu. Annelerin %62.5'inin epizyotomi bölgesinde sorun vardı, %45.2'si yara bakımı için antiseptik solüsyon (betadin vb.) kullandı. Kadınlar ortalama günlük ped değiştirme sayısı 3.3 ± 1.1 'di. Doğum sonu ilk banyo 4.1 ± 2.4 'üncü günde idi. Annelerin doğumdan sonra ilk iç çamaşırlarını giyme 2.9 ± 1.8 'inci günde idi. Sadece pamuklu tip iç çamaşırı kullananların oranı %66.3'tü. Kadınlar günde ortalama 1.7 lt sıvı alıyorlardı ve 5.6 saat uyuyorlardı. Annelerin sosyodemografik ve hijyen alışkanlıklarının REEDA Skalası puanına göre analitik sonuçlarına göre; sigara kullanılması, epizyotomi insizyonuna ilave laserasyonlar olması, demir minerali kullanılması, gebelik süresince egzersiz yapılması, dikiş yerinde yakınmaların olması, ailenin kalabalık olması ve aylık gelirin düşük olması, geç banyo yapmak epizyotomi yara iyileşme sürecini geciktiren etmenlerdi.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kızların ve annelerin hijyen konusunda eğitimlerinin artırılması; temel sağlık hizmetleri kapsamında ebelerin ev ziyaretlerinin artırılması, ebelerin epizyotomi açma endikasyonları konusunda bilgilendirilmesi ve

gereksiz epizyotomilerin önlenmesi, epizyotomi sonrası bakım eğitimi için standart doküman oluşturulması gerektiği kanısındayız. Bu şekilde epizyotomi yara iyileşmesinin hızlandırılması, annenin daha rahat bir loğusalık dönemi geçirmesi, bebeğine daha iyi bakabilmesi için katkı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Epizyotomi, yara iyileşmesi, postpartum bakım, puerperal enfeksiyonlar, REEDA Skalası.

ABSTRACT

This research was carried out according to prospective research method in order to determine the factors affecting the healing of wounds in women who have undergone episiotomy in State Hospitals in the city of Kutahya and its town of Tavsanlı. The research involves 104 mothers who gave normal birth with episiotomy between 1st July 2007 and 1st March 2008 and accepted to participate into our study.

Data gathering was conducted through Data Gathering Form designed by the researcher and through REEDA Scale. Data evaluation was carried out with descriptive statistics. Student-T Test, Mann Whitney U Test, Bivariate Spearman's Correlation Coefficiency Test were used in evaluating the data.

According to the demographic features of the mothers participating in the study, their ages are 25.4 ± 4.1 , their heights are 161.6 ± 4.6 cm, their weights are 58.2 ± 8.1 kg and average total weight gained during pregnancy is 11.6 ± 2.9 kg, while 66.3% of their husbands are civil servants and workers and 12.5% of the them don't have social security. 73.1% have nuclear family and the house population is 4.20 ± 1.60 . 54% of the mothers are multipart and 11.5% of them have laceration besides episiotomy. First defecation postpartum was on 2.9 ± 2.1 st day. 62.5% of the mothers have problems in episiotomy areas. 45.2 % of them used antiseptic solution (e.g. betadin) for wound care. Their average daily change of day-pad was 3.3 ± 1.1 . First bath postpartum was on 4.1 ± 2.4 th day. First time mothers wore underwear potpartum was on 2.9 ± 1.8 th day. The rate of those only used cotton underwear is %66.3. Their average daily liquid consumption was 1.7 lt and their average daily sleeping time was 5.6 hours. Analysing the distribution of the mothers' socio-demographic and hygiene habits according to REEDA Scale Score, it is determined that the episiotomy healing was delayed in mothers who smoked, who had additional incision lacerations, who used supplementary iron pills, who kept to exercise during pregnancy, hadn't had any problems in suture area, who had a crowded family, who had low monthly income, who delayed having a bath postpartum.

As a result of the research, the following suggestions have been put forward: daughters' and mothers' education about hygiene should be intensified; midwives home-visits within basic health service should be increased; midwives should be informed about episiotomy indication; unnecessary episiotomy should be avoided and standard documents should be prepared for education of post-episiotomy care. Consequently, healing of episiotomy wounds will be accelerated, mother will have a more comfortable postpartum period, baby-care will be facilitated.

Key Words: Episiotomy, wound healing, postpartum care, puerperal infections, REEDA Scale.

1. GİRİŞ

Epizyotomi pudental, perineotomi ise perine bölgesinin insize edilmesi için kullanılan terimler olmalarına karşın epizyotomi terimi perineotomi terimi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (1,2,3).

Epizyotomi uygulaması; düzensiz vulvovajinal yırtığın yerine, tek, düzenli, kolay tamir edilen ve genellikle iz bırakmayan cerrahi bir kesi oluşturulmasıdır (4,6).

Epizyotomi ilk kez 1742'de Ould isimli İrlanda'lı erkek ebe tanımlamıştır (7,8). Fakat 20. yüzyıl ortalarına kadar yaygın olarak kullanılmamıştır (8,9). Daha sonraları dünya genelinde yaygın olarak kullanılan ve çoğu ülkede rutin yapılan bir işlem haline gelmiştir (8). Günümüzde birçok doğum uzmanı özellikle fetal ve maternal distress varlığında epizyotomi uygulanması konusunda görüş birliğine varmıştır (1,10). Epizyotomi son 25 yıldır doğum sırasında, umbilikal kordun kesilmesi dışında en yaygın kullanılan ikinci işlemdir (11,12,13).

Son üç yüz yıl boyunca epizyotomi tartışma konusu olmuştur (7). Son yapılan çalışmalarda rutin epizyotomi uygulamasının yararı yanında bir takım zararları olduğu da bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) rutin epizyotomi uygulamasına açıkça karşı olduğunu belirtmiştir (14).

Epizyotomi bütün doğumların %30–63'üne uygulanmakta ve bazı bölgelerde uygulama oranı %93'e yükselmektedir (10). Latin Amerika'da tüm doğumların %70'i epizyotomili yaptırılmakta ve vajinal doğum yapan her 10 primipar kadından 9'una epizyotomi uygulanmaktadır (9,14). Brezilya'da ise vajinal doğumların %94.2'sine ve Arjantin'de %80'den fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır (9). İngilterede 1980'li yıllarda vajinal doğum yapan kadınların yarısından fazlasına epizyotomi uygulanmaktaydı şu anda epizyotomi uygulama oranı %20'lere düşmüştür (14).

Ülkemizde gerçekleşen 544249 doğumun 488984'ü hastanelerde olmuştur. Hastanede yapılmayan doğumların 31798'i sağlık personeli yardımıyla, 23467'si sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleştirilmiştir. Kadınların %83'ü doğum sırasında sağlık personelinden yardım almıştır (16,17).

Kütahya ilinde toplam canlı doğum sayısı 6889'dur. Bu doğumların 6719'u hastanelerde yapılmaktadır. Doğumların 2917'si merkez ilçede (2895'i hastanelerde), 1174'ü Tavşanlı İlçesinde (1167'si hastanelerde) yaptırılmıştır (18). Yaptırılan bu doğumların büyük kısmında epizyotomi uygulanmıştır.

Perine bölgesi doğumdan sonra nemlidir. Bu nedenle mikroorganizmaların üremesi kolaylaşır ve epizyonun iyileşmesi gecikir (19). Ayrıca kadında üretra ve rektumun epizyotomi alanına yakın olması enfeksiyon gelişme riskini artırır (20).

Epizyotominin iyileşme süreci kadının yaşam kalitesini etkilediği ve özellikle postpartum dönemde enfeksiyon gelişmesine bağlı ağrı olan kadınlarda postpartum depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (21).

Epizyotomi işleminden sonra, ebeğin ve hemşirenin yara iyileşmesini hızlandırmak, enfeksiyonu önlemek gibi görev ve sorumlulukları vardır. Ebe ve hemşireler bu görev ve sorumluluklarını; epizyotomi bölgesini değerlendirerek, iyileşme takibi ve perine bakımı yaparak ve bu konulara yönelik (perine bakımı, beslenme) eğitim vererek yerine getirmektedirler (22).

Perine çok hassas bir bölgedir ve bu bölgedeki kaslar, oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi bir çok aktivitede rol almaktadır. Perineye epizyotomi uygulamasının gecikmesi durumunda, perine kaslarını tutan bağ dokularında geri dönüşümsüz relaksasyona neden olabilir ve kadının yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Epizyotominin doğum eyleminde en çok uygulanan ikinci işlem olması bakımının daha fazla önem kazanmasına neden olmuştur. Ayrıca sık uygulanması yara bölgesinde enfeksiyon ve yara kenarlarında açılma gibi sorunlar ile karşılaşılma oranını da arttırmaktadır. Bu komplikasyonlar annelerde epizyo bölgesinde ağrıya ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olur. Doğumdan hemen sonra anne-bebek iletişiminin başlatılması bebeğin psikososyal gelişimi ve emzirmenin gerçekleşmesi için önemlidir. Epizyotomi uygulaması ve onarım süreci anne-bebek iletişiminin başlatılmasını ve annenin istirahata alınmasını geciktirmektedir. Bu nedenle gereksiz epizyotomi uygulamasından kaçınılması ve onarım sürecinin mümkün olduğunca kısa sürede tamamlanması gerekir. Ayrıca ülkemizde epizyotomi yarasının iyileşmesini etkileyen faktörleri değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır ve bu konudaki literatür bilgisi yetersizdir. Yukarıda verilen bilgiler ışığında, bu çalışma;

- İyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen faktörleri saptayarak elimine edilmesini,

- Kadınlara epizyotomi sonrası bakım hizmeti alma konusunda farkındalık kazandırılmasını,
- Epizyotomi yarasının iyileşmesini geciktiren faktörlerin ortadan kaldırılması için hizmet içi eğitim materyallerinin oluşturulmasını,
- Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler konusunda veri havuzunun genişletmesini sağlamak amacıyla yapılmıştır.

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 (23,24).

Epizyotomi pudental, perineotomi de perine bölgesinin insize edilmesi için kullanılan terimlerdir. Perineotomi terimi ile eş anlamlı olan epizyotomi bu anlamda en çok kullanılan terimdir (1, 7).

Epizyotomi bebek başının kolay, süratli ve tehlikesiz doğumunu sağlamak, perinenin tonüsünü korumak ve istenmeyen yırtıkları önlemek amacıyla; bebek başı doğarken perinede bulbo kavernöz kasına yapılan insizyondur (12,23,26,27,28,29).

Epizyotomi 1742 yılında İrlandalı erkek ebe Sir Fielding Ould tarafından tanımlanmıştır (7,8,9,30). 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 (31) çalışmasında belirttiği, Ambroise Pare, 1742 yılında ilk defa perineyi sütüre etmiş, Mariceau ise ilk primer perineorafiyi açıklamıştır ve Harvie 1767 yılında domuz yağının iyi bir merhem olduğunu söylemiş, vajina ve perineyi bu yağla nemlendirerek perinenin esnetilmesi yöntemini uygulamıştır. 1799'da epizyotominin faydalarını ilk kez rapor eden kişi Alman Doktor Michaelis'dir. Midline tekniğini kullanmıştır. Bu dönemde diğer pratisyenler bilateral insizyonu tavsiye ediyorlardı. Ritgen 1820 yılında pek çok yüzeysel insizyon uygulamıştır. Fransız Doktor Dubois 1847 yılında mediolateral tekniği önermiştir (7).

Epizyotomi Amerika'da ilk kez 1851'de mediolateral tekniği savunan Talia Ferro tarafından uygulanmaya başlanmıştır (7).

Braun 1857'de epizyotominin gereksiz bir uygulama olduğunu iddia etmiştir. 1800'lerin sonunda Küstner, Von Ott ve Stahl ayrı ayrı midline tekniğini teşvik etmişlerdir (7).

Epizyotomi önceleri sadece zor doğumlarda kullanılmıştır. On dokuzuncu yüzyılda epizyotominin perineal laserasyonları önleyici olduğu öne sürüldü. Aynı zamanda Amerika'da doğumlar ev yerine hastanede yapılmaya başlandı. Bu değişiklik ikinci bir avantaj olarak enfeksiyon kontrolünü ve hastanelerin gelişimini sağladı. Amerika'daki doğum uzmanlarına göre doğum patolojikti ve anne ve yenidoğanı iyileştirmek için epizyotomi gerekiyordu. Tıptaki gelişmeler (anestezi vb) doğumda doktor müdahalesini kolaylaştırdı. Doğum sancısı ve doğum anında tıbbi müdahaleyi arttırdı. Dolayısıyla epizyotomi, forsepsli doğum ve sezaryen operasyonu giderek yaygınlaştı. (7).

Kurtuldu'nun (31) bildirdiği Pomeroy 1918 yılında perine yırtıklarının önlenmesi ve fetüsün asfiksiden korunması için rutin olarak epizyotominin uygulanmasını önermiştir. Median epizyotomi insizyonunun perine gerginliğini azalttığını ve simetrik olarak dikiş olasılığını yarattığını vurgularken Pomeroy'un bu yayını o tarihlerde eleştirilere neden olmuştur.

Chicago'da önemli bir doğum uzmanı olan De Lee 1920'de mediolateral epizyotominin evrensel olarak kullanımını önerdi (7,32). Epizyotomi hem Amerika'da hem de dünyanın diğer bölgelerinde rutin olarak kullanılmaya başlandı (7).

Bindokuzyüzlü yılların başlarında mediolateral epizyotominin en güvenilir teknik olduğu düşünüldü. 1930'lara gelindiğinde median teknik daha popüler olmaya başladı ve epizyotominin endikasyonları saptandı (7).

Katreider ve Dixon median epizyotomi tekniğini uyguladıkları 15167 hastada memnuniyet verici sonuçları ve tekniğin avantajlarından bahseden raporu 1948'de yayınladılar (7).

Barter 1960 yılında midline epizyotominin üstünlüklerini anlatan bir makale yayınladı. Harris 1970'de 7477 serilik median epizyotomi vakasını rapor etti. Üçüncü ve dördüncü derece yırtık riskinin artmasına rağmen, işlem doktorlar için oldukça memnun ediciydi ve postpartum dönemde kadınların epizyotomiye iyi tolere ettiği sonucuna varıldı. Bu raporların sonucunda midline epizyotominin bakım standartları belirlendi (7).

Median epizyotominin uygulandığı 1935 ile 1965 yılları arasında üçüncü ve dördüncü derece yırtık sıklığı %1'den az iken 1965 yılından sonra median

epizyotominin yerini mediolateral epizyotominin alması ile birlikte bu oran %17'e kadar yükseldi (7).

Coogan ve Edmund's 1977'de epizyotomi ile yapılan doğumlarda sistosel, rektosel, prolapsus uteri ve inkontinansların azaldığına dikkat çekmişlerdir (31). Epizyotomi 1980'lerde vajinal doğumların yaklaşık %64'üne uygulandı. Bu dönem içerisinde doktorlar ve gebeler epizyotominin yararlarını sorgulamaya başladılar (7). Epizyotominin olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili araştırmaların ilk kez 1982 yılında Banta ve Thacker tarafından yapılan epizyotominin risk ve yararlarını araştıran çalışma ile birlikte başladı (35).

Wooley 1995 yılında 1980'den 1994'e kadar olan literatürü taradı ve epizyotominin anterior laserasyonları önlediğini belirledi. İşlem önemli perineal travma olmasını önlemekte ancak yenidoğanı intrakranial kanamalardan ve intrapartum asfiksiden korumakta başarısızdı. Ayrıca, kan kaybını arttırması, perineal hasar, sfinkter travması, uygun olmayan iyileşmesi ve postpartum ağrı diğer riskler olarak ortaya konulmuştur (7).

Fernando Althabe ve arkadaşları Latin Amerika'da 1995 ve 1998 arasında vajinal doğumlarda her 10 primipardan 9'una epizyotomi uygulandığını bildirdi. Sonuç olarak yapılan rutin epizyotominin birçok komplikasyona neden olduğu ve ülke ekonomisine yük getirdiği sonucuna vardı (9,40). Epizyotominin komplikasyonlarının ülke ekonomisine getirdiği yükleri şöyle sıralayabiliriz:

Ülkemizdeki kamu sağlık harcamalarında ilaçlara ayrılan payın (%40) artmasına (36), bebekte güvensizlik hissine, hazır mama tüketimine, bebeğin büyüme-gelişiminde gecikmeye ve hastalığa yakalanma riskinde artışa neden olur (37). Annenin hastanede yatış süresinin uzaması ve ek tedavi maliyetlerinin artması (38), verimlilik ve üretimdeki kayıplar, gelirden ve buna bağlı olarak da tasarrufta azalmaya, bütçe açıklarına ve sağlık harcamalarında büyük artışa yol açar. Ayrıca annenin kaybı durumunda ev sorumluluğu taşıma gibi nedenlere bağlı olarak çocukların okula gitmemesi, çocukların kötü koşullarda çalışması vb. olumsuz etkiler doğar. Bunların sonucunda ulusal çapta sorunlar yaşanır. Yatırımlar azalır, yabancı sermaye girişi durur. Bankacılık ve turizm sektörü de olumsuz etkilenir. Tüm bu zincirleme etkiler ülke kalkınmasını ve büyümeyi yavaşlatır, sıklıkla da geriletir (39).

Mayıs 1999'da Carroli ve Belizan vajinal doğumlarda rutin epizyotomiye karşı sınırlayıcı epizyotomiye teşvik etmişlerdir (7).

Epizyotomi, anne iyileşmesine yararı olup olmadığı çok sayıda çalışmanın ve tartışmanın konusu olmuştur (8).

Günümüzde epizyotomi dünya genelinde doğumda en yaygın olarak uygulanan işlemlerden biridir. Epizyotomi bütün doğumların %30–63'ünde ve bazı bölgelerde nulliparların %93'üne uygulanmaktadır (35). Amerika'da 1979'da tüm vajinal doğumların %65'ine (41), 2004'de ise vajinal doğumların %35'ine epizyotomi uygulanmıştır (42,43). Bazı hastanelerde normal vajinal doğum yapan kadınların %73'üne epizyotomi uygulanmaktadır (44). Amerika'da midline epizyotomi mediolateral epizyotomiden daha yaygındır (1,45). İngiltere'de 1980'de doğum yapan kadınların yarısından fazlasına epizyotomi yapılmıştır. Bu oran 1985'de %37'ye 1994-1995 yıllarında ise %20'lere düşmüştür (14).

Danimarka'da primipar kadınların %75'ine epizyotomi yapılmaktadır (46). Holanda'da yapılan normal vajinal doğumların %24.5'ine epizyotomi uygulanmaktadır (%23.3 mediolateral, %1.2'si midline) (47). İngiltere'de normal vajinal doğum yapan kadınların %14'üne epizyotomi uygulanmaktadır (48). Avusturalya'da normal doğum esnasındaki epizyotomi uygulama oranı özel hastanelerde %32, devlet hastanelerinde %20'dir (49). Doğu Avrupa ülkelerinde epizyotomi sıklığı neredeyse %100'dür (50). Arjantin'de vajinal doğum yapan primiparların %40'ına, Suudi Arabistan'da ise vajinal doğum yapan primiparların %83'üne epizyotomi uygulanmaktadır. Almanya'da yırtılma riski olan ve/veya fetal endikasyonu olan primiparların %77'sine epizyotomi uygulanmaktadır (43). Çin'de ise normal vajinal doğumlarda rutin epizyotomi uygulama sıklığı %85'dir (51). Güney Afrika'da 3 kadından 1'ine epizyotomi uygulanmaktadır (52).

Epizyotomi 1983 yılından itibaren ABD, Belçika, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde giderek azalırken ülkemizdeki birçok hastanede özellikle primiparlara rutin olarak uygulanmaktadır (53).

2.2. Epizyotomi Uygulama Endikasyonları

Günümüzde özellikle fetal ve maternal distress varlığında epizyotomi uygulanması konusunda görüş birliğine varılmıştır. Bununla beraber ciddi perineal laserasyon riski olduğunda, sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesi için daha geniş bir çıkım alanına ihtiyaç duyulan hallerde ve vakum-forceps gibi diğer operatif doğum uygulamalarında doğumu kolaylaştırmak için epizyotomi uygulanabilmektedir (1).

Epizyotomi, yapılmadığı zaman oluşacak düzensiz laserasyonların yerine düzenli ve tek bir insizyon olmasını sağlar. Onarımı daha kolay olur ve yırtıktan daha kolay iyileşir (2, 13).

Epizyotomi insizyonu yapmanın amaçları şöyle sıralanabilir:

- Perine dokularının kalın, sert ve esnek olmadığı durumlarda pelvik tabanın ve vulvanın bütünlüğünü korumak,
- Fetal distress varsa doğumu hızlandırmak,
- Prematüre doğumlarında bebek başını korumak intrakranial kanamaları önlemek,
- İri doğumlarda perineyi korumak ve bebek başı üzerindeki basıyı azaltarak intrakranial kanamaları önlemek,
- Makat geliş ve girişimli doğumlarda pürüzlü yırtıkları önlemek,
- Pelvis kaslarında pürüzlü yırtıkları önlemek ve üçüncü derece perine yırtık riskini azaltmak,
- Travayda sfinkter aniyi korumak,
- Pelvik tabanın sistosel, rektosel, uterus prolapsusu gibi travmaları önlemek ve insidansı azaltmak,
- Koital fonksiyonları düzeltmek ve perineal tonüsü korumak,
- Doğumun ikinci devresini kısaltmak (2,23,26,29).

2.3. Epizyotomi uygulama zamanı

Epizyotomide, insizyonun doğumdan ne kadar önce yapılacağı, insizyonun median ve ya mediolateral mi olacağı, perinenin plasentanın doğumundan önce veya sonra mı dikileceği, en iyi materyalin ve tekniğin ne olduğu önemlidir (54)

Epizyotomi insizyonunun ne zaman yapılacağı tartışma konusudur. Epizyotomi gereksiz yere erken açılırsa, epizyotomi uygulanması ile doğum arasındaki sürede insizyon yerinden ciddi boyutta kanama olabilir (3,45). Buna karşın, epizyotomi çok geç uygulanırsa laserasyonlar önlenemeyecektir.

Epizyotomi yaygın olarak kafanın 3-4 cm çapa kadar görülebilir olduğu bir kontraksiyon sırasında uygulanmaktadır. Forsep doğumları ile birlikte kullanıldığında, çoğunlukla kaşıkların yerleştirilmesinden sonra epizyotomi açılmaktadır (3). Normalde forseps uygulanmasından ve makat çıkışından hemen önce yapılır (55).

2.4. Epizyotomi Çeşitleri

Epizyotomi, perinenin anatomik yapısına ve çocuğun başının büyüklüğüne göre, değişik biçimlerde yapılır. Başın perine dokusunu zorladığı esnada, perine bölgesinin ileri derecede gerilmesi ve renginin solması yırtılacağını gösterir. Bu durumda hemen epizyotomi (median, mediolateral, lateral ve bilateral) yapılmalıdır (56). Median ve mediolateral epizyotomi en sık kullanılan epizyotomi tipleridir (57).

2.4.1. Median (midline) Epizyotomi

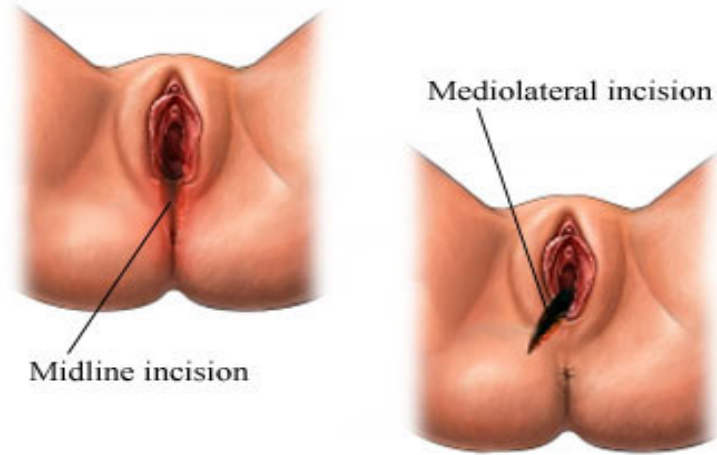
Tamir edilmesi en kolay epizyotomidir. Daha az kanlı ve diğerlerinden daha az ağrılıdır. Perine median rafeden anal sfinktere kadar insize edilir ve en az 2-3 cm rektovajinal septuma kadar genişletilir (55).

Median epizyotomi, perinenin uzunluğu yeterli ve doğum anında herhangi bir zorluk beklenmiyorsa tercih edilir. Çünkü median epizyotomide anal sfinktere (üçüncü derecede laserasyon) ve anal kanala (dördüncü derecede laserasyon) kadar uzanan ilave

laserasyonlar gelişebilmektedir (3,58). Bununla birlikte nulliparite, doğumun ikinci devresinde duraklama, lokal anestezi kullanımı, forseps veya vakum kullanılan doğumlarda, oksipit posterior gelişlerde, iri fetüste, makat doğumlarda median epizyotominin sfinktere ilerleme olasılığı yüksektir (3).

Median epizyotominin olumlu yönleri:

- Onarımı kolaydır,
- Kusurlu iyileşme nadiren görülür,
- Puerperium dönemi daha az ağrılı geçer,
- Nadiren dispareni görülür,
- Anatomik sonuçlar hemen hemen mükemmeldir,
- Kan kaybı daha azdır (3,60).



Şekil 2.1. Epizyotomi teknikleri (115).

2.4.2. Mediolateral Epizyotomi

Güvenli olmasından dolayı operatif obstetrikte mediolateral insizyon kullanılır. İnsizyonu anal sfinkterin lateral kenarından ve en azından vajenin yarısı kadar uzağına, aşağı ve dışarı bir yönde yapılır (55,61). Perineye yapılan insizyon vajinal açıklığın

arka kısmından başlayarak sağa ya da sola doğru 45 derecelik açı ile uzanır (55, 58,62). Böylece bartolin bezleri insizyondan korunmuş olur. İnsizyon çok kanayabilir ve periperiumdan sonra ağrılı olabilir (55).

Genellikle perine yapısı kısa olan kadınlarda (63), makrosefalide, forseps ya da vakum kullanımının gerekli olduğu durumlarda (operatif doğumlarda), anal sfinktere ve kanala doğru ilerleme olasılığını azaltmak için daha çok kullanılır (55). Ancak mediolateral epizyotomide median epizyotomiye göre;

- Vakaların üçte birinde birkaç gün içerisinde ağrı şikayeti olur,
- Disparoni sıklıkla takip eder,
- Vakaların yaklaşık %10'da operatöre bağlı olarak kusurlu anatomik sonuçlar meydana gelebilir,
- Kan kaybı daha fazladır,
- Sfinktere doğru ilerleme nadirdir (3,26).

Shino ve ark. (64) 24114 doğumu inceledikleri çalışmalarında; epizyotomi yapılmayan kadınlara göre üçüncü ve dördüncü derece laserasyonların, midline epizyotomi yapılmış kadınlarda ortalama 50 kat, mediolateral epizyotomi yapılan kadınlarda 8 kat daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Aytan ve ark. (60) çalışmalarında midline epizyotomi uygulanmış kadınlarda perineal laserasyon oluşumunun mediolateral epizyotomi uygulanmış kadınlardan daha sık olduğunu bildirmiştir.

JW de Leeuw ve ark. (65) vakum ve forsepsli doğumlarda mediolateral epizyotominin kadınları belirgin bir şekilde sfinkter hasarından koruduğunu saptamıştır.

Henriksen ve ark. (66) yaptığı çalışmada mediolateral epizyotominin perineal travma ve anal sfinkter lezyonlarından korumadığını bildirmiştir.

2.4.3. Lateral Epizyotomi

Muskulus bulbocavernosusun enine kesilmesidir. Bu insiyonda 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 ağrılı olması gibi nedenlerle günümüzde kullanılan bir metod değildir (67,68).

2.4.4. Bilateral Epizyotomi

Perinenin kısa veya bebeğin iri olduğu durumlarda çıkımın genişletilmesi amacıyla yapılan bir insizyondur. Bu epizyotomi tekniği, skar dokusunun biçimsiz olması nedeniyle günümüzde pek tercih edilmemektedir (67,68).

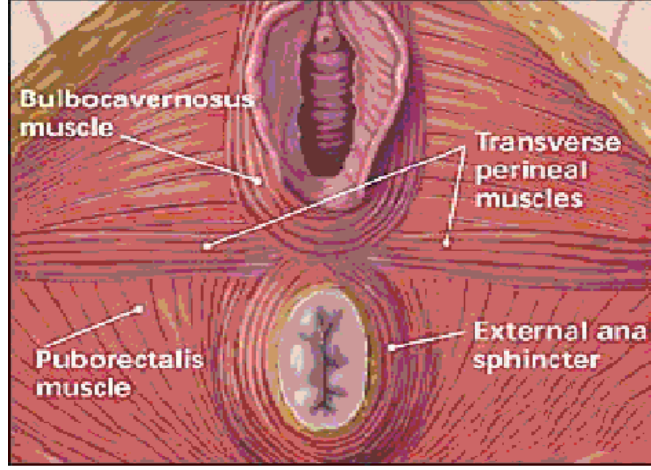
2.5. Epizyotominin Uygulanışı

Epizyotomi bebek başı perinede taçlandığında (bebek başı vajinal açıklıktan 3-4 cm görüldüğünde) ve bir kontraksiyon anında, künt uçlu makasla yapılır (5,33).

Epizyotomi yapılmadan önce genellikle lokal anestezipler yapılmaktadır. Fakat taçlanma anında bebek başı perine dokularını basınç altında bırakarak ağrının algılanmasını engellediği için acil durumlarda taçlanma anında lokal anestezipler yapılmadanda uygulanabilmektedir (5,33).

Epizyotomi uygulaması esnasında kesilen dokular şunlardır;

- Cilt ve cilt altı dokusu,
- Vajen mukozası,
- Bulbokavernöz kası ve ürogenital septum (fasya ve musculus transversalis superfisiyalis),
- Pelvik diyafragmasının superior fasyası,
- Derin kesilerde levator ani kasının puborektalis alt kısımları (1).

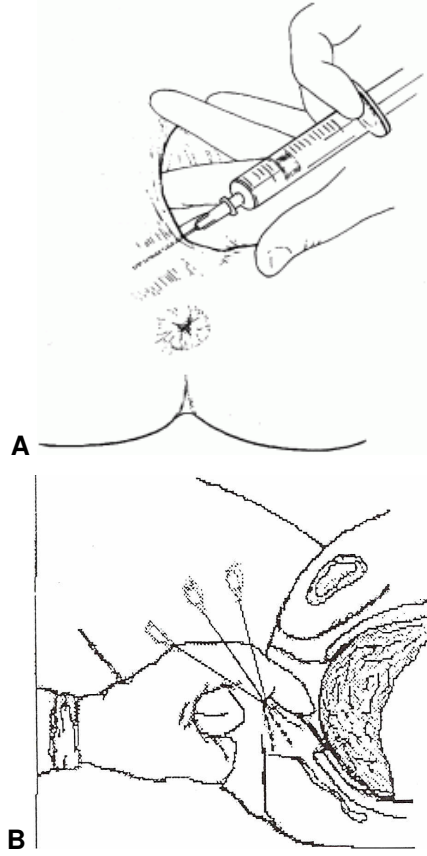


Şekil 2.2. Perine bölgesi kasları (24)

2.6. Epizyotominin Onarımı

Epizyotominin onarımı bebeğin doğumundan hemen sonra ya da plasenta doğduktan sonra yapılabilir. Epizyotomi insizyonunun süturu, plasentanın doğumundan sonra konulmalıdır (54). Kelekçi ve ark. (54) yaptıkları çalışmaya göre, epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce yapılmasının en büyük riski plasentanın manuel olarak çıkarılma gereksinimidir. Böyle bir durumda epizyotomi tekrar açılabilir. Ancak doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimiyle bu risk oldukça düşüktür. Yara iyileşmesini hızlandıracağı, kalıcı hasarları ve enfeksiyon gelişme olasılığını azaltacağından dolayı mümkün olduğu kadar erken bir dönemde onarımın yapılması önerilir (69).

Epizyotomi onarımını yapmadan önce iyi bir aydınlanma sağlanmalı ve kadın litotomi pozisyonuna getirilip üzeri steril bir bezle örtülmelidir. Dikişleri yapan kişi steril önlük ve eldiven giymeli ve daha önceden yapılmamış ise lokal anestezi maddeyi (lidocain) kesi boyunca 0.5-1 cm arayla enjekte etmelidir (70,90).

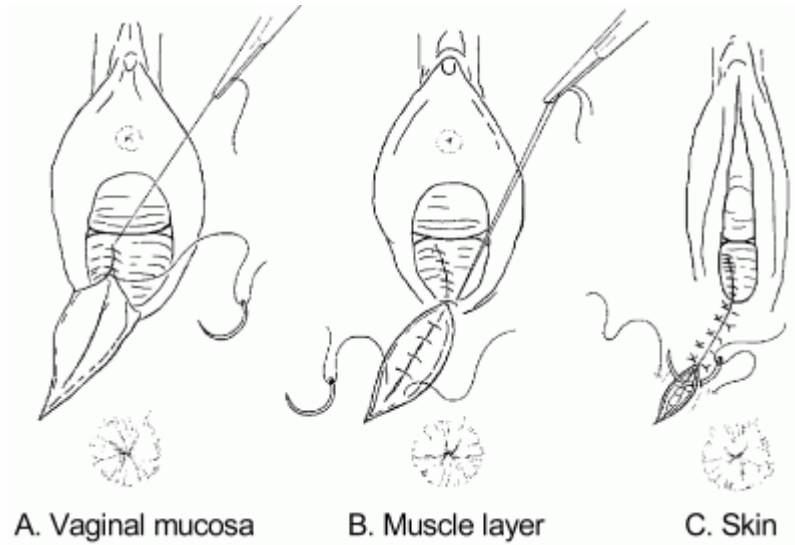


Şekil 2.3. Epizyotomi Açılması ve Onarımı için Lokal Anestezi Uygulanması. A. Lokal Anestezi Uygulama Tekniği (116). B. Lokal anestezinin Dokulara Yelpaze Şeklinde Dağıtılması (5)

Doğum sonrası epizyotominin cerrahi olarak tamirinden önce mutlaka vajen ve serviks incelenmeli ve buralarda görülen laserasyonlar tamir edilmelidir. Yine gerekiyorsa epizyotomi tamirinden önce uterus manuel olarak eksplere edilmelidir. Mediolateral epizyotominin cerrahi tekniğinde, insizyon apeksinin yaklaşık 1 cm üzerinden sutureasyona başlanmalı ve böylelikle hemostaza katkı sağlanmalıdır. Sütur olarak ise 00 kromik katgüt veya 00 Vicryl kullanılabilir. Her sütur vajen ve rektum arasındaki destek dokusunu içereceği gibi aynı zamanda daha güçlü bir destek sağlamak için vajen mukozasını da içermelidir. Süturler tek tek veya devamlı kilitlemeli olarak atılmalı (92), himenal artıkların sınırında veya biraz aşağısında son bulmalıdır. Daha sonra ürogenital diaframdaki defekt 4-6 süturle kapatılmalı, süturler atılırken kesinin iç kenarından geçildikten sonra dış kenarından daha üst seviyeden çıkılmalı, böylelikle 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 suturelerin daha üst seviyeden geçilmesi gereklidir. En son olarak transkütanöz veya subkütiküler (devamlı) suturelerle perineal cilt kapatılmalıdır. Burada 3.0 sutureler kullanılabilir (1).

Midline epizyotominin cerrahi tekniğinde ise anestezi uygulamaları ve kesi zamanlaması açısından mediolateral epizyotomi tekniğindeki kondüsyonlarla benzerdir. Önce vajen insizyonun apeksinin yaklaşık 1 cm üzerinden 1.0/2.0 kromik katgüt 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 (1).



Şekil 2.4. Epizyotomi tamir tekniği (116)

2.7. Epizyotominin riskleri

Epizyotomi, enfeksiyon, gecikmiş yara iyileşmesi, kan kaybı, ağrı ve disparoni nedeniyle hastalanma oranını artırır (70).

Epizyotomi ağrı veren bir insizyondur (71). Perine bölgesindeki kaslar, oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi bir çok aktivitede rol almaktadır. Bu nedenle epizyotomi uygulaması bu bölgede rahatsızlığa neden olmaktadır (5). Ayrıca epizyotomiye bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlık annenin bebek bakımı ve emzirmesine engel olmaktadır.

Epizyotomi uygulanan kadınlarda görülen diğer bir problem de, cinsel ilişki sırasında ağrı duymasıdır. Bu da kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azaltabilir ya da cinsel yaşama başlamalarını geciktirebilir (72).

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. Toker'in (5) çalışmasında belirttiği gibi Newton araştırmasında 68 düşük riskli multipar incelenmiş, bunların 15'inde epizyotomi, 12'sinde laserasyon, 41'inde ise normal perine saptanmış; doğum sonu kan kaybının en çok epizyotomi uygulanan kadınlarda, en az ise normal (laserasyon olmayan) perineye sahip kadınlarda olduğu belirlenmiştir.

Epizyotomide dikişlerin açılması da söz konusudur. Ancak yaygın bir komplikasyon değildir. Toker (5) çalışmasında medline ve mediolateral epizyotomide açılma oranlarının aynı olduğunu ve her ikisinde de en yaygın açılma nedeninin lokal enfeksiyon olduğunu belirtmiştir.

Coughlin (73) 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 inkontinans, pelvik organ prolapsusundan ya da seksüel fonksiyonlarda oluşan zorlanmadan korumadığını söylemiştir (73,74).

Carolyn (74) 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.

Fleming N, ve ark. (75) ve Wellbery'in (76) belirttiği Caroline çalışmasında anal sfinkter ve rektal yaralanma riskinin artmasının rutin epizyotomi uygulamasıyla ilişkili olduğunu saptamıştır. Doğumdan üç ay sonraki dönemde epizyotomili doğum yapan kadınlar ile spontan yırtığı olan kadınları karşılaştırdığı çalışmasında

epizyotomili doğum yapan kadınların pelvik taban kaslarının gücü spontan yırtığı olan kadınlarınkine göre zayıf olduğunu bildirmiştir (75,76).

Singorello ve ark. (77) 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.

Dotun Ogunyemi ve ark. (78) çalışmalarında epizyotominin perineal laserasyon oluşma riskini 12 kat arttırdığını bildirmiştir. Ayrıca ileri anne yaşı, müdahaleli doğum, madde kullanımı, diabet ve preterm eylemde epizyotomi uygulanmasından kaçınılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Davidson ve ark. (79) epizyotominin laserasyonları durdurmada kullanışsız olduğunu bildirmiştir. Çalışmalarındaki epizyotomisiz kadın grubunda laserasyonların çok az olduğunu epizyotomili kadın grubunda ise daha yaygın olduğunu göstermiştir.

Hotun Şahin ve ark. (80) çalışmalarında rutin epizyotominin doğum eyleminin süresini daha da kısalttığını bildirmiştir.

Carolli ve Belizan'ın (81) çalışmasına göre gerekli olduğunda yapılan epizyotominin, rutin yapılan epizyotomiden daha yararlıdır (82,81). Gerekli olduğunda yapılan epizyotominin çok daha az perineal travmaya, dikiş sayısında azalmaya ve daha az komplikasyon gelişmesine neden olduğunu saptamıştır. Mediolateral ve midline epizyotominin benzer etkileri olduğunu bildirmişlerdir (81).

2.8. Epizyotomi Bakımında Ebelerin Görev ve Sorumlulukları

Epizyotominin uygulanma gereksinimini saptamak, epizyotomiyi uygulamak, epizyotomi insizyonunu onarmak, perinenin bakımını sağlamak, annenin epizyotomiye ilişkin korku ve endişelerini azaltmak, rahatsızlıklarını gidermek, iyileşmenin kontrolünü sağlamak ve iyileştirmeyi 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 “Ebenin 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 yapmak (83).

Avrupa Birliğinin epizyotomi işlemi ile ilgili ebelik eğitimi için öngördüğü “Pratik ve Klinik Eğitim” içeriği şöyledir:

Epizyotomi uygulamak ve dikiş ile başlamak, bu teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılır (84).

Ebeler epizyotomi ile ilgili görevlerini yerine getirirken izlemi şöyle olmalıdır.

- İnsizyon yerinin temiz ve kuru tutulmasını sağlamak: Bunun için perine antiseptik solüsyonla önden arkaya doğru yıkanır, kurulur ve temiz ped ile kapatılır. Bu işlem anneye de öğretilir. Tuvalete girmeden önce ve sonra ellerin yıkanması (1) ve kullanılan ped ve tamponlar 4-6 saatte bir değiştirilmeli, pedlere mikroorganizma bulaşmaması için kullanmadan önce açıkta taşınmamalı, poşetlerinde tutulmalı, ped değiştirilmeden önce, eller sabunlu su ile yıkanmalı ve pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzeyine dokunulmamalı, kullanılan pedlerin renksiz ve parfümsüz olmasına dikkat edilmelidir (117).

- İnsizyon yerini gözlemek: Her gün perine ödem, kızarıklık, ağrı, dikişlerde açılma ve akıntıya karşı gözlenir.

- İyileşmeyi hızlandırmak ve rahatsızlığı gidermek: Bunun için yöntemler (1)

Kuru Sıcak Uygulama (Lamba): Hastanın mahremiyeti korunarak, litotomi pozisyonunda yatırılır. 50 cm uzaktan, günde 2 kez 20 dakikalık sürelerle 60 watt’lık lamba ışığı uygulanır (23)

Nemli Sıcak Uygulama: Postpartum 2’inci günde anne günde 2-4 kez, 15 dakika süre ile 38-42 °C ısıda antiseptikli suya oturtulur. Otururken önce gluteal kaslarını kasmalı, oturduktan sonra gevşetmelidir. Banyodan sonra kurularak temiz bir ped konur (23,85)

Buz Uygulaması: Eldiven içine konan buz parçaları, günde 2-4 kez, 15 dakika süre ile ağrıyı ve konjesyonu azaltmak amacı ile kullanılır.

- Annenin dengeli beslenmesini ve istirahatini sağlamak iyileşmeyi hızlandıran diğer faktörlerdir (23).
- Anneye epizyotomi bölgesi enfeksiyon belirtileri öğretilmeli ve nasıl bir bakım uygulaması gerektiği anlatılmalıdır.

2.9. Yara Tanımı

Travmaya (darbeye) bağlı olarak deri, mukoza (vücut iç 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 (86).

2.10. Yara Çeşitleri

Yaralar, açık ve kapalı olmak üzere iki büyük sınıfa ayrılırlar:

Açık yaralar

- Kesi yaraları (insizyon yaraları)
- Lasere ve ezik yaralar
- Delici aletlerle olmuş yaralar
- Isırık ve sokmalar
- Yanık yaraları

Kapalı yaralar

- Künt yaralar (ezilme)
- Sıyrık
- Hematom
- Burkulma (87).

2.10.1. Açık Yaralar

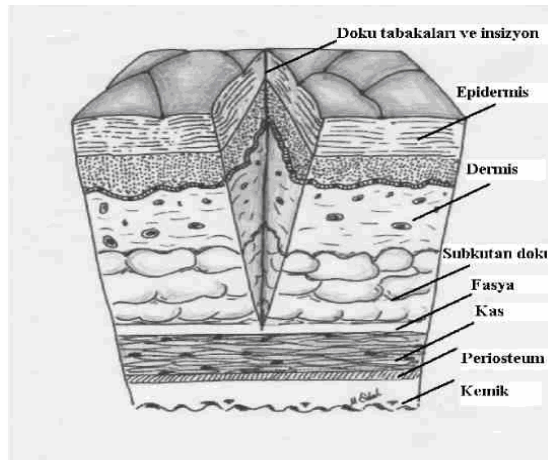
Bu yara çeşitlerinden kesi yaralarının (insizyon yaraları) ve lasere yaraların dışındaki yaralanma çeşitlerinden tez konumuz dışında olduğu için bahsedilmeyecektir.

2.10.1.1. Kesi (insizyon) yaraları

İnsizyon yaraları penetrandır ve genellikle cerrahi olarak yapılır, nadiren travmaya sekonder olarak gerçekleşir. Cerrahi insizyon minimal doku hasarına neden olur (88). Bu tür yaralarda derin fasiya tabakaları kesilmişse, yara kenarları iki tarafa doğru ayrıldığından yara ağzı açıktır. Epizyotomi yarası bu yaraya bir örnektir (87).

2.10.1.2. Lasere yaralar ve ezik yaralar

Laserasyon dokunun yırtılmasıdır ve genellikle travmaya sekonderdir. Travma içerideki doku direncini aştığı ve derinin yırtıldığı durumlarda meydana gelir (88). Mikroorganizmalar için iyi bir kültür ortamı oluşturan bu tip yaralar çabuk kontamine olurlar ve geç iyileşirler. Kan damarlarının kontraksiyonu nedeniyle ciddi bir kanama görülmeyebilir; ağrı kesi yaralarına oranla daha fazladır (87).



Şekil 2.5. Deri ve deri altı doku katmanları (89)

2.11.Yara İyileşmesi

Yaralanma sonucu dokuda, yara iyileşmesi ile sonlanan organize ve karmaşık birtakım hücrel ve hümorale süreçler yaşanır (90,91). 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 sürecindeki sıra değişmez (87).

Yara iyileşmesi, primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) iyileşmeler olarak üç katogoride incelenmektedir (93).

2.11.1. Primer İyileşme

Yara kenarları birbirine çok yakınsa ve arada doku kaybı yoksa minimum granülasyon dokusuyla primer iyileşme görülür (93). Kollojenin ve diğer matris proteinlerinin sentezi, depolanması ve kollojen lifleri arasındaki bağların oluşumu dengeli bir şekilde devam eder. Cerrahi insizyonlar, temiz kesi yaralanmaları ile bütünlüğü bozulan dokular; dikiş, stapler veya yapışan bantlarla kapatılırlar (93,94,95).

2.11.2. Sekonder İyileşme

Yara kenarları doku kaybının fazla olması nedeniyle ya da kontaminasyon nedeniyle birleştirilmeyip açık bırakılır (93). Açık bırakılan yara kenarları; biyolojik bir süreçle kontrakte olur ve granülasyon dokusu gelişir. Primer iyileşmede olan inflamasyon matris oluşumu, epitelizasyon ve skar dokusu, yeni kapiller, proliferatif fibroblastlar, kollojen, proteoglikan ve skar dokusu matürasyonu ile iyileşme süreci tamamlanır (95).

2.11.3. Tersiyer İyileşme

Doku kaybı olmayan fakat enfekte olan yaralarda, enfeksiyon tedavi edilirken yara açık bırakılır ve daha sonraki bir zamanda yara cerrahi olarak dikilirse bu gecikmiş primer kapanmaya tersiyer (üçüncül) iyileşme denir (93).

2.12. Yara İyileşmesinin Evreleri

Bütün yaralarda iyileşme süreci aynı sırayı izler (93). Yara iyileşmesi üç fazda oluşur. Bunlar; enflamasyon fazı (5 gün), proliferasyon fazı (5 - 15 gün) ve olgunlaşma (matürasyon) fazı (15 gün-2 yıl) dır (96).

2.12.1. Enflamasyon Fazı

Bu aşamanın görevi zedelenme bölgesinde ölü hücre ve mikroorganizmaları yok ederek yeni dokunun yerleşeceği ortamı hazırlamaktır (87). Kesilme işlemi başladığı andan itibaren ilk on dakika içinde yara bölgesinde lokal olarak şiddetli vazokonstriksiyon başlar (97). İnflamasyonun tipik belirti ve bulguları ısı, kızarıklık, ağrı ve şişlik ve hareket kısıtlılığıdır (87).

Enflamasyon aşamasında yer alan olaylar iki grupta toplanır.

2.12.1.1. Vasküler Cevap

Travmayı takiben yaralanan damarlardan kanama başlar. Bu aşamada vazokonstriksiyon, vazodilatasyon, damar geçirgenliğinde değişimler ve kan akımının artması söz konusudur (98). 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 absorbe edilir. Vazokonstriksiyon aşamasında, plateletler (trombositler) bir araya toplanarak pıhtıyı oluştururlar (5).

2.12.1.2. Hücresel Cevap

Bu süreçte pıhtı oluşmaktadır. Ayrıca polimorfonükleer lökositler ve mononükleer lökositler (monositler) bu süreçte görevleri vardır. Polimorflar (nötrofiller), 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 uçlarından endotel sürgünlerinin oluşması için sinyaller verirler (98,99).

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 mıknaş gibi çekilerek hücreler fagositoz olayını gerçekleştirirler. Hücreler canlı kalabilmeleri ve hücre göçünün gerçekleşmesi için yara bölgesinin belirli bir neme sahip olması gerekmektedir. 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 sağlamaktadır (98,99).

İnflamasyon aşamasında; hemostatik olaylar gelişerek, eksuda oluşur. Eksuda steril bir madde olduğu halde eksudada bakterilerin bulunması veya birikmesi bazı koşullarda iyileşmeyi geciktirebilir (98,99).

2.12.2. Proliferasyon Fazı

Bu fazda fibroblastlar hızla kollojen sentez eder. Kollojen ve proteoglikan onarım için temel çatıyı oluştururlar. Kollojen, angiogenesis (yeniden damarlanma) ve proteoglikan, yarayı dolduran bağ dokusunu oluşturur. İlk beş gün içinde kollojen az olduğundan yaranın gerilim gücü düşüktür, zorlayıcı güçlere karşı direnci zayıftır.

Kollojen sentezlenmesindeki sorunlardan ortaya çıkan yara açılması bir cerrahi işlemden sonra 5 ile 12 gün arasında gerçekleşir. Proliferasyon aşamasında epitel 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 (100).

2.12.3. Matürasyon Fazı

Bu faz yara iyileşmesinin en uzun ve son fazıdır. Yara iyileşmesinden sonraki remodeling dönemidir. Skar dokusu vaskülaritenin azaltılması ile daha az hiperemik olur ve doku gerginliği artar (96). Fibroblastlar bu aşamada kollojen sentez etmeye devam ederler. Kollojeni oluşturan lifler çaprazlama birbirine bağlanırlar. Bu da yeni oluşan dokunun yara bölgesine daha organize bir biçimde yerleşmesine ve böylece dokunun daha güçlü olmasına yol açar. 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 (98,99).

2.13. Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler

Yara iyileşmesinin muhtelif aşamalarını, hücresel veya biyokimyasal olarak etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar:

- Yaş, cins ve ırk
- Zedelenmenin özelliği
- Zedelenmenin lokalizasyonu
- Travma
- Isı

- Nem
- Beslenme
- Enfeksiyon
- İlaçlar; Glukokortikosteroidler, Histamin, Antineoplastik ilaçlar, Nonsteroid

antienflamatuvar ilaçlar

- Radyoterapi
- Diabet
- Karaciğer fonksiyonlarının yetersizliği
- Lokal kan dolaşımı
- Genetik ve immünolojik bozukluklar
- Oksijen
- Growth faktörler
- Sigara

Bu faktörler; dokunun morfolojik ve fonksiyonel bütünlüğünde olumlu veya olumsuz gelişmelere sebep olmaktadır (101,102).

2.13.1. Yaş, Cins ve Irk

Çocuklarda yara iyileşmesi erişkinlere göre daha hızlıdır.

Yaşlılarda yara iyileşmesinin enflamasyon aşamasında bazı yavaşlamalar olur. Özellikle yaraya makrofaj ve lenfosit göçünde gecikme olur. Bu gecikmeden dolayı yaradaki enfeksiyona karşı direnç ve doku yıkım artıklarının temizlenmesinde azalma gözlenebilir. Proliferasyon aşamasında da belirli gecikmeler gösterilmiştir (103).

Yara iyileşmesinin üçüncü aşamasında da bazı değişiklikler saptanmıştır. İlerleyen yaşla birlikte, yaranın mekanik kuvvetinden sorumlu olan kollojen sentezinin azaldığı belirtilmiştir. Ancak kollojen düzeyi azalmakla birlikte ekstraselüler matriks organizasyonunda fetal yara organizasyonundakine benzer bir gelişim saptanmıştır. Bunun da daha küçük iz kalan bir yaraya yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca sağlıklı yaşlılarda yapılan başka bir çalışmada, kollojen sentezinde bir bozukluk olmadığı ancak epitelizasyonun geciktiği vurgulanmıştır (90).

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 (90).

Cinsiyetler arasında belirgin bir fark yoktur. Siyah ırkta diğer ırklara göre keloid oluşumu daha yüksek orandadır (104).

2.13.2. Zedelenmenin Özelliği

Zedelenmenin derin, yüzeysel veya geniş olması, zedelene dokunun rejenerasyon yeteneği, zedelene bölgede kan damarlarının yoğunluğu da iyileşme sürecini etkiler (105).

2.13.3. Zedelenmenin Lokalizasyonu

Doku gerilmesinin en az olduğu yaralar hem çabuk iyileşir hem de ince bir skar bırakırlar (105).

2.13.4. Travma

Yara bölgesi üzerine sürekli travma iyileşmeyi olumsuz etkileyeceğinden bölge tespit edilmeli ve travmadan uzak tutulmalıdır (99).

2.13.5. Isı

Ortam ısı 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 (106).

2.13.6. 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 barrier tamponların kullanımıyla uygun olarak nemlendirilebilir. Bu örtüler yarayı seröz eksuda şeklinde yıkar ve alındığında yara yüzeyine yapışmaz (31).

2.13.7. Beslenme

Beslenme eksikliği içerisinde bulunan hastalarda yara iyileşmesi tam olmaz, gecikir ve bu kimselerin enfeksiyonlara karşı savunma mekanizmaları yeterli olmadığından yara enfeksiyonu gelişmesi riski yüksektir (107). Kuyumcu ve arkadaşları (108) çalışmalarında malnütrisyonun şiddeti ile orantılı yara iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyon oluştuğunu belirtmiştir. İleri derecede demir eksikliği hidroksiprolin sentezini azaltarak yeterli miktarda kollojen sentezlenmesini önler. Travma sonrası dönemde doku ve plazma çinko düzeyinde düşme görülür. Çinko eksikliğinde epitelizasyon hızı ve yara gerilme kuvveti azalır. Kollojenin sentezlenmesi ve fiziksel özellikleri olumsuz yönde etkilenir (107).

Belirgin vitamin eksikliklerinde reepitelizasyonda gecikme, kollojen sentez ve stabilitesinde ise azalma olur. Böylece yara iyileşme süreci uzar. A vitamini, enflamatuvar hücrelerin granülasyon dokusuna yönlendirilmesinde, kollojen sentezinde ve kovalen bağların teşekkülünde rol oynar. C vitamini eksikliğine bağlı olarak kollojen hidroksilasyonunda meydana gelen bozukluk, kollojeni zayıf bir karakter kazanmasına neden olur. Böylece yara gerilme kuvveti azalır. E vitaminin, anti oksidan ve lizozomal membran stabilizasyonuna etkileri vardır. B kompleks vitaminleri, protein ve yağ metabolizmasında enzim kofaktörüdürler. K vitamini indirekt mekanizmayla yara iyileşmesini etkiler. Yarada hematoma oluşması ve bunun yara iyileşmesinde yaratacağı olumsuz etkileri ortadan kaldırır (103).

2.13.8. İnfeksiyon

İnfeksiyon, yara iyileşme süresini uzatan nedenlerden biridir. Yarada enfeksiyon, patojen mikroorganizma sayısının her bir gram dokuda 100000'e ulaşmasıyla oluşur. İnfeksiyon dokuda bulunan yabancı cisimlerle yada doku iskemisiyle yakından ilgilidir. Bakteriyel enfeksiyon, alternatif kompleman aktivasyonu ile enflamasyon devresinde uzama ve şiddetinde artışa neden olur. Ancak enflamasyonun aşırı artması durumunda, yara iyileşmesi gecikir. Bazı bakteriler, PgE₂ ve tromboksan üretirler. Bunlara lökositlerin cevabı sonucunda araşidonik asit metabolitleri ve serbest oksijen radikalleri açığa çıkar. Açığa çıkan bu maddeler doku harabiyetine neden olurlar. Doku yıkım ürünleri ise bakteriler için üreme ortamı oluşturur. Enfekte olan yaralarda, granülasyon dokusunun daha fazla geliştiği saptanmıştır. Ayrıca endotoksinin etkisiyle Makrofajlar anjiogenik faktör salgırlar. Anjiogenez yara iyileşmesi için gerekli olduğu halde fazla olması da skar oluşumunu artırır. Yarada fazla sayıda bakteri bulunduğunda epitelyumizasyonun durduğu gösterilmiştir. Bakterileri salgıladığı toksinler ve bazı metabolitler, epitelyum migrasyonunu inhibe etmektedir. Ayrıca, infekte yaralarda, kollojen ve hidroksiprolin miktarı yüksek bulunmuştur. Deney hayvanlarında infekte yarada 100000'in üzerindeki bakteri kontaminasyonu, yara kontraksiyonunu geciktirmektedir. İnfeksiyon oranını arttıran nedenler: Yabancı cisim, ölü doku, lokal iskemi, vazokonstrüktif ilaçlar, gergin dikişler, hematoma, ölü boşluk ve dikiş materyalidir (100).

2.13.9. İlaçlar

İlaçların yara iyileşmesine olan etkileri karmaşık ve çelişkilidir.

2.13.9.1. Glikokortikosteroidler

Kortikosteroidler yara iyileşmesini direkt olarak etkilerler. Kortikosteroidler; farmakolojik dozlarda enflamasyonu azaltır. Protein ve kollojen sentezini inhibe eder. Nötrofilleri ve monositleri azaltarak, enflamatuar odakta toplanmalarını önlerler.

Kemotaksisi bozduğu gibi, fagositoz fonksiyonunu da bozarak cansız dokunun ve yabancı cisimlerin debridmanını etkilerler. Yarada reepitelizasyon gecikmiş olur (103).

2.13.9.2. Histamin

Travmayı takiben, inflamasyon aşamasında, histamin düzeyinin normalin üzerine çıkması doku kan akımı, anjiogenezis ve fibroplaziyi arttırarak iyileşme oranını hızlandırır. Yara iyileşmesinde bir histidin dekarboksilaz inhibitörünün kullanılması kollojen birikiminde %20, yara gerilme kuvvetinde ise %18 azalma meydana getirir (87).

2.13.9.3. Antineoplastik İlaçlar

Genel olarak, sitotoksik ilaçların cerrahi yöntemlerle tedavi edilen malign tümörlü hastaların kemoterapisinde kullanılması ve yan etkileri nedeniyle yara iyileşmesinde önemli sorun olmaktadır (109).

2.13.9.4. Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar

Nonsteroid antienflamatuar ilaçların hayvanların yara iyileşmesini inhibe ettikleri yönünde çeşitli çalışmalar mevcuttur. Ancak insanlarda yara iyileşmesini inhibe ettiklerini gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır (98).

2.13.10. Radyoterapi

Radyasyon, yara iyileşmesinin enflamasyon döneminde enflamatuar hücre sayısını azaltması dışında herhangi bir değişikliğe yol açmaz. 1,000 rad'ın altındaki dozlar gerilme kuvvetinde minimal azalma daha yüksek dozlar ise bu kuvvetin normale ulaşmasında gecikme meydana getirir (110)

2.13.11. Diabet

Diyabetli hastaların savunma sistemlerinin zayıfladığı, nötrofil, eozonofil, bazofil gibi polimorfonükleer lökositlerin ve fibroblastların yaralanmaya geç yanıt verdikleri, inflamatuvar sürecin bu hastalarda uzadığı, ayrıca savunma hücrelerinin fonksiyonlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bu değişiklikler nedeni ile diyabetli hastalarda yara iyileşmesi güçleşmekte ve enfeksiyon gelişmesi kolaylaşmaktadır (81,111).

2.13.12. Karaciğer Fonksiyonlarının Yetersizliği

Karaciğer fonksiyonları, pıhtılaşma faktörleri açısından yara iyileşmesinde önemlidir. Karaciğer fonksiyonları bozuk ise, safra tuzlarının sentezinde bozulacağından bağırsaklardan K vitamini absorpsiyonu azalır (93).

Albumin, plazma onkotik basıncını sağlayan en önemli proteindir. Albumin azlığında oluşacak ödem, besin emilimini engelleyeceğinden yara iyileşmesinin de geciktirecektir (93).

2.13.13. Lokal Kan Dolaşımı

Doku iskemisi doku onarımını engelleyen belli başlı faktörlerden biridir. İskemi, vasküler hastalıklar, enfeksiyon, yaradaki yabancı cisimler, yara dudaklarının aşırı gerilmesi ya da sütürlerin aşırı sıkılması gibi lokal nedenlere bağlı olabilir. Ayrıca tıkaçıcı arter hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya konjestif kalp yetmezliği gibi sistemik hastalıklara da bağlı olabilir. İskemide yara iyileşmesi için gerekli olan oksijen ve besleyici maddeler yara alanına yeterli olarak ulaşmaz. Bunun sonucu yara iyileşmesinde gecikme meydana gelir (98, 103).

2.13.14. Genetik ve İmmünolojik

Genetik ve immünolojik bozukluklar sonucu ortaya çıkan keloid ve hipertrofik skar oluşumu aşırı kollojen birikimine bağlı olan yara iyileşmesi sorunlarıdır. Keloid,

orijinal yara iyileşmesinin ötesinde gelişen granülasyon dokusunun, çevre dokulara invazyonuna yol açan otozomal dominant bir bozukluktur. Keloidde kollojen sentezi, birikim ve yıkımı gerek normal granülasyon dokusuna, gerekse hipertrofik skara nazaran daha fazladır. Keloidde bir antijen-antikor etkileşiminin kronik enflamasyonu uyardığı, bununda fibroblast proliferasyonu ve kollojen sentezini arttırdığı ileri sürülmektedir (104)

2.13.15. Oksijen

Yara iyileşmesi için yeterli oksijenin dokulara ulaşabilmesi gerekir. Yara iyileşmesi için gerekli fibroblast çoğalması, kollojen düzenlenmesi gibi olaylarda oksijen gereklidir. Hipoksi (<15 mmHg), fibroblast göçünü, kollojen sentezini bozar ve yara gerilim kuvvetini azaltır (112). Normal arteriyel parsiyel oksijen basıncı hücre hareketi, hücre çoğalması ve protein sentezi için gereklidir (87). Ayrıca hipoksik durumlarda metabolitlerin ortamda birikmesi doku ödemine yol açmaktadır. Hipoksik ortamlarda enfeksiyon olasılığı da artmaktadır (112).

2.13.16. Growth Faktörler

Growth faktörler hücre bölünme ve çoğalmasını uyarabilen ve organizmada önemli işlevleri bulunan çeşitli proteinlerin sentezine yol açabilen polipeptidlerdir. Normalde sessiz olan hücrelerde mitozisi başlatma yetenekleri vardır. Bu maddeler genel olarak, trombositler, makrofajlar, epitel hücreleri fibroblastlar ve endotel hücreleri tarafından yapıp salgılanmaktadır (113).

2.13.17. Sigara

Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozabilir. Bilhan ve ark. (112) çalışmalarında fibroblastların nikotini bağlayarak içine aldıklarını belirtmiştir. Yüksek hücre içi konsantrasyonlara ulaşan nikotin nedeniyle özellikle tip III kollojen yapımında azalma olur ayrıca normal hücre fonksiyonları bozulabilir (örn: kollojen salınımı meydana gelebilir). Sigara kullanımı kemotaksis ve

fagositoz gibi polimorfonükleer fonksiyonları üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir (112).

Nikotinin adrenal katekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olduğu, ayrıca vazodilatasyon etkisiyle yara iyileşmesini kolaylaştıran prostasiklinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini azalttığı bilinmektedir (112).

2.14. Yara İyileşmesinin Komplikasyonları

2.14.1. Enfeksiyon

Yara iyileşmesi sırasında en sık rastlanan komplikasyondur. İnflamasyon aşamasında yara bölgesinin bakterilerle kontamine olması sonucu gelişmektedir (100).

2.14.2. Yara açılması

Kollojen sentezlenmesi ile ilgili sorunlar nedeni ile en çok zedelenmenin 5-12. günleri arasında yara açılabilir (103).

2.14.3. Keloid Oluşumu

Kollojenin aşırı çoğalması sonucu yara üzerinde kalın, yüksek, şekilsiz ve pembe-beyaz renkli hoş olmayan bir görünümde fibröz doku oluşabilir. Buna keloid denir. Bu yapı, kollojen yapımının, yıkımından çok olması nedeni ile oluşur (114)

2.14.4. Kontraktür

Skar dokusunda zamanla kısalma ve kalınlaşma sonucu görülür. Striktür ve adhezyon da yara iyileşmesinin diğer komplikasyonlarıdır. Skar dokusunun dokuları

çekme ve yapıları daraltmasına striktür, diğer dokulara yapışmasına da adhezyon denir (98).

2.15. Yara İyileşmesinde Ebelerin-Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

Ebeler-Hemşireler, hastaların kendi iyileşme süreçlerine yardımcı olarak ve varsa yara iyileşmesini engelleyen lokal faktörlerin etkisini azaltarak yara iyileşme sürecine katkıda bulunurlar. Ebelerin-Hemşirelerin; yara iyileşmesinde hayati rol oynamaları nedeni ile yara iyileşmesinin temel mekanizmalarını ve iyileşme sürecine etkisi olan faktörleri bilmeleri gerekmektedir.

Yara iyileşmesinde ebelerin-hemşirelerin sorumlulukları şunlardır:

Enflamasyonun önlenmesi, dokunun oksijenlenmesi ve doku iyileşmesinin desteklenmesi sağlanmalıdır. Ebeler-Hemşireler bunun için;

- Dikkatli ve planlı hareket etmeli, laboratuvar değerleri doğrultusunda hastanın fizyolojik durumunu değerlendirebilmeli,
- Tıbbi eksiklikleri varsa belirleyerek giderebilmeli,
- Uygun yara bakımını yapabilme yeteneğine sahip olmalı,
- Hastanın yeterli beslenmesini sağlamalı (vitamin ve mineral içeren),
- Vücuttaki oksijen düzeyinin yara iyileşmesi için yeterli olmasını sağlamalı,
- Yara bakımını sürdürebilmelidir.

Yara bakım süreci; yaranın değerlendirilmesi, dokunun oksijen ve perfüzyonunun yeterli olması, yaranın uygun nem oranına sahip olmasının sağlanması, yaranın temizliği ve yara için doğru bakımın uygulamasının seçimini içermektedir (93).

Yara değerlendirilmesinde; yaranın yeri, yaranın şekli, yaranın alanı ve derinliği, yaranın rengi, zedelenmenin nedeni, yaranın görünümü ve eksuda miktarı, kokusu ve ağrı not edilmelidir. Yara değerlendirilmesi, hemşirenin problemi tanımlaması ve yara tedavisi için öncelikleri belirlemesini sağlamaktadır (93).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Kütahya İli Merkezindeki ve Tavşanlı İlçesindeki Devlet Hastanelerinde epizyotomi yapılan kadınların yara iyileşmesini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan prospektif bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın içeriğindeki birinci gözlem Kütahya İli Merkez İlçesindeki ve Tavşanlı İlçesindeki devlet hastanelerinde, ikinci ve üçüncü gözlem, annelerin ikamet ettiği mahallede bulunan sağlık ocaklarında yapılmıştır. Sağlık ocağına gelemeyen annelerin ikinci ve üçüncü gözlemleri evlerine gidilerek gerçekleştirilmiştir.

İlin toplam 13 ilçesi, 77 belediyesi, 544 köyü bulunmaktadır. 2007 yılı adrese dayalı genel nüfus sayımına göre il nüfusu 583910, Merkez İlçe nüfusu 237570, Tavşanlı İlçe nüfusu 99433'tür. İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 9 devlet hastanesi, 2 sağlık merkezi, 119 sağlık ocağı, 186 sağlık evi, 2 ana çocuk sağlığı merkezi ile hizmet vermektedir. Merkez İlçede bulunan 2 devlet hastanesi (Kütahya Devlet Hastanesi, Evliya Çelebi Devlet Hastanesi) ve Tavşanlı İlçesinde bulunan 2 devlet hastanesi (Tavşanlı 82. Yıl Devlet Hastanesi, Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi) araştırma kapsamına alınmıştır. Bu hastanelerin seçilmesinin nedeni nüfus yoğunluğunun ve gebe yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerde bulunmasıdır.

Devlet hastanelerinde anneler doğumdan sonra ilk iki saat doğumhanedeki travay odasında daha sonra ise serviste gözlenmektedir (doğumdan sonraki 3-24 saat). Bu nedenle araştırmanın ilk gözlemine doğum sonrası ilk 4 saat süre boyunca doğumhanelerde ve doğum servislerinde bulunan anneler dahil edildi. İkinci ve üçüncü gözlemler merkez ilçedeki 1,3,5,7,8,11,14 nolu sağlık ocaklarında ve Tavşanlı

ilçesindeki 1,2,3,4 nolu sağlık ocaklarında yapıldı. Anneler gözlem gününden bir gün önce telefonla sağlık ocağına davet edildi. Epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi hasta mahremiyetinin korunması bakımından tek kişilik odalarda (gebe muayene odaları) yapılmıştır. Sağlık ocağına gelemeyeceğini bildiren 7 anneye ev ziyareti yapıldı. Ev ziyareti yapılan annenin mahremiyeti gözetilerek uygun bir odada gözlemi yapıldı. Eylül ayında 12 annenin (9 Merkez ilçeden, 3 Tavşanlı ilçesinden), Ekim ayında 18 annenin (14 Merkez ilçeden, 4 Tavşanlı ilçesinden), Kasım ayında 18 annenin (14 Merkez ilçeden, 4 Tavşanlı ilçesinden), Aralık ayında 12 annenin (9 Merkez ilçeden, 3 Tavşanlı ilçesinden), Ocak ayında 20 annenin (14 Merkez ilçeden, 6 Tavşanlı ilçesinden), Şubat ayında 16 annenin (11 Merkez ilçeden, 5 Tavşanlı ilçesinden) ve Mart ayında ise 8 annenin (6 Merkez ilçeden, 2 Tavşanlı ilçesinden) tüm gözlemleri tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini; Kütahya Devlet Hastanesi, Evliya Çelebi Devlet Hastanesi, Tavşanlı 82. Yıl Devlet Hastanesi ve Doç.Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanelerinde 01 Temmuz 2007- 01 Mart 2008 ayları arasında normal doğum yapmış ve epizyotomi yapılmış anneler oluşturmaktadır. Bu hastanelerin kayıtlarına göre 01 Temmuz 2007 - 14 Mart 2008 tarihleri arasında Merkez ilçedeki 855 anneye, Tavşanlı ilçesindeki 628 anneye, toplam 1483 anneye epizyotomi yapıldığı saptanmıştır.

3.4. Çalışma Grubunun Oluşturulması

Doğum sırasında epizyotomi açılan kadınlarda yara iyileşmesini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlayan bu çalışmada 01 Temmuz 2007 - 14 Mart 2008 tarihleri arasında Kütahya İli Merkezindeki ve Tavşanlı İlçesindeki Devlet Hastanelerinde epizyotomili normal doğum yapan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve

doğum sonrası dönemin ilk 15 günlük süresince Kütahya ili sınırlarında bulunan anneler dâhil edilmiştir. Araştırma kapsamına koşulları yerine getiren Tavşanlı İlçesindeki 27 anne, Merkez ilçedeki 77 anne olmak üzere toplam 104 anne alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve REEDA Skalası ile toplanmıştır. Veri toplama formu hazırlanmadan önce; epizyotomi konusunda literatür incelenmiş ve bu bilgiler ışığında adı geçen form geliştirilmiştir. Bu formun uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla 10 vakaya ön uygulama yapılmış ve gerekli düzeltmeler yapılarak form çoğaltılmıştır.

Bu form iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci Bölüm (1-34. sorular); annelere ilk görüşmede uygulanan bölümdür. Bu bölümde annelerin yaşı, boyu, gebelik öncesi kilosu, miaddaki kilosu ve gebelik boyunca toplam kaç kilo aldığı, öğrenim durumu, mesleği, eşinin mesleği, eşinin öğrenimi, sosyal güvencesi, aile tipi, aynı evde yaşayan kişi sayısı, aylık geliri, gebeliğinde kullandığı ilaçlar, gebelik öncesi dönemde, gebelik süresince ve doğumdan sonra sigara kullanma durumları, herhangi bir sistemik hastalığının olup olmadığı, önceki operasyonları ve yara iyileşmesinin kaç günde olduğu, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, kaçınıcı doğumu, en son gebeliği ile şu andaki gebeliği arasında geçen süre, gebelik boyunca egzersiz yapma durumu, travay süresi (kontraksiyonların ilk başladığı andan eylemin II. devresine kadar olan süre soruldu), eylemin II. devresinin kaç dakika sürdüğü (annenin anlayabileceği bir şekilde kendisine soruldu), epizyotomi dışında diğer laserasyonların olup olmadığı, yenidoğanın kilosu, yenidoğanın baş çevresi, yenidoğanın prezentasyonu daha önce doğum yapmış olan kadınların önceki doğumunda epizyotomi uygulanıp uygulanmadığı, uygulananlarda epizyotomi için özel bir bakım uygulama durumu, epizyotomi bölgesinde enfeksiyon gelişip gelişmediğini araştıran sorular sorulmuştur (EK 1).

İkinci Bölüm (1-27. sorular); annelere son görüşmede uygulanan bölümdür. Bu bölümde epizyotomi iyileşmesini etkileyeceği düşünülen; annelerin doğum sonrası kendisine ve bebeğine yardımcısı olup olmadığı, doğumdan sonra epizyo bölgesi için herhangi bir uygulama yapma durumu, doğumdan sonra kanamanın karakterinin nasıl olduğu, doğumdan sonra kanama takibi için kullandığı pedin türü, pedini günde kaç kez değiştirdiği, doğumdan sonra ilk banyosunu kaçınıcı gün yaptığı, banyoyu nasıl yaptığı, hangi tip tuvalet kullandığı, tuvaletten önce ellerinizi yıkama durumu, tuvaletten sonra genital bölge temizliğini nasıl yaptığını, tuvalet temizliğinizi ne ile yaptığı, tuvaletten sonra ellerini yıkama durumu, ilk dışkılamasını doğumdan sonra kaçınıcı günde yaptığı, kabızlık şikayeti olma durumu, kabızlık şikayetini giderecek herhangi bir ilaç ve ya herhangi bir yöntem kullanma durumu, ilk dışkılama sırasında dikişlerinde ağrı, yanma, acı hissetme durumu, genital bölgeyi her yıkadıktan sonra kurulama durumu, her tuvalet ihtiyacınızı gördükten sonra genital bölgeyi yıkama durumu, vajinal deodorant kullanma durumu, iç çamaşırını doğumdan sonra kaçınıcı günde giydiği, kullandığı iç çamaşırın tipi, çamaşırlarını değiştirme sıklığı, dikiş yerinde bir şikayetinin olup olmadığı, akıntıda kötü bir koku olup olmadığı, günde ortalama kaç bardak sıvı aldığı, günlük kaç saat uyduğuna ilişkin sorular yer almaktadır (EK 2).

REEDA Skalası (EK 3): Epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi REEDA Skalası kullanılarak yapılmıştır. REEDA Skalası ilk kez 1970 yılında Davidson tarafından perinenin iyileşmesi konulu master tezinde kullanılmıştır. Skalanın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1989'da Hill tarafından yapılmıştır. Türkiye'de REEDA Skalası Üstünsöz (1996) tarafından ‘‘Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların 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)
- **Echymosis** (Ekimoz)
- **Discharge** (Akıntı)
- **Approximation** (Yara dudalarının kapanması)

Bu beş iyileşme faktörünün her bir kategorisinin değerlendirilmesi ile toplam REEDA skoru elde edilir. Skala her bir değerlendirmeye 0, 1, 2 ve 3 puanları verilerek

değerlendirilir. En düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. En yüksek puan en ciddi perineal travmayı göstermektedir.

Skala ilk gözlem yapıldığında (birinci gün), ikinci gözlem yapıldığında (beşinci gün) ve üçüncü gözlem yapıldığında (onbeşinci gün) ayrı ayrı doldurulmuştur.

Çizelge 3.1 Epizyotomi Bölgesi Değerlendirme Skalası (REEDA Skoru)

PUAN	KIZARIKLIK	ÖDEM	EKİMOZ	AKINTI	YARA DUDAKLARINDA YAKLAŞMA
0	Hiç Yok	Hiç Yok	Hiç Yok	Hiç Yok	Hiç Ayrılma Yok
1	İnsizyonun bilateral 0.25 cm içinde	Perinede, insizyonda 1 cm'den az	Bilateral 0.25 cm veya unilateral 0.5	Serum	Deri ayrılması 3 mm veya daha az
2	İnsizyonun bilateral 0.5 cm içinde	Perinede ve/veya vulvada 1-2 cm arasında	Bilateral 0.25 cm – 0.5 cm arası unilateral 0.5 cm – 2 cm	Sero sangionöz	Deri ve subcutan yağ dokusu ayrılıyor ise
3	İnsizyonun bilateral 0.5 cm ötesinde	Perinede ve/veya vulvada 2 cm'den büyük	Bilateral 1 cm'den unilateral 2 cm'den büyük	Kanlı pürülan	Deri, subcutan yağ ve faysa tabakaları ayrılıyorsa

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama formu ve ölçek uygulanmadan önce Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı, annelerden ise araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Veriler, 01.07.2007 – 14.03.2008 tarihleri arasında toplanmıştır. İkinci ve üçüncü gözlemler sabah 9:00-11:00 saatleri arasında ve 13:30-15:00 saatleri arasında yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama sırasında annenin kendisini rahat hissetmesine ve mahremiyetine dikkat edilmiştir. İlk görüşmede veri toplama formunun birinci bölümü ve ölçek

uygulanmıştır. İkinci ve üçüncü görüşmede veri toplama formunun ikinci bölümü ve ölçek uygulanmıştır.

- İlk gün (ilk dört saatte) gözleminde toplam puanın 0 olması (Kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yara dudaklarında ayrılmanın hiç olmaması) perineal travma derecesinin düşük olduğunu diğer bir ifadeyle iyileşme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir.
- 5. gün gözleminde toplam puanın 2 puan yada daha az olması (Kızarıklık 1 puan ve ödem 1 puan) iyileşme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir.
- 15. gün gözleminde toplam puanın 1 puan yada daha az olması (Kızarıklık 1 puan) iyileşme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tüm görüşmelerde REEDA Skalası için yapılması gereken ölçümler tahta cetvel ile gerçekleştirilmiştir. Bebek baş çevresi aynı mezura ile ölçüldü. Bebek kilosu doğumhanede bulunan ve daha önce kontrol edilmiş bebek terazisi ile tartıldı. Araştırmaya 110 anne dahil edilmiş fakat şehir dışına çıkma, telefon numarasını yanlış verme, evinde bulunmama ve telefona cevap vermeme gibi nedenlerle 6 anneye ulaşılamadığı için araştırmadan çıkartıldı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Yara iyileşmesini etkileyeceği düşünülen birinci ve ikinci bölümde yer alan bilgiler bağımsız değişkeni, REEDA Skalasından 1., 5. ve 15 gün muayenesinden alınan toplam puanlar bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında girildi. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Bağımlı değişkenler (REEDA Skalası 1.gün (Kolmogorov-Smirnov=0.283, p=0.000), 5.gün (Kolmogorov-Smirnov=0.165, p=0.000), ve 15 gün

(Kolmogorov-Smirnov=0.318, p=0.000) muayenesi toplam puanları normal dağılım göstermiyorlardı. Bu nedenle; bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında; kesikli değişkenler için Mann Whitney-U testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Spearman Rank Korelasyon analizi kullanıldı.

3.8. Eğitim Broşürü

Kadınların epizyotomi bölgesi bakım tekniklerini geliştirmek böylece yara iyileşmesini hızlandırmak, komplikasyon gelişme riskini azaltmak amacı ile literatüre dayalı olarak epizyotomi bakımı için eğitim broşürü geliştirildi. Fakat araştırma süresince sonuçlarımızı etkileyebileceği düşünüldüğü için geliştirilen broşür kullanılmadı. Araştırma kapsamındaki kadınların %69.3'ünün 15. günden sonra yara iyileşmesi gerçekleşti. Bu nedenle eğitim broşürü 15. günden sonra da kullanılmadı.

3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	2007			2008		
	Mayıs	Eylül- Ekim	Kasım- Aralık	Ocak- Şubat	Mart- Nisan	Mayıs
Planlama, izinler	-----					
Anket hazırlama	-----					
Literatür taranması	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Verilerin toplanması		-----	-----	-----	-----	
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol		-----	-----	-----	-----	
İstatistiksel analiz					-----	
Tez yazımı					-----	-----
Rapor yazımı ve geribildirim						-----

4. BULGULAR

Bu bölümde doğum sırasında epizyotomi açılan kadınlarda yara iyileşmesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla araştırma kapsamına 104 anne alınmıştır. Annelere uygulanan Veri Toplama Formu ve REEDA Skalasından elde edilen verilere ilişkin bulgular ve istatistiksel anlamlılıkları incelenmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1. Annelerin Bireysel ve Ailesel Özellikleri

Değişkenler n=104	Sayı	%	Ortalama ±SS	Dağılım Aralığı
Yaşı			25.4±4.1	18-36
Boyu (cm)			161.6±4.6	151-170
Kilosu				
Gebelik öncesi ağırlığı			58.2±8.1	42-85
Gebelik sonrası ağırlığı			69.8±8.6	50-97
Gebelikte aldığı toplam kilo			11.6±2.9	5-22
Öğrenim süresi (yıl)				
5-8 yıl	78	75.0		
9 yıl ve üzeri	26	25.0		
Mesleği				
Ev hanımı	101	97.1		
Memur-işçi	3	2.9		
Eşin öğrenim durumu				
5-8 yıl	53	50.9		
9 yıl ve üzeri	51	49.1		
Eşin mesleği				
Serbest	35	33.7		
Memur-İşçi	69	66.3		
Sosyal güvencesi				
Var	91	87.5		
Yok	13	12.5		
Aile tipi				
Geniş aile	28	26.9		
Çekirdek aile	76	73.1		
Evde yaşayan kişi sayısı			4.2±1.6	2-10
Aylık toplam gelir (ytl)			732±346	400-2000
Kronik hastalık öyküsü (DM, HT, Kan Has., Kalp Has., vb.)				
Var	8	7.7		
Yok	96	92.3		
Ameliyat öyküsü				
Var	11	10.6		
Yok	93	89.4		
Ameliyat öyküsü olanlarda yara iyileşme süresi (gün)			13.9±6.1	3-22

Çizelge 4.1’de araştırma kapsamına alınan annelerin bireysel ve ailesel özellikleri yer almaktadır. Çizelgeye bakıldığında araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 25.4 ± 4.1 ’dir. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde ise; 5 ile 8 yıl aralığında öğrenim görenler (%75.0) çoğunluğu oluşturmaktadır. 9 yıl ve üzerinde öğrenim gören annelerin oranı ise %25.0’tir.

Araştırma kapsamındaki annelerin %97.1’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %12.5’inin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Ayrıca annelerin %73.1’i çekirdek aile tipine sahiptir ve evde yaşayan kişi sayısının ortalaması 4.2 ± 1.6 ’dır. Annelerin aylık gelirlerinin ortalaması ise 732 ± 346 YTL’dir.

Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde 5 ile 8 yıl aralığında öğrenim görenlerin oranı %50.9 olup, 9 yıl ve üzerinde öğrenim görenlerin oranına (%49.1) çok yakındır. Annelerin eşlerinin çoğunluğu (%66.3) memur ve işçi grubundan oluşmakta iken serbest meslek grubunda olanların oranı ise %33.7’dir.

Çalışmaya katılan annelerin %92,3’ünün kronik hastalığı yokken sadece %7.7’sinin herhangi bir kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Bununla birlikte ameliyat öyküsü olan annelerin oranının %10.6 olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öyküsü olanlarda yara iyileşme süresi ortalama 13.9 ± 6.1 ’dir.

Çizelge 4.2’de annelerin gebelik ve doğum sürecine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan annelerin ilk gebelik yaşı ortalaması 22.0 ± 3.1 iken toplam gebelik sayısı ortalaması 1.8 ± 0.8 ’tür. Annelerin %54’i birden fazla doğum yapmış ve normal vajinal doğum sayısı ortalaması 1.6 ± 0.6 ’dır. Annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye bakıldığında ortalamasının 4.2 ± 2.7 yıl olduğu saptanmıştır.

Gebelik sırasında ilaç kullanım oranlarına bakıldığında annelerin %83.7’sinin demir ve vitamin kullandığı, %8.7’sinin ağrı kesici (analjezik) kullandığı ve 4.8’inin bulantı-kusma önleyici (anti emetik) ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin sigara kullanım durumları incelendiğinde, gebelik öncesi dönemde sigara kullanan annelerin oranının %6.7 olduğu ve gebelik sırasında ise kullanım oranının %1 olduğu saptanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği süre olan doğumdan sonraki ilk on beş gün içerisinde sigara kullanan anne saptanmamıştır. Ayrıca annelerin sadece %17.3’ü gebeliğinde egzersiz yapmıştır.

Çizelge 4.2. Annelerin Gebelik ve Doğum Sürecine İlişkin Özellikleri

Değişkenler n=104	Sayı	%	Ortalama±SS	Dağılım Aralığı
Obstetrik öykü				
İlk gebelik yaşı			22.0±3.1	16-32
Toplam gebelik sayısı			1.8±0.8	1-5
Normal vajinal doğum sayısı				
Birinci doğumunu yapan	47	45.0	1.6±0.6	1-3
Birden fazla doğum yapan (2 ve 3)	57	54.0		
Son iki gebelik arasındaki süre (yıl)			4.2±2.7	1-14
Gebelik süreci				
Gebelikte kullanılan ilaçlar				
Demir ve vitamin	87	83.7		
Ağrı kesici	9	8.7		
Bulantı-kusma önleyici	5	4.8		
Sigara kullanımı				
Gebelik öncesi kullanan	7	6.7		
Gebelik süresince kullanan	1	1.0		
Gebelik süresince egzersiz yapan	18	17.3		
Doğum eylemi ve bebeğe ilişkin özellikler				
Travay süresi (saat)			9.9±2.9	4-16
Doğumun II. devresinin süresi (dk)			16.6±10.0	5-50
Epizyotomi dışında laserasyon				
Var	12	11.5		
Yok	92	88.5		
Yenidoğanın ağırlığı (g)			3258.5±327.0	2500-4140
Yenidoğanın baş çevresi (cm)			34.8±0.6	33-37
Yenidoğanın prezantasyonu				
Baş geliş	104	100.0		

Annelerin doğum eylemine ilişkin özellikleri incelendiğinde, annelerin travay süresinin ortalama 9.9±2.9 saat olduğu ve doğumun II. devresinin ortalama 16.6±10.0 dk olduğu saptanmıştır. Epizyotomi dışında laserasyon gelişen anne oranı %11.5'tir.

Çizelge 4.2'deki annelerin yenidoğanlarına ilişkin özelliklere bakıldığında, yenidoğanların ağırlık ortalamaları 3258±327 gr olduğu ve yenidoğanların baş çevrelerinin ortalaması 34.8±0.6 cm olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.3. Multipar Annelerin Daha Önceki Doğumlarına İlişkin Özellikleri

Değişkenler	Sayı	%	
Epizyotomi öyküsü olanlar	n=104	52	50.0
Epizyotomi öyküsü olanlarda	n=52		
Bakım uygulayanlar		12	23.1
Enfeksiyon gelişenler		10	19.2

* Daha önceki doğum eyleminde epizyotomi uygulanmış anneler bu bölümü cevaplamıştır.

Çizelge 4.3’de multipar annelerin daha önceki doğumlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan annelerden daha önce epizyotomi yapılmış olanların oranı %50’dir. Epizyotomi öyküsü olan annelerden bakım uygulayanların oranı %23.1 ve epizyotomi öyküsü olanlardan yara bölgesinde enfeksiyon gelişenlerin oranı %19.2’dir.

Çizelge 4.4. Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Yakınmalara İlişkin Özellikler

Değişkenler n=104	Sayı	%	Ortalama±SS	Dağılım Aralığı
Loşia karakteri				
İlk günler koyu kırmızı sonra giderek rengi açılan	95	91.3		
İlk 1 hf kanamanın renginde bir değişiklik olmayan	9	8.7		
Doğumdan sonra ilk dışkılama kaçınıcı gün			2.9±2.1	1-15
Kabızlığı olan	58	55.8		
Kabızlık için bir ilaç veya herhangi bir yöntem				
Kullanan	14	13.5		
Kullanmayan	44	42.3		
İlk dışkılamada epizyotomi dikişlerinde ağrı olan	55	52.9		
Dikiş yerinde yakınması olan (ağrı, yanma, kaşıntı kanama, şişlik, morarma)	65	62.5		
Yüksek ateş (37.5 °C ve üzeri)	4	3.8		
Vajinal akıntıda kötü koku olan	28	26.9		

Çizelge 4.4’de loğusalık döneminde fizyolojik sürece ve yakınmalara ilişkin özellikler yer almaktadır. Annelerin %91.3’ünde ilk günlerde koyu kırmızı daha sonra giderek rengi açılan karakterde loşia gözlemlendi. Annelerin ilk dışkılaması doğumdan sonra ortalama 2.9±2.1 günde gerçekleşmektedir. Annelerin %55.8’inde kabızlık gelişmiş ve kabızlığı gidermek amacıyla ilaç ya da yöntem kullananların oranı %13.5 olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki annelerden ilk dışkılama sırasında epizyotomi bölgesinde ağrısı olanların oranı %52.9 olarak saptanmıştır. Annelerden dikiş yerinde herhangi bir yakınması olanların oranı %62.5, yüksek ateşi (37.5 °C ve üzeri) olanların oranı %3.8 ve vajinal akıntıda kötü kokusu olanların oranı %26.9 olarak görülmüştür.

Çizelge 4.5. Annelerin Doğum Sonunda Bakım Davranışlarına İlişkin Özellikleri

Değişkenler n=104	Sayı	%	Ortalama±SS	Dağılım Aralığı
Doğum sonrasında yardımcı olan	78	75.0		
Epizyotomi bölgesine bakım yapan (batikon, betadin)	47	45.2		
Kanama takibi için kullanılan ped türü				
Hijyenik ped	103	99.0		
Bez	1	1.0		
Günlük ped değiştirme sayısı			3.3±1.1	1-6
Doğumdan sonra ilk banyo kaçınıcı gün			4.1±2.4	1-15
Banyo yapma şekli				
Oturarak	13	12.5		
Ayakta (duş şeklinde)	91	87.5		
Kullanılan tuvalet tipi				
Alaturka	97	93.3		
Alafranga (klozet)	7	6.7		
Tuvaletten önce ellerini yıkayan	34	32.7		
Tuvaletten sonra genital temizlik şekli				
Önden arkaya	44	42.3		
Rasgele, arkadan öne	60	57.7		
Genital temizliğin ne ile yapıldığı				
Sadece su ile	75	72.1		
Su ve tuvalet kağıdıyla	29	27.9		
Her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkayan	87	83.7		
Genital bölgeyi yıkadıktan sonra kurulayan	78	75.0		
Vajinal deodorant kullanan	4	3.8		
Doğum sonrası iç çamaşırını kaçınıcı günde giydi				
1. gün	17	16.3		
2. gün	35	33.7	2.9±1.8	1-8
3. gün ve daha sonra	52	50.0		
Kullanılan çamaşırın tipi				
Pamuklu	69	66.3		
Karışık (pamuklu, naylon, ipek)	35	33.7		
İç çamaşır değiştirme sıklığı				
Hergün	33	31.7		
2-3 günde 1 kez	58	55.8	1.8±0.6	1-3
Haftada 1 kez	13	12.5		
Günde ortalama alınan sıvı miktarı (lt)			1.7±0.6	0.4-3.0
Günde ortalama uyuma süresi (saat)			5.6±2.0	2-10

Çizelge 4.5’de annelerin doğum sonunda bakım davranışlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan annelerin %75’inin doğumdan sonra kendi ve bebeğin bakımı için yardımcı olduğu saptanmıştır. Annelerden epizyotomi bölgesine batikonla bakım yapanların oranının %45.2 olduğu, annelerin %99’unun hijyenik ped kullandığı ve ped değiştirme sıklığının ortalama günde 3.3±1.1 olduğu görülmüştür.

Çizelge incelendiğinde araştırmaya katılan annelerin ilk banyolarını ortalama 4.1 ± 2.4 günde yaptığı, annelerin %87.5'inin banyolarını ayakta (duş) şeklinde yaptığı gözlenmiştir. Annelerin tamamına yakınının (%93.3) alaturka tipi tuvalet kullandığı saptanmıştır. Annelerin tamamı (%100) tuvaletten sonra ellerini yıkamaktadır ancak tuvaletten önce ellerini yıkama oranı %32.7'dir.

Annelerin genital temizlik alışkanlıkları incelendiğinde, tuvaletten sonra genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yapanların oranı %42.3 iken, sadece su ile temizleyenlerin oranı %72.1'dir. Her tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkayanların oranı %83.7 olup, yıkadıktan sonra kurulayanların oranı %75.0'dır. Annelerin %3.8'i vajinal deodorant kullanmaktadır.

Annelerin iççamaşırı kullanım davranışları incelendiğinde, iç çamaşırlarını doğumdan sonra ortalama 2.9 ± 1.8 'üncü günde giymekte ve %66.3'ü sadece pamuklu tip iççamaşırı kullanmaktadır. İççamaşırı değiştirme sıklıkları ise ortalama 1.8 ± 0.6 gündür. Anneler günde ortalama 1.72 lt sıvı almakta ve ortalama 5.59 saat uyumaktadır.

Çizelge 4.6'da REEDA Skalası puanlarının annelerin sosyodemografik ve ailesel özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Çizelgede 5-8 yıl öğrenim gören annelerin 1. gün ortalama puanı 0.7 ± 1.2 , 5. gün 3.4 ± 2.0 ve 15. gün 2.6 ± 2.7 iken 9 yıl ve daha fazla öğrenim görenlerin 1. gün ortalama puanı 0.8 ± 1.0 , 5. gün 2.4 ± 1.3 ve 15. gün 1.6 ± 2.3 olarak görülmektedir. 5-8 yıl öğrenim gören annelerle 9 yıl ve daha fazla öğrenim gören annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.623$, 15. gün $p=0.153$) bir fark saptanmamıştır, fakat 5.gün puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.009$).

Çizelge 4.6. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Sosyodemografik ve Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	REEDA Skalasına göre puan dağılımı								
	1.Gün			5.Gün			15. Gün		
n=104	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p
Öğrenim süresi (yıl)									
5-8 yıl	78	0.77±1.27	-0.49	78	3.44±2.00	-2.62	78	2.59±2.72	-1.43
9 yıl ve üzeri	26	0.81±1.02	0.623	26	2.46±1.36	0.009	26	1.65±2.30	0.153
Eşinin mesleği									
Serbest	35	0.77±1.00	-0.39	35	3.49±2.38	-0.65	35	2.86±3.06	-0.83
Memur-İşçi	69	0.78±1.30	0.694	69	3.04±1.61	0.519	69	2.10±2.38	0.409
Eşinin Öğrenim süresi (yıl)									
5-8 yıl	53	0.77±1.37	-0.54	53	3.64±2.22	-2.53	53	2.77±2.91	-1.07
9 yıl ve üzeri	51	0.78±1.03	0.587	51	2.73±1.39	0.012	51	1.92±2.27	0.285
Sosyal güvencesi									
Var	91	0.77±1.23	-0.42	91	3.31±1.87	-1.75	91	2.40±2.56	-1.30
Yok	13	0.85±1.07	0.676	13	2.38±2.06	0.080	13	2.08±3.28	0.193
Kronik hastalığı olan (DM, HT, Kan Has, Kalp-Damar Has)	8	0.75±1.16	-0.12	8	3.00±1.41	-0.13	8	3.00±3.51	-0.40
Kronik hastalığı olmayan	96	0.78±1.22	0.908	96	3.21±1.95	0.896	96	2.30±2.57	0.687

Eşi serbest meslek sahibi olan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün ortalama puanı 0.77 ± 1.0 , 5. gün 3.49 ± 2.38 ve 15. gün 2.86 ± 3.0 iken eşi memur ya da işçi olanların 1. gün ortalama puanı 0.78 ± 1.3 , 5. gün 3.04 ± 1.6 ve 15. gün 2.10 ± 2.3 'tür. Eşi serbest meslek sahibi olan annelerle eşi memur yada işçi olan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.694$, 5. gün $p=0.519$, 15. gün $p=0.409$) değildir.

Eşi 5-8 yıl öğrenim gören annelerin 1. gün ortalama puanı 0.77 ± 1.3 , 5. gün 3.64 ± 2.2 ve 15. gün 2.77 ± 2.9 iken eşi 9 yıl ve daha fazla öğrenim görenlerin 1. gün ortalama puanı 0.78 ± 1.0 , 5. gün 2.73 ± 1.3 ve 15. gün 1.92 ± 2.2 olarak görülmektedir. Eşi 5-8 yıl öğrenim gören annelerle eşi 9 yıl ve daha fazla öğrenim gören annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.587$, 15. gün $p=0.285$) değildir. Fakat 5.gün puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.012$)'dir.

Çizelgede görüldüğü gibi sosyal güvencesi olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.77 ± 1.2 , 5. gün 3.31 ± 1.8 ve 15. gün 2.40 ± 2.5 iken sosyal güvencesi olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.85 ± 1.1 , 5. gün 2.38 ± 2.1 ve 15. gün 2.08 ± 3.2 'dir. Sosyal güvencesi olan annelerle olmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.676$, 15. gün $p=0.193$) değildir. 5.gün puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p=0.080$) olmasına rağmen anlamlılığa çok yakındır.

Herhangi bir kronik hastalığı olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.75 ± 1.1 , 5. gün 3.00 ± 1.4 ve 15. gün 3.00 ± 3.5 iken herhangi bir kronik hastalığı olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.78 ± 1.2 , 5. gün 3.21 ± 1.9 ve 15. gün 2.30 ± 2.5 'dir. Herhangi bir kronik hastalığı olan annelerle olmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.908$, 5. gün $p=0.896$, 15. gün $p=0.687$) değildir.

Çizelge 4.7. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Obstetrik Öyküdeki Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı									
Değişkenler	1.Gün			5.Gün			15. Gün		
n=104	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p
Normal Vajinal Doğum Sayısı									
Birinci doğumunu yapan	47	0.74±0.97	-0.43	47	3.15±1.81	-0.34	47	2.21±2.38	-0.35
Birden fazla doğum yapan (2 ve 3)	57	0.81±1.38	0.669	57	3.23±2.00	0.737	57	2.47±2.85	0.726

Çizelge 4.7’de REEDA Skalası puanlarının annelerin obstetrik öyküdeki özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Çizelgede görüldüğü gibi ilk kez doğum yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.74 ± 0.9 , 5. gün 3.15 ± 1.8 ve 15. gün 2.21 ± 2.3 iken birden fazla doğum yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.81 ± 1.3 , 5. gün 3.23 ± 2.0 ve 15. gün 2.47 ± 2.8 ’dir. İlk kez doğum yapan annelerle birden fazla doğum yapan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.669$, 5. gün $p=0.737$, 15. gün $p=0.726$) değildir.

Çizelge 4.8’de REEDA Skalası puanlarının annelerin gebelik süresindeki özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Annelerden gebeliği süresince demir minerali kullananların 1. gün ortalama puanı 0.73 ± 1.2 , 5. gün 3.30 ± 1.9 ve 15. gün 2.64 ± 2.8 iken kullanmayanların 1. gün ortalama puanı 0.96 ± 0.9 , 5. gün 2.83 ± 1.7 ve 15. gün 1.42 ± 1.7 ’dir. Demir minerali kullanan annelerle kullanmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün ve 5. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.113$, 5. gün $p=0.484$) değildir. Fakat 15.gün puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.033$)’dır. Annelerden gebeliği süresince vitamin kullananların 1. gün ortalama puanı 0.80 ± 1.3 , 5. gün 3.50 ± 1.9 ve 15. gün 2.48 ± 0.2 iken kullanmayanların 1. gün ortalama puanı 0.76 ± 1.0 , 5. gün 2.91 ± 1.8 ve 15. gün 2.51 ± 0.3 ’tür. Annelerden gebeliği süresince vitamin kullananlarla kullanmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.850$, 15. gün $p=0.987$) değildir. 5.gün puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p=0.079$) olmasına rağmen anlamlılığa çok yakındır.

Gebelik öncesi dönemde sigara kullanan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.76 ± 1.2 , 5. gün 3.18 ± 1.8 ve 15. gün 2.29 ± 2.6 iken kullanmayanların 1. gün ortalama puanı 1.00 ± 1.0 , 5. gün 3.43 ± 2.3 ve 15. gün 3.29 ± 2.9 ’dur. Gebelik öncesi dönemde sigara kullanan ve kullanmayan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.379$, 5. gün $p=0.726$ ve 15. gün $p=0.450$) değildir.

Çizelge 4.8. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Gebelik Süresindeki Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı									
Değişkenler	1.Gün			5.Gün			15. Gün		
n=104	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p
Demir									
Kullanan	80	0.73±1.26	-1.59	80	3.30±1.96	-0.70	80	2.64±2.80	-2.13
Kullanmayan	24	0.96±0.99	0.113	24	2.83±1.74	0.484	24	1.42±1.79	0.033
Vitamin									
Kullanan	50	0.80±1.39	-0.19	50	3.50±1.92	-1.76	50	2.48±0.25	-0.017
Kullanmayan	54	0.76±1.03	0.850	54	2.91±1.87	0.079	54	2.51±0.34	0.987
Gebelik öncesi dönemde									
Sigara kullanan	97	0.76±1.22	-0.88	97	3.18±1.88	-0.35	97	2.29±2.62	-0.76
Sigara kullanmayan	7	1.00±1.00	0.379	7	3.43±2.37	0.726	7	3.29±2.93	0.450
Gebelik süresince									
Egzersiz yapan	18	0.94±1.16	-0.70	18	4.78±2.44	-3.37	18	3.50±2.90	-1.83
Egzersiz yapmayan	86	0.74±1.22	0.485	86	2.86±1.60	0.001	86	2.12±2.54	0.067

Gebelik süresince egzersiz yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.94 ± 1.1 , 5. gün 4.78 ± 2.4 ve 15. gün 3.50 ± 2.9 iken yapmayanların 1. gün ortalama puanı 0.74 ± 1.2 , 5. gün 2.86 ± 1.6 ve 15. gün 2.12 ± 2.5 'tir. Gebelik süresince egzersiz yapan annelerle yapmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.485$ ve 15. gün $p=0.067$) değildir. Fakat 5.gün puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (5. gün $p=0.001$)'dir.

Çizelge 4.9. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Doğum Eylemi ve Bebeğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı									
Değişkenler	1.Gün			5.Gün			15. Gün		
	Sayı	ort±SS	Z P	Sayı	ort±SS	Z P	Sayı	ort±SS	Z P
n=104									
Epizyotomi dışında laserasyonları									
Olan	12	1.00±2.30	-0.59	12	3.42±2.19	-0.43	12	3.75±3.65	-1.69
Olmayan	92	0.75±1.00	0.557	92	3.16±1.88	0.671	92	2.17±2.45	0.092

Çizelge 4.9'da REEDA Skalası puanlarının annelerin doğum eylemi ve bebeğe ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Epizyotomi dışında laserasyonu olan annelerin 1. gün ortalama puanı 1.00 ± 2.3 , 5. gün 3.42 ± 2.1 ve 15. gün 3.75 ± 3.6 iken yapmayanların 1. gün ortalama puanı 0.75 ± 1.0 , 5. gün 3.16 ± 1.8 ve 15. gün 2.17 ± 2.4 'tür. Epizyotomi dışında laserasyonu olan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.557$, 5. gün $p=0.671$ ve 15. gün $p=0.092$) değildir.

Çizelge 4.10. REEDA Skalası Puanlarının Multipar Annelerin Önceki Epizyotomi Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı									
Değişkenler	1.Gün			5.Gün			15. Gün		
	Sayı	ort±SS	Z P	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p
n=104									
Epizyotomi öyküsü									
Olan	52	0.65±0.90	-0.46	52	3.15±1.73	-0.18	52	2.02±2.34	-0.79
Olmayan	52	0.90±1.45	0.649	52	3.23±2.08	0.858	52	2.70±2.90	0.431

Çizelge 4.10. REEDA Skalası puanlarının multipar annelerin önceki epizyotomi özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan daha önce epizyotomi öyküsü olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.65±0.9, 5. gün 3.15±1.7 ve 15. gün 2.02±2.3 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.90±1.4, 5. gün 3.23±2.1 ve 15. gün 2.70±2.9'dur. Daha önce epizyotomi öyküsü olan annelerle olmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün p=0.649, 5. gün p=0.858 ve 15. gün p=0.431) değildir.

Çizelge 4.11'de REEDA Skalası puanlarının annelerin loğusalık dönemindeki fizyolojik süreç ve yakınmalarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Annelerin kanama karakteri incelendiğinde, ilk günler koyu kırmızı daha sonra açık kırmızı renginde kanaması olanların 1. gün ortalama puanı 0.81±1.2, 5. gün 3.16±1.9 ve 15. gün 2.22±2.5 iken 1 hafta süresince kanamanın renginde bir değişiklik olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.44±0.7, 5. gün 3.56±1.3 ve 15. gün 3.78±3.3'tür. İlk günler koyu kırmızı daha sonra açık kırmızı renginde kanaması olan annelerle 1 hafta süresince kanamanın renginde bir değişiklik olmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün p=0.445, 5. gün p=0.311 ve 15. gün p=0.151) değildir.

Kabızlığı olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.97±1.3, 5. gün 3.48±2.1 ve 15. gün 2.67±2.7 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.54±0.8, 5. gün 2.83±1.5 ve 15. gün 1.96±2.5'dir. Kabızlığı olan annelerle olmayanların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün p=0.098, 5. gün p=0.274 ve 15. gün p=0.073) değildir.

Çizelge 4.11. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Dönemindeki Fizyolojik Süreç ve Yakınmalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	REEDA Skalasına göre puan dağılımı								
	1.Gün			5.Gün			15.Gün		
n=104	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p
Loşia karakteri									
İlk günler koyu kırmızı daha sonra açık kırmızı renkte olan	95	0.81±1.24	-0.76	95	3.16±1.95	-1.01	95	2.22±2.54	-1.44
1 hafta süresince kanamanın renginde bir değişiklik olmayan	9	0.44±0.73	0.445	9	3.56±1.33	0.311	9	3.78±3.35	0.151
Kabızlığı									
Olan	58	0.97±1.39	-1.66	58	3.48±2.10	-1.09	58	2.67±2.71	-1.79
Olmayan	46	0.54±0.89	0.098	46	2.83±1.58	0.274	46	1.96±2.52	0.073
İlk dışkılamada epizyotomi dikişlerinde ağrı									
Olan	55	0.91±1.40	-0.74	55	3.49±2.09	-1.09	55	2.64±2.66	-1.71
Olmayan	49	0.63±0.93	0.459	49	2.86±1.63	0.275	49	2.04±2.61	0.087
Dikiş yerinde yakınması (ağrı, yanma, kaşıntı kanama, şişlik, morarma)									
Olan	65	0.65±0.91	-0.75	65	2.52±1.36	-4.38	65	1.09±1.22	-5.90
Olmayan	39	1.00±1.57	0.452	39	4.31±2.17	0.000	39	4.46±3.02	0.000
Vajinal akıntıda kötü koku									
Olan	28	0.71±0.98	-0.03	28	4.18±1.76	-3.57	28	4.79±2.91	-5.40
Olmayan	76	0.80±1.29	0.980	76	2.83±1.84	0.000	76	1.87±1.87	0.000

İlk dışkılama sırasında epizyotomi bölgesinde ağrısı olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.91 ± 1.4 , 5. gün 3.49 ± 2.1 ve 15. gün 2.67 ± 2.7 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.63 ± 0.9 , 5. gün 2.86 ± 1.6 ve 15. gün 2.04 ± 2.6 'dır. İlk dışkılama sırasında epizyotomi bölgesinde ağrısı olan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.459$, 5. gün $p=0.275$, 15. gün $p=0.087$) değildir.

Dikiş yerinde; ağrı, yanma, kaşıntı kanama, şişlik, morarma gibi problemleri olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.65 ± 0.9 , 5. gün 2.52 ± 1.3 ve 15. gün 1.09 ± 1.2 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 1.00 ± 1.5 , 5. gün 4.31 ± 2.1 ve 15. gün 4.46 ± 3.0 'dir. Dikiş yerinde; ağrı, yanma, kaşıntı kanama, şişlik, morarma gibi problemleri olan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.452$) değildir. 5. gün ve 15. gün puan ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.000$, 5. gün $p=0.000$)'dır.

Vajinal akıntısında kötü kokusu olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.71 ± 0.9 , 5. gün 4.18 ± 1.7 ve 15. gün 4.79 ± 2.9 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.80 ± 1.2 , 5. gün 2.83 ± 1.8 ve 15. gün 1.87 ± 1.8 'dir. Vajinal akıntısında kötü kokusu olanlarla olmayan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.980$) değildir. 5. gün ve 15. gün puan ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.000$, 5. gün $p=0.000$)'dır.

Çizelge 4.12. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı									
Değişkenler n=104	1.Gün			5.Gün			15. Gün		
	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p	Sayı	ort±SS	Z p
Doğum sonrasında yardımcı									
Olan	78	0.82±1.30	-0.10	78	3.23±1.97	-0.10	78	2.37±2.79	-0.52
Olmayan	26	0.65±0.89	0.923	26	3.08±1.74	0.921	26	2.31±2.19	0.604
Epizyotomi bölgesine bakım (batikon, betadin)									
Yapan	57	0.74±0.95	-0.39	57	3.33±2.10	-0.56	57	2.00±2.18	-1.26
Yapmayan	47	0.83±1.46	0.698	47	3.02±1.65	0.574	47	2.79±3.08	0.208
Ayakta (duş şeklinde) banyo yapan	13	0.54±0.88	-0.79	13	4.69±2.32	-2.56	13	3.62±3.38	-1.54
Oturarak banyo yapan	91	0.81±1.25	0.431	91	2.98±1.75	0.011	91	2.18±2.49	0.123
Alaturka tipi tuvalet kullanan	97	0.75±1.21	-1.04	97	3.18±1.91	-0.38	97	2.36±2.69	-0.58
Alafranga (klozet) tipi tuvalet kullanan	7	1.14±1.21	0.299	7	3.43±1.90	0.702	7	2.29±1.89	0.561
Tuvaletten önce ellerini									
Yıkayan	34	1.12±1.61	-1.67	34	2.94±1.63	-0.96	34	1.62±1.97	-1.61
Yıkamayan	70	0.61±0.92	0.094	70	3.31±2.03	0.337	70	2.71±2.85	0.108
Tuvaletten sonra genital temizliğini									
Önden arkaya doğru yapan	44	0.95±1.46	-1.04	44	3.11±1.91	-0.58	44	1.43±1.93	-2.99
Arkadan öne doğru yada rasgele yapan	60	0.65±0.97	0.299	60	3.25±1.92	0.564	60	3.03±2.89	0.003
Genital temizliğini									
Sadece su ile yapan	75	0.72±0.99	-0.12	75	2.95±1.68	-1.81	75	2.28±2.57	-0.06
Sadece tuvalet kağıdıyla temizleyen ya da temizlik yapmayan	29	0.93±1.65	0.906	29	3.83±2.30	0.071	29	2.55±2.85	0.952
Her tuvalet sonrası genital bölgeyi									
Yıkayan	87	0.85±1.24	-1.86	87	3.24±1.93	-0.68	87	2.37±2.67	-0.04
Yıkamayan	17	0.41±0.94	0.06	17	2.94±1.78	0.499	17	2.29±2.57	0.967
Genital bölgeyi yıkadıktan sonra									
Kurulayan	78	0.76±1.29	-1.08	78	3.10±1.90	-0.90	78	2.08±2.63	-2.62
Kurulamayan	26	0.85±0.92	0.280	26	3.46±1.94	0.371	26	3.19±2.53	0.009
Doğum sonrası iç çamaşırını									
İlk üç günde giyen	17	1.00±0.94	-2.09	17	3.00±1.62	-2.43	17	1.00±1.32	-1.48
Dördüncü gün ve daha geç giyen	87	0.74±1.25	0.037	87	3.23±1.96	0.015	87	2.62±2.75	0.140
Pamuklu tip iç çamaşırını kullananlar									
Karışık (pamuklu, naylon, ipek) tip iç çamaşırını kullananlar	69	0.72±1.24	-0.66	69	2.93±1.79	-1.88	69	1.74±1.97	-2.71
	35	0.89±1.16	0.512	35	3.71±2.04	0.06	35	3.57±3.33	0.007

Çizelge 4.12’de REEDA Skalası puanlarının annelerin loğusalık bakım davranışlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Doğumdan sonra annelerin kendi ve bebeğinin bakımı için yardımcısı olan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.82 ± 1.3 , 5. gün 3.23 ± 1.9 ve 15. gün 2.37 ± 2.7 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.65 ± 0.8 , 5. gün 3.08 ± 1.7 ve 15. gün 2.31 ± 2.1 ’dir. Doğumdan sonra annelerin kendi ve bebeğinin bakımı için yardımcısı olanlarla olmayan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.923$, 5. gün $p=0.921$, 15. gün $p=0.604$) değildir.

Epizyotomi bölgesine bakım (batikon, betadin, vb.) yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.74 ± 0.9 , 5. gün 3.33 ± 2.1 ve 15. gün 2.00 ± 2.1 iken olmayanların 1. gün ortalama puanı 0.83 ± 1.4 , 5. gün 3.02 ± 1.6 ve 15. gün 2.79 ± 3.0 ’dır. Doğumdan sonra epizyotomi bölgesine bakım (batikon, betadin, vb.) yapanlarla yapmayan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.698$, 5. gün $p=0.574$, 15. gün $p=0.208$) değildir.

Ayakta (duş şeklinde) banyo yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.54 ± 0.8 , 5. gün 4.69 ± 2.3 ve 15. gün 3.62 ± 3.3 iken oturarak banyo yapanların 1. gün ortalama puanı 0.81 ± 1.2 , 5. gün 2.98 ± 1.7 ve 15. gün 2.18 ± 2.4 ’dür. Ayakta (duş şeklinde) banyo yapan anneler ile oturarak banyo yapan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.431$, 15. gün $p=0.123$) değildir. 5. gün puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.011$)’dır.

Alaturka tipi tuvalet kullanan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.75 ± 1.2 , 5. gün 3.18 ± 1.9 ve 15. gün 2.36 ± 2.6 iken alafanga (klozet) tipi tuvalet kullananların 1. gün ortalama puanı 1.14 ± 1.2 , 5. gün 3.43 ± 1.9 ve 15. gün 2.29 ± 1.8 ’dir. Alaturka tipi tuvalet kullanan annelerle alafanga (klozet) tipi tuvalet kullananların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.299$, 5. gün $p=0.702$, 15. gün $p=0.561$) değildir.

Tuvaletten önce ellerini yıkayan annelerin 1. gün ortalama puanı 1.12 ± 1.6 , 5. gün 2.94 ± 1.6 ve 15. gün 1.62 ± 1.9 iken yıkamayanların 1. gün ortalama puanı 0.61 ± 0.9 , 5. gün 3.31 ± 2.0 ve 15. gün 2.71 ± 2.8 ’dir. Tuvaletten önce ellerini yıkayan anneler ile yıkamayanların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün alınan puanlarının

ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.094$, 5. gün $p=0.337$, 15. gün $p=0.108$) değildir.

Tuvaletten sonra genital temizliğini önden arkaya doğru yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.95 ± 1.4 , 5. gün 3.11 ± 1.9 ve 15. gün 1.43 ± 1.9 iken genital temizliğini rasgele ya da arkadan öne doğru yapanların 1. gün ortalama puanı 0.65 ± 0.9 , 5. gün 3.25 ± 1.9 ve 15. gün 3.03 ± 2.8 'dir. Tuvaletten sonra genital temizliğini önden arkaya doğru yapan anneler ile genital temizliğini rasgele ya da arkadan öne doğru yapan annelerin REEDA Skalasına göre 1. gün ve 5. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.299$, 5. gün $p=0.564$) değildir. 15. gün puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.003$)'dır.

Genital temizliğini sadece su ile yapan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.72 ± 0.9 , 5. gün 2.95 ± 1.6 ve 15. gün 2.28 ± 2.5 iken sadece tuvalet kağıdıyla temizleyen ya da temizlik yapmayanların 1. gün ortalama puanı 0.93 ± 1.6 , 5. gün 3.83 ± 2.3 ve 15. gün 2.55 ± 2.8 'dir. Genital temizliğini sadece su ile yapan anneler ile sadece tuvalet kağıdıyla temizleyenler ya da temizlik yapmayanlar REEDA Skalasına göre 1. gün ve 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.906$, 15. gün $p=0.952$) bir fark saptanmamıştır. 5. gün puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.071$) bulunmamıştır.

Her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkayan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.85 ± 1.2 , 5. gün 3.24 ± 1.9 ve 15. gün 2.37 ± 2.6 iken yıkamayanların 1. gün ortalama puanı 0.41 ± 0.9 , 5. gün 2.94 ± 1.7 ve 15. gün 2.29 ± 2.5 'dir. Her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkayan annelerle yıkamayanların REEDA Skalasına göre 1. gün, 5. gün ve 15. gün puan ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.06$, 5. gün $p=0.499$, 15. gün $p=0.967$) değildir.

Genital bölgeyi yıkadıktan sonra kurulayan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.76 ± 1.2 , 5. gün 3.10 ± 1.9 ve 15. gün 2.08 ± 2.6 iken kurulamayanların 1. gün ortalama puanı 0.85 ± 0.9 , 5. gün 3.46 ± 1.9 ve 15. gün 3.19 ± 2.5 'dur. Genital bölgeyi yıkadıktan sonra kurulayan anneler ile kurulamayanların REEDA Skalasına göre 1. gün ve 5. gün puan ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.280$, 5. gün $p=0.371$) değildir. 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.009$)'dır.

Doğum sonrası iç çamaşırını ilk üç gün içinde giyen annelerin 1. gün ortalama puanı 1.00 ± 0.9 , 5. gün 3.00 ± 1.6 ve 15. gün 1.00 ± 1.3 iken dördüncü gün ve daha geç giyenlerin 1. gün ortalama puanı 0.74 ± 1.2 , 5. gün 3.2 ± 1.9 ve 15. gün 2.62 ± 2.7 'dir. Doğum sonrası iç çamaşırını ilk üç gün içinde giyen anneler ile dördüncü gün ve daha geç giyenlerin REEDA Skalasına göre 1. gün ve 5. gün puan ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.037$, 5. gün $p=0.015$)'dir. 15. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (15. gün $p=0.140$) değildir.

Sadece pamuklu tip çamaşır kullanan annelerin 1. gün ortalama puanı 0.72 ± 1.2 , 5. gün 2.93 ± 1.7 ve 15. gün 1.74 ± 1.9 iken karışık (naylon, ipek ve pamuk) tip çamaşır kullananların 1. gün ortalama puanı 0.89 ± 1.1 , 5. gün 3.71 ± 2.0 ve 15. gün 3.57 ± 3.3 'dur. Sadece pamuklu tip çamaşır kullanan anneler ile karışık (naylon, ipek ve pamuk) tip çamaşır kullananların REEDA Skalasına göre 1. gün ve 5. gün alınan puanlarının ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (1. gün $p=0.512$, 5. gün $p=0.06$) değildir. 15. gün alınan puanların ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (15. gün $p=0.007$)'dir.

Çizelge 4.13. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Bireysel ve Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı						
Değişkenler	1.Gün		5.Gün		15. Gün	
n=104	R	p	R	p	R	p
Yaş	0.06	0.544	0.07	0.461	0.07	0.453
Boy	-0.08	0.433	-0.13	0.199	-0.03	0.796
Kilosu						
Gebelik öncesi ağırlığı	-0.13	0.206	-0.15	0.143	0.07	0.507
Gebelik sonrası ağırlığı	-0.07	0.499	-0.10	0.297	0.11	0.251
Gebelikte aldığı toplam kilo	0.07	0.488	0.05	0.634	0.08	0.415
Kaç kişi	-0.07	0.455	0.11	0.259	0.204	0.038
Aylık gelir	0.13	0.192	-0.31	0.001	-0.20	0.044

Çizelge 4.13’de REEDA Skalası puanlarının annelerin bireysel ve ailesel özelliklerine göre spearman’s korelasyon dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya alınan annelerin yaşları ile 1. 5. ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.544$, 5. gün $p=0.461$, 15. gün $p=0.453$) yoktur. Annelerin boyları ile 1. 5. ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.433$, 5. gün $p=0.199$, 15. gün $p=0.796$) yoktur.

Annelerin gebelik öncesi kilosu ile 1. 5. ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.206$, 5. gün $p=0.143$, 15. gün $p=0.507$) yoktur. Annelerin gebelik sonrası kilosu ile 1. 5. ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.499$, 5. gün $p=0.297$, 15. gün $p=0.251$) yoktur. Annelerin gebelik süresince aldığı toplam kilo ile 1. 5. ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.488$, 5. gün $p=0.634$, 15. gün $p=0.415$) yoktur.

Annelerin aynı evde yaşadığı kişi sayısı ile 1. ve 5. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.455$, 5. gün $p=0.259$) yoktu. Aynı evde yaşadığı kişi sayısı ile 15. gün toplam puanları arasında ise pozitif bir korelasyon (15. gün $p=0.038$) bulunmaktaydı. Aynı evde yaşadığı kişi sayısı arttıkça REEDA Skalası Puanı artmaktaydı.

Aylık gelire 1. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.192$) yoktu. Aylık gelire 5. 15. günlerdeki toplam puanlar arasında ise negatif bir ilişki (5. gün

p=0.001, 15. gün p=0.044) bulunmaktaydı. Aylık gelir arttıkça REEDA Skalası Puanı azalmaktaydı.

Çizelge 4.14. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Doğum Eylemi ve Yenidoğanlara İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı						
Değişkenler	1.Gün		5.Gün		15. Gün	
n=104	R	p	R	p	R	p
Travay süresi (saat)	-0.11	0.288	-0.12	0.246	0.04	0.710
Doğumun II. devresinin süresi (dk)	-0.09	0.393	-0.02	0.851	0.17	0.088
Yenidoğanın ağırlığı (g)	-0.22	0.022	-0.07	0.457	0.10	0.296
Yenidoğanın baş çevresi (cm)	-0.12	0.219	-0.10	0.316	0.06	0.558

Çizelge 4.14’de REEDA Skalası puanlarının annelerin doğum eylemi ve yenidoğanlara ilişkin özelliklerine göre Spearman’s korelasyon dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan annelerin travay süreleri ile 1. gün, 5.gün ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün p= 0.288, 5. gün p=0.246, 15. gün p= 0.710) yoktur.

Annelerin doğum eylemlerinin ikinci devresinin süresi ile 1. gün, 5.gün ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün p=0.393, 5. gün p=0.851, 15. gün p=0.088) yoktur.

Annelerin yenidoğanlarının ağırlıkları ile 1. gündeki toplam puanları arasında negatif bir korelasyon (1. gün p=0.022) bulunmaktaydı. Yenidoğanlarının ağırlıkları arttıkça REEDA Skalası Puanı azalmaktaydı. Annelerin yenidoğanlarının ağırlıkları ile 5. ve 15. günlerdeki toplam puanları arasında ilişki (5. gün p=0.457, 15. gün p=0.296) yoktu.

Annelerin yenidoğanlarının baş çevreleri ile 1. gün, 5.gün ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün p= 0.219, 5. gün p=0.316, 15. gün p=0.558) yoktur.

Çizelge 4.15. REEDA Skalası Puanlarının Annelerin Loğusalık Döneminde Fizyolojik Sürece ve Bakım Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Spearman's Korelasyon Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı						
Değişkenler	1.Gün		5.Gün		15. Gün	
n=104	R	p	R	p	R	p
Günlük ped değiştirme sayısı	-0.17	0.083	-0.07	0.464	-0.23	0.019
Doğumdan sonra ilk banyo kaçınıcı gün	-0.11	0.289	-0.02	0.831	0.23	0.018
Doğumdan sonra ilk dışkılama kaçınıcı gün	0.11	0.290	0.17	0.095	0.17	0.097
Doğum sonrası iç çamaşırını kaçınıcı günde giydi	-0.15	0.136	0.09	0.363	0.35	0.000
Günde ortalama alınan sıvı miktarı (lt)	0.04	0.654	-0.22	0.024	-0.11	0.272
Günde ortalama uyuma süresi (saat)	-0.03	0.732	-0.23	0.018	-0.25	0.011

Çizelge 4.15’de REEDA Skalası puanlarının annelerin loğusalık döneminde fizyolojik sürece ve bakım davranışlarına ilişkin özelliklerine göre Spearman’s Korelasyon dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya dahil edilen annelerin günlük ped değiştirme sayısı ile 1. gün ve 5.gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.083$, 5. gün $p=0.464$) yoktur. Annelerin günlük ped değiştirme sayısı ile 15. gün toplam puanları arasında ise negatif bir korelasyon (15. gün $p=0.019$) bulunmaktaydı. Annelerin günlük ped değiştirme sayısı arttıkça REEDA Skalası Puanı azalmaktaydı.

Annelerin banyolarını ilk kez doğumdan sonra kaçınıcı günde yapması ile 1. gün ve 5.gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.289$, 5. gün $p=0.831$) yoktur. Annelerin banyolarını ilk kez doğumdan sonra kaçınıcı günde yapması ile 15. gün toplam puanları arasında ise pozitif bir korelasyon (15. gün $p=0.018$) bulunmaktaydı. Annelerin ilk banyolarını yapma günleri geciktikçe REEDA Skalası Puanı artmaktaydı.

Annelerin ilk dışkılamasını doğumdan sonra kaçınıcı günde yapması ile 1. gün, 5.gün ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p= 0.290$, 5. gün $p=0.095$, 15. gün $p=0.097$) yoktur.

Annelerin doğum sonrası iç çamaşırını ilk kez kaçınıcı günde giymesi ile 1. gün ve 5. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.136$, 5. gün $p=0.363$) yoktur.

Annelerin doğum sonrası iç çamaşırını ilk kez kaçınıcı günde giymesi ile 15. gün toplam puanları arasında ise pozitif bir korelasyon (15. gün $p=0.000$) bulunmaktaydı. Annelerin doğum sonrası iç çamaşırını ilk kez giyme günleri geciktikçe REEDA Skalası Puanı artmaktaydı.

Annelerin günde ortalama aldığı sıvı miktarı ile 1. gün ve 15. gün toplam puanları arasında ilişki (1. gün $p=0.654$, 15. gün $p=0.272$) yoktur. Annelerin günde ortalama aldığı sıvı miktarı ile 5. gün toplam puanları arasında ise negatif bir korelasyon (15. gün $p=0.024$) bulunmaktaydı. Annelerin günde ortalama aldığı sıvı miktarı arttıkça REEDA Skalası Puanı azalmaktaydı.

Annelerin günde ortalama uyuma süresi ile 1. gün toplam puanı arasında ilişki (1. gün $p=0.732$) yoktur. Annelerin günde ortalama uyuma süresi ile 5. gün ve 15.gün toplam puanları arasında ise negatif bir korelasyon (5. gün $p=0.018$, 15. gün $p=0.011$) bulunmaktaydı. Annelerin günde ortalama uyuma süresi arttıkça REEDA Skalası Puanı azalmaktaydı.

Çizelge 4.16. Annelerin 1. Gün, 5. Gün ve 15. Gün REEDA Skalası Puanlarının Birbirlerine Göre Dağılımı

REEDA Skalasına göre puan dağılımı						
Değişkenler	1.Gün		5.Gün		15. Gün	
n=104	R	p	R	p	R	p
1.gün	1.00	-				
5.Gün	0.33	0.001	1.00	-		
15. Gün	0.06	0.518	0.54	0.000	1.00	-

Çizelge 4.16'da annelerin 1. gün, 5. gün ve 15. gün REEDA Skalası puanlarının birbirlerine göre spearman's korelasyon dağılımı yer almaktadır. Annelerin 1. gün ile 5. gün toplam puanları arasında pozitif bir korelasyon (5. gün $p=0.001$) bulunmaktaydı.

Annelerin 1. gün REEDA Skalası puanı arttıkça 5. gün REEDA Skalası puanı da artmaktaydı. Annelerin 1. gün ile 15. gün toplam puanı arasında ilişki (1. gün $p=0.518$) yoktur.

Annelerin 5. gün ile 15. gün toplam puanları arasında pozitif bir korelasyon (15. gün $p=0.000$) bulunmaktaydı. Annelerin 5. gün REEDA Skalası puanı arttıkça 15. gün REEDA Skalası puanı da artmaktaydı.

4.1. Makroskopik Muayene

Annelerin 15. gün gözlem sonuçlarına göre %31.7'sinde enfeksiyon, %27.8'inde yara açılması görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Dünyada kadınların %85'i normal vajinal yoldan doğum yapmakta ve doğum eylemi sırasında değişik derecelerde vajinal travma oluşabilmektedir (15). Günümüzde özellikle fetal ve maternal stress varlığında epizyotomi uygulanması konusunda görüş birliğine varılmıştır. Ayrıca ciddi perineal laserasyon riski olduğunda, sağlıklı bir doğumun için daha geniş bir çıkım alanına ihtiyaç duyulduğunda; vakum-forseps gibi diğer operatif doğum uygulamaları sırasında da epizyotomi uygulanabilmektedir (1).

Epizyotomi uygulama oranları %30–63 arasında değişmektedir ve bazı bölgelerde uygulama oranı %93'e yükselmektedir (40). Vajinal doğum yapan kadınlarda ise epizyotomi uygulama oranı 1980'li yıllarda %50 iken bugün %20'ler düzeyindedir (14).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 (17) verilerine göre, ülkemizde en yüksek doğurganlık hızı, 20-24 ile 25-29 yaş grubu kadınlarda görülmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2003 yılı (16) verilerine göre ülkemizde gerçekleşen 544249 doğumun 488984'ü hastanelerde olmuştur. Bu doğumların %83'ü sağlık personelinin yardımı ile olmuştur (17). Doğumun sağlık personeli yardımıyla olması epizyotomi uygulama oranını da artırmaktadır.

Nursal ve ark. (90) çalışmalarında yaş artışı ile yara iyileşmesi sürecinde olumsuz yönde değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Yara iyileşmesinin enflamasyon aşamasında, yaşlıların yara bölgesine makrofaj ve lenfosit göçünde gecikme olduğunu dolayısıyla, yaradaki enfeksiyona karşı direnç ve doku yıkım artıklarının temizlenmesinde azalma olacağını rapor etmiştir. Çalışmamızda, annelerin yaşları ile 1. gün ($p=0.544$), 5. gün ($p=0.461$), 15. gün ($p=0.453$) RSYİ Puanları (RSYİP); arasında ilişki saptanmadı (Çizelge 4.13). Çalışmada annelerin çoğunluğunun biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uygun olan çocuk doğurma yaşı 20-34 yaş grubunda (17,25) olduğu görülmektedir. Bu nedenle yaş, epizyotomi yara iyileşmesini etkileyen bir faktör olarak saptanmadı.

Gebelik süresince anne ortalama 12.5 kg (min-maks 10-14 kg) ağırlık kazanmalıdır. Gebelik öncesi, zayıf olan kişilerde düşük doğum ağırlıklı bebek ve preeklamsi; şişman olan kişilerde ise hipertansiyon, şeker hastalığı, zor doğum eylemi gibi riskler artmaktadır (118). Bu problemlerin yara iyileşmesinde gecikmelere neden olacağı literatürde yer almaktadır (89,93,106). Çalışmamıza dahil edilen annelerin gebelik süresince aldığı toplam kilo normal aralıklardaydı ve 1. gün ($p=0.488$), 5. gün ($p=0.634$), 15. gün ($p=0.415$) RSYİP arasında ilişki yoktu (Çizelge 4.13). Bu durum bize annelerin gebelik süresince aldığı toplam kilonun epizyotomi yara iyileşme hızını etkilemediğini düşündürmüştür. Bunun nedeni annelerin hemen tamamının normal sınırlar içinde (11.6 ± 2.9 kg) ağırlık kazanmış olmaları olabilir.

Ülkemizde yıldan yıla kadınlar arasında okuma yazma oranları artmaktadır ancak halen üreme çağındaki kadınların 1/3'ü okuryazar değildir. Bu durum bize ülkemizdeki öğrenim standartlarının henüz yüksek bir düzeye ulaşmadığını göstermektedir (17). Akın ve Mihçioğur (119) çalışmasında öğrenim düzeyi düşük olan kadınların diğerlerine göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını vurgulamıştır. Bunun nedeni olarak da kadınların sağlık hizmetlerinin kendilerine neler kazandırabileceğinin farkında olmamaları, çekinmeleri ya da karar verme özgürlüklerinin kısıtlı olmasını ileri sürmüşlerdir. Ergin ve ark. (120) çalışmalarında, öğrenim düzeyi düşük olan kadınların sağlıksız koşullarda doğum yaptığını belirlemişlerdir. Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında eşler çok belirleyici bir konumdadır. Bu nedenle eşlerin öğrenim durumları da çok önemlidir. Ege (117) çalışmasında, annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe Genital Hijyen Davranış Envanteri'nden (GHDE) aldıkları puan ortalamalarının yükseldiğini (hijyenik davranış doğruluğunun arttığını) saptamıştır. Çalışmamızda kadınların ($p=0.009$) ve eşlerinin ($p=0.012$) öğrenim süresi arttıkça 5. gün RSYİ puanları azalmaktaydı (Çizelge 4.6). Bu durum annelerin ve eşlerinin öğrenim düzeylerinin artmasının epizyotomi yara iyileşmesi sürecini hızlandırdığını düşündürmektedir.

Türkiye'de kadın iş gücünün hala geleneksel bakış tarzından kurtulamamış olması; kadının "ucuz emek", "aile ekonomisine yardımcı" olan kişi olarak görülmesi; kadınların statüsüz, düşük ücretli ve hatta sosyal güvenceden yoksun olarak çalışmalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda annelerin sosyal güvence durumunun; 1. gün ($p=0.676$), 5. gün ($p=0.080$), 15. gün ($p=0.193$) RSYİ puanını etkilemediği

saptanmıştır (Çizelge 4.6). Bu sonuç; annelerin büyük çoğunluğunun (%87.5) sosyal güvencesinin olması ve örneklem büyüklüğü göz önüne alınarak (n=104) değerlendirilmelidir. Sosyal güvencenin olması sağlık hizmeti kullanım olanaklarını artırmaktadır. Sosyal güvence ve yara iyileşmesi kontrollü ve daha geniş örneklemlerle çalışmaları araştırılmalıdır.

Kalabalık ortamların enfeksiyon oluşumunu ve yayılımını artırdığı genel bir bilgidir. Evde yaşayan kişi sayısının yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Fakat Ergin ve ark. (120) evde yaşayan ortalama kişi sayısı arttıkça sağlıksız koşullarda doğum yapma oranının arttığını bildirmektedir. Bizim çalışmamızda ise annelerin aynı evde yaşadığı kişi sayısı ile, 15. gün (p=0.038) RSYİ puanları arasında ise pozitif bir korelasyon bulunmaktaydı. Diğer bir deyişle; annelerin birlikte yaşadığı kişi sayısı arttıkça yara iyileşmesi gecikmekteydi (RSYİ puanları artmaktaydı) (Çizelge 4.13). bunun nedeni annenin kendi bakımını günlük işlerden vakit buldukça yada izin verilirse yapıyor olması olabilir. Anenin kalabalık otamdan kaynaklı mahremiyete özel alan bulamaması ya da isteklerinin ve ihtiyaçlarının karşılanmaması nedeniyle kendi bakımını sağlamasını engelleyebilir.

Sosyoekonomik düzey yaşam standartlarını belirleyen önemli bir etmendir. Aylık gelir düzeyinin epizyotomi yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Fakat Ergin ve ark. (120) aylık gelir düzeyi azaldıkça sağlıksız koşullarda doğum yapma oranının arttığını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda da aylık gelirle 5. gün (p=0.001), 15. gün (p=0.044) RSYİ puanları arasında negatif bir ilişki bulunmaktaydı. Aylık gelir azaldıkça RSYİ puanları artmakta diğer bir ifade ile yara iyileşmesi gecikmekteydi (Çizelge 4.13). Bunun nedeni sağlık hizmetlerinden yararlanamamak, yeterli beslenememek, yaşam standartlarının yetersizliği (giyim, çevre, yaşanılan yer ve özellikleri vb.), hijyen ihtiyaçlarını ve günlük gereksinimlerini karşılayamamak gibi sorunlar olabilir.

Seraslan ve ark. (91), tıkaçıcı arter hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya konjestif kalp yetmezliği gibi sistemik hastalıklara bağlı gelişebilecek doku iskemisi sonucunda yara iyileşmesi için gerekli olan oksijen ve besleyici maddelerin yara alanına yeterli olarak ulaşamayacağını ve bunun sonucunda da yara iyileşmesinde gecikme meydana gelebileceğini rapor etmiştir. Çalışmamızda annelerin herhangi bir kronik hastalık varlığının 1. gün (p=0.908), 5. gün (p=0.896), 15. gün

($p=0.687$) RSYİ puanını etkilemediği saptanmıştır (Çizelge 4.6). Bu duruma göre annelerin herhangi bir kronik hastalığının olup olmaması yara iyileşmesini etkilememektedir. Ancak çalışmamızda annelerin kronik hastalıklarının çok az ve çeşitli olması sonucun ihtiyatla değerlendirilmesini gerektirmektedir. Özellikle Diyabetis Mellitus gibi kronik hastalıklar için kontrollü çalışmalar yapılması daha açıklayıcı olacaktır.

Epizyotomili anneler ile ilgili yapılan çalışmalarda annelerin doğum sayıları incelendiğinde; Üstünsöz (59) çalışmasında annelerin ilk kez ya da birden fazla doğum yapmasının epizyotomi iyileşmesi üzerinde etkili bir faktör olabileceğini rapor etmiştir. Bunun sebebi olarak da; birden fazla doğum yapan annelerin daha önce doğum ve epizyotomi deneyimlerini yaşamalarına bağlı olarak uygulamalarına daha çok dikkat etmesini göstermiştir. Bizim çalışmamızda ise annelerin ilk kez ya da birden fazla doğum yapması 1. gün ($p=0.669$), 5. gün ($p=0.737$), 15. gün ($p=0.726$) RSYİ puanını etkilemediği saptanmıştır (Çizelge 4.7). Bu sonuca göre birden fazla doğum yapan annelerin daha önce doğum ve epizyotomi deneyimlerini yaşamalarına rağmen bakım uygulamalarında ilk kez doğum yapanlara göre farklılık bulunmamaktadır. Üstünsöz (59) çalışmasında annelerin %59.8'inin ve bizim çalışmamızda ise annelerin %25'inin lise ve üstü öğrenim yaptıkları saptanmıştır. Ege (117) çalışmasında annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe Genital Hijyen Davranış Envanteri'ne (GHDE) göre doğru genital hijyen davranışı gösterme oranının arttığını bildirmektedir. Üstünsöz'ün (59) çalışması ile çalışmamız arasındaki farkın annelerin öğrenim düzeylerindeki farktan kaynaklanabileceğini düşünülmüştür.

Saral (106) çalışmasında ileri derecede demir eksikliğinin yeterli miktarda kollojen sentezlenmesini önlediğini bildirmiştir. Bilhan ve ark. (112) yara iyileşmesi için yeterli oksijenin dokulara ulaşabilmesi gerekli olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamızda gebeliği süresince ek demir minerali kullanmayan annelerin 15. gün ($p=0.033$) RSYİ puanı azalmaktaydı (Çizelge 4.8). Bu durum demir minerali kullanan annelerde yara iyileşmesinin geciktiği anlamına gelmektedir. Demirin yara iyileşmesindeki önemi göz önüne alındığında çalışmamızdaki bu sonucun nedeni açıklanamamıştır. Bu sonuçta başka faktörlerin etkiliği olabileceği göz ardı edilmemelidir. Demir kullanma durumunun, daha geniş örneklemlerle çalışmaları ve *logistic regression* analizi ile araştırılması daha açıklayıcı olacaktır kanısındayız.

Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozabilmektedir. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Nikotin adrenal katekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olmakta, vazodilatasyon etkisi gösteren prostasiklinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini ve karbonmonoksitin oksijenle yarışa girerek ve hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltmaktadır (112). Annelerin gebelik öncesi dönemde sigara içicisi olmasının 1. gün ($p=0.379$), 5. gün ($p=0.726$) ve 15. gün ($p=0.450$) RSYİ puanlarını etkilemediği belirlenmiştir (Çizelge 4.8). Çalışmamızda elde edilen sonuca göre sigara içmek, annelerde epizyotomi yara iyileşmesinde gecikmeye sebep olmamaktadır. Sigaranın yara iyileşmesi üzerindeki etkileri göz önüne alındığında sigara kullanan annelerde epizyotomi yara iyileşmesinde gecikme olmamasının nedeninin çalışmaya dahil edilen annelerin sigara kullanım oranının çok az olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Doğum öncesi egzersizlerin yararları arasında; gerginliğin ortadan kaldırılması, travay sırasında enerji tasarrufu sağlanması, postürün düzeltilmesi, karın cildinin daha iyi beslenmesiyle karın çatlaklarının engellenmesi, düşük preeklampsi oranı ve doğum sonrası normal yaşama daha hızlı dönüş sayılmaktadır (121). Egzersizler vajen ve perine kaslarının eski tonüsünü kazandırmak, perine bölgesindeki ödemi azaltmak, dolaşımı hızlandırmak, stres inkontinansını, abdominal kasların gerginleştirerek karın sarkmalarını ve bel ağrılarını önlemek amacıyla yapılmaktadır (122). Egzersiz yapma durumuna ilişkin karşılaştırma yapılabilecek başka çalışmalara ulaşılamadı. Çalışmamızda gebelik süresince egzersiz yapmayan annelerde 5. gün (5. gün $p=0.001$) RSYİ puanı azalmaktaydı (Çizelge 4.8). Bu egzersiz yaptığını söyleyen annelerde yara iyileşmesinin geciktiği anlamına gelmektedir. Bu sonucun daha ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir.

Travay süresinin uzaması epizyotomi iyileşmesini etkileyebilecek faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Normal primiparlar için beklenen travay süresi (14-18 saat), multiparlardan biraz daha (12-16 saat) uzundur (59). Travay süreleri ile 1. gün, 5. gün, 15. gün RSYİ puanları arasında ilişki saptanmadı (Çizelge 4.14). Annelerin travay süreleri epizyotomi yara iyileşmesini etkilememektedir.

Hotun ve ark. (80) multiparlarda primiparlara göre doğumun ikinci devre süresinin daha kısa olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda annelerin doğum eylemlerinin ikinci devresinin süresi ile 1. gün, 5.gün ve 15. gün RSYİ puanları arasında ilişki saptanmamıştır (Çizelge 4.14). Ancak bu konuda yapılmış, doğum eyleminin ikinci devresinin uzamasının epizyotomi yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Epizyotomi uygulanan kadınlarda değişik oranlarda epizyotomi dışı düzensiz yırtıklar görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda epizyotomi dışında laserasyonu olan annelerde 1. gün (p=0.557), 5. gün (p=0.671) ve 15. gün (p=0.092) RSYİ puanını etkilemediği saptanmıştır (Çizelge 4.9). Bu sonuca göre annelerin epizyotomi insizyonuna ilave laserasyonların olması epizyotomi yara iyileşmesinde gecikme yapmadığı kanısını doğurmaktadır.

Literatürde perineal travma oluşumunda bebeğin doğum kilosunun etkili olduğu, iri bebeğin (3800 gr ve üzeri) doğum eyleminin ikinci evresini uzattığı ve pudental hasarı artırabileceği ifade edilmektedir (25). Üstünsöz (59), epizyotomi yarasının iyileşmesini etkileyen faktörler arasında yenidoğanın ağırlığı ve baş çevresi olduğunu rapor etmiştir ancak kendi çalışmasında yenidoğanın ağırlığının epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini saptamıştır. Yapılan spearman Rank korelasyon analizinde; yenidoğanlarının ağırlıkları ile 1. gün (p=0.041) RSYİ Puanları arasında negatif bir korelasyon saptandı. Başka bir ifadeyle Yenidoğanların ağırlıkları azaldıkça RSYİ puanı artmaktaydı. Mayda ve ark. (123) çalışmasında enflamasyon fazının 5 gün sürdüğünü bildirmiştir. Kurumlu ve ark. (107) inflamasyonun tipik belirtilerinin ve bulgularının ısı, kızarıklık, ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı olduğunu belirtmiştir. Bu bilgiler ışığında yenidoğanların kilosu azaldıkça 1. günde RSYİ puanının artması iyileşmenin hızlanacağını düşündürmüştür. Yenidoğanların ağırlıkları ile 5. gün (p=0.265) ve 15. gün (p=0.443) RSYİ puanları arasında ise ilişki olmadığı için; yenidoğanların kilosu yara iyileşmesi sürecini etkilemediği sonucuna varılmıştır (Çizelge 4.14).

Doğacak bebeğin iri olması, annenin perine bölgesinde travma oluşum riskini artırdığından epizyotomi indikasyonları arasında yer alır. ve etki ettiği ifade edilmektedir. Bebeğin iri olup olmadığı kararı için, baş çevresi ölçümü çok önemlidir. Üstünsöz (59) epizyotomi yara iyileşmesini etkileyen faktörlerden birinin yenidoğanın

baş çevresinin olduğunu rapor etmiştir ancak kendi çalışmasında baş çevresinin epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini bildirmiştir. Araştırmamıza alınan annelerin yenidoğanlarının baş çevreleri ile 1. gün (p=0.219), 5. gün (p=0.316), 15. gün (p=0.558) RSYİ puanları arasında ise ilişki yoktu (Çizelge 4.14). Bu sonuç Üstünsöz'ün (59) çalışmasında olduğu gibi yenidoğanların baş çevresinin yara iyileşmesi süresini etkilemediği anlamına gelmektedir.

Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörleri araştıran çalışmalarda multipar annelerin daha önceki doğumlarında epizyotomi uygulanma durumunun şimdiki epizyotomi yara iyileşmesi üzerindeki ilişki incelendiğinde; Sayiner (25) çalışmasında daha önce epizyotomi öyküsü olan annelerde epizyotomi iyileşme süresinin daha kısa olduğunu saptamıştır. Üstünsöz (59) araştırmasında epizyotomi öyküsü olan annelerde epizyotomi iyileşme süresinde bir fark saptamamıştır. Bizim çalışmamızda ise annelerin daha önce epizyotomi öyküsü olması ile 1. gün (p=0.649), 5. gün (p=0.858) ve 15. gün (p=0.431) RSYİ puanı arasında ilişki olmadığı saptandı (Çizelge 4.10). Bu sonuca göre; daha önce epizyotomi öyküsü olan annelerin yara iyileşme süresinde kısalma olmamaktadır. Bu sonuç Üstünsöz'ün (59) çalışması ile aynı paralelliktedir.

Epizyotomi öyküsü olanlarda yara iyileşme durumu incelendiğinde; çalışmamıza katılan daha önce epizyotomi öyküsü olan annelerin %19.2'sinde yara bölgesinde enfeksiyon geliştiği saptanmıştır (Çizelge 4.3). Önceki epizyotomi bölgesinde enfeksiyon gelişmesi ile ilgili karşılaştırma yapabilecek herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Daha ileriki dönemlerde yapılacak çalışmalarda araştırılmalıdır.

Loşianın miktarı ve rengi, uterusun involusyon ve rejenerasyon sürecinin bir göstergesidir. İlk günlerde kanama fazla miktarda, açık kırmızı renkte, kanlı ve zaman zaman küçük pıhtılar içeren bir özelliktedir. Sonraki günlerde daha akıcı ve seröz bir nitelik kazanıp, kokusuz, pembemsi ve kahverengi görünüme döner. Loşianın miktarı giderek azalmıyorsa rengi açılmıyorsa, annede plasenta retansiyonu ya da epizyotomi onarımı sırasında damar ağzlarının tam olarak kapatılmadığı düşünülebilir. Loşia da pis kokunun nedenleri arasında, enfeksiyon, içerde kalmış spanç ya da tampon, değiştirilmemiş petler sayılabilir (23).

Doğum sonu dönemde loşia özellikleri için; Yapılan Spearman Rank Korelasyon analizinde loşia rengindeki değişiklik ile 1. gün (p=0.445), 5. gün (p=0.311) ve 15. gün

($p=0.151$) RSYİ puanları arasında bir ilişki olmadığı dolayısıyla loşia karakterinin yara iyileşmesi konusunda bir fikir vermediği sonucuna varılmıştır (Çizelge 4.11).

Toker (5) yara üzerine olan baskıların yara iyileşmesini geciktirdiği bildirmiştir. Fakat çalışmada ilk dışkılama günü uzamasının epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini saptamıştır. Çalışmamızda annelerin ilk dışkılamasının kaçınıcı gün olduğu ile; 1. gün ($p= 0.290$), 5. gün ($p=0.095$), 15. gün ($p=0.097$) RSYİ puanları arasında ilişki yoktu (Çizelge 4.15). Toker'in (5) çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da ilk dışkılama gününün gecikmesi epizyotomi yara iyileşmesini etkilememektedir.

Doğumsonu ilk dışkılama epizyotomi yarası üzerinde baskı oluşmasına neden olduğundan annelerin ağrı duydukları bildirilmiştir (5). Çalışmamızda ilk dışkılama sırasında epizyotomi bölgesinde ağrı olaması ile 1. gün ($p=0.459$), 5. gün ($p=0.275$), 15. gün ($p=0.087$) RSYİ puanları arasında ilişki yoktu (Çizelge 4.11). Bu sonuç bize ilk dışkılama sırasında ağrı hisseden annelerde yara iyileşmesinin gecikmediği anlamlı olmamasına rağmen 15. gündeki RSYİ puanının anlamlılığa yakın olduğu, yani geciktirme olasılığının yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu değişkeni analiz eden bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Epizyotominin olumsuz yönlerinden birisi kabızlık gelişme riskini arttırmasıdır (33). Toker (5) ve Üstünsöz (59) yaptıkları literatür derlemelerinde doğum sonrası konstipasyonun ağrıya ve ödeme yol açarak epizyotomi iyileşme sürecini geciktirecek faktörlerden olabileceğini rapor etmişlerdir. Fakat her iki araştırmacı çalışmalarında konstipasyonu (kabızlık) olan annelerde epizyotomi yara iyileşme sürecini etkilemediğini saptamışlardır. Yılmaz (15) da çalışmada kabızlığın annelerde epizyotomi yara iyileşmesini etkilemediğini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da annelerin kabızlık olmasının; 1. gün ($p=0.098$), 5. gün ($p=0.274$) ve 15. gün ($p=0.073$) RSYİ puanını etkilemediği belirlenmiştir (Çizelge 4.11). Toker (5), Üstünsöz (59) ve Yılmaz (15)'in çalışmaları ile çalışma sonuçlarımız aynı doğrultudadır. Bizim sonuçlarımıza göre annelerde kabızlığın olmasının epizyotomi yara iyileşmesini geciktirmediği, ancak kabızlığı olmayan annelerde 1. ve 15. gün puanları istatistiksel anlamlılığa çok yakın olarak değerlendirildi. Bu değişkenin başka çalışmalarda da araştırılmasını öneriyoruz.

Epizyotomi dikiş yerinde herhangi bir yakınmanın olması, yara iyileşmesi açısından problem olacağına bir göstergesidir. Bizim çalışmamızda dikiş yerinde; ağrı, kaşıntı, kanama, şişlik, morarma gibi problemlerin varlığı ile 1. gün ($p=0.452$) RSYİ puanı arasında ilişki yoktu. Ancak 5. gün ($p=0.000$) ve 15. gün ($p=0.000$) RSYİ puanlarının arttığı saptanmıştır (Çizelge 4.11). Bu sonuca göre dikiş yerindeki problemlerin varlığı epizyotomi yara iyileşmesinin gecikeceğini gösteren en önemli faktörler oldukları söylenebilir.

Epizyotomili annelerde yüksek ateş gelişme durumları incelendiğinde; Yılmaz (15) deney ve kontrol grubundaki annelerin hepsinin ateşlerinin normal sınırdaki olduğunu saptamıştır. Bizim çalışmamızda annelerin %3.8'inin ateşinin yükseldiği saptanmıştır (Çizelge 4.4). Sonuçlar bizim çalışmamızla örtüşmektedir. Ateş yakınması olan kadınların çok az olması nedeniyle önemlilik testi uygulanamamıştır.

Çalışmamızda annelerin %26.9'unda vajinal akıntıda kötü koku yakınması olduğu belirlendi (Çizelge 4.4). Bu değişkenle ilgili karşılaştırma yapılabilecek herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bizim çalışmamızda vajinal akıntısında kötü kokusu olan annelerin 1. gün ($p=0.980$) RSYİ puanının etkilenmediği, kötü kokusu olanlarda 5. gün ve 15. gün ($p=0.000$) RSYİ puanının arttığı saptandı (Çizelge 4.11). Bu sonuca göre; vajinal akıntıda kötü koku olmasının; epizyotomi yara iyileşmesinin uzayacağını gösteren bir faktör olabileceği kanısına varıldı.

Doğumun hemen sonrasında annelere yardımcı olan bir kişi çoğunlukla olmaktadır. Yılmaz (15) ve Üstünsöz'ün (59) çalışmasında doğum sonu dönemde annelerin bakımı için yardımcısının olmasının epizyotomi yara iyileşme sürecini etkilemediğini saptamıştır. Çalışmamızda da yardımcı olması ile 1. gün ($p=0.923$), 5. gün ($p=0.921$) ve 15. gün ($p=0.604$) RSYİ puanları arasında ilişki yoktu (Çizelge 4.12). Bu sonuç annelerin yardımcısının olup, olmamasının epizyotomi yara iyileşme sürecini geciktirmediğini ortaya çıkartmaktadır.

Yaranın temizlenmesi; inflamatuvar materyalin, ölü dokunun uzaklaştırılması için yapıldığı için irrigasyonun sadece izotonik solüsyon ile yapılmasının yeterli olduğu ifade edilmektedir. Buna gerekçe olarakta; antiseptik solüsyonların fibroblastlara ve epitel hücrelerine sitotoksik ve tahriş edici etki yapacağı ve doku onarımını geciktireceği düşüncesi öne sürülmektedir (15). Yılmaz (15) ve Toker (5) çalışmalarında epizyotomi bakımında sadece su kullanan annelerde betadin kullananlara göre; daha fazla ekimoz,

daha az akıntı ve su, dikişlerde daha fazla açılma olduğu bildirilmiştir. Epizyotomi bölgesine batikon veya betadin ile bakım yapılması ile 1. gün ($p=0.698$), 5. gün ($p=0.574$), 15. gün ($p=0.208$) RSYİ puanları arasında ilişki bulunmadı (Çizelge 4.12). Bu durum annelerin epizyotomi bölgesine bakım yapıp yapmamasının epizyotomi yara iyileşme sürecini etkilemediği saptanmıştır.

Loğusalık boyunca annelerin perine bölgelerine özen göstermeleri gerekir. Perine bölgesinin temiz ve kuru tutulması, bu dönemdeki etkenlere bağlı olarak gelişebilecek puerperal enfeksiyonun önlenmesinde ve yara iyileşmesinin hızlanmasında çok büyük önem taşımaktadır. Sık ped değiştirmek enfeksiyonlardan korunma yönünden önemlidir (15). Ped değiştirilmeden önce, eller sabunlu su ile yıkanmalı ve pedin üreme organlarına temas edecek yüzeyine dokunulmamalıdır. Kullanılan pedlerin renksiz ve parfümsüz olmasına dikkat edilmelidir (15,117). Çalışmamızda annelerin ortalama günde 3.3 ± 1.1 kez ped değiştirdiği saptandı (Çizelge 4.5). Günlük ped değiştirme sayısı ile 15. gün $p=0.019$) RSYİ Puanları arasında ise negatif bir korelasyon bulunmaktaydı. Annelerin günlük ped değiştirme sayısı arttıkça RSYİ puanı azalmaktaydı (Çizelge 4.15). Bu durum bize annelerin ped değiştirme sayısı arttıkça epizyotomi yara iyileşmesinin hızlandığını göstermektedir. Araştırma sonucumuz yukarıda verilen bilgileri doğrulamaktadır.

Yara bölgesinin temiz tutulması enfeksiyonun önlenmesi ile direkt ilişkilidir (5). Doğum sonu dönemde ilk banyonun ne zaman yapıldığı bu açıdan çok önemlidir. Annelerin ilk banyo günü ile 15. gün ($p=0.018$) RSYİ puanları arasında ise pozitif bir korelasyon bulunmaktaydı. Annelerin ilk banyoları geciktikçe RSYİ puanları artmakta (Çizelge 4.15) başka bir ifadeyle epizyotomi yara iyileşmesi de gecikmekteydi.

Epizyotomili annelerin banyo yapma şekilleri de yara iyileşmesini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır. Özellikle oturarak banyo yapmak; yara bölgesinde ağrı ve ödeme yol açarak iyileşme süresini geciktirebilir (5). Ayrıca oturmak yara bölgesinin oturulan zemine teması ile yaranın bakteri ve virüs gibi mikroorganizmalarla kontaminasyonuna yani yara bölgesine enfeksiyon taşınmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle banyonun ayakta duş şeklinde olması (oturarak banyo yapılmaması) gerektiğini vurgulamıştır (117). Çalışmamızda ayakta (duş şeklinde) banyo yapılması ile 5. gün ($p=0.011$) RSYİ puanının azaldığı saptanmıştır (Çizelge

4.12). Bu durum bize ayakta duş şeklinde banyo yapmanın annelerin epizyotomi yara iyileşme sürecini kısalttığını ve yara iyileşmesini hızlandırdığını göstermektedir.

Alaturka tipi tuvalet kullanımının epizyo yarası üzerinde ağrı ve ödeme yol açarak iyileşme süresini uzatacağı ifade edilmektedir (5). Kullanılan tuvalet tipinin annelerde 1. gün ($p=0.299$), 5. gün ($p=0.702$), 15. gün ($p=0.561$) RSYİ puanını dolayısıyla iyileşme sürecini etkilemediği belirlendi.

İyileşme sürecinin enflamasyon ve eksuda oluşumu sırasında yarada bakteri bulunması veya bulaşması enfeksiyona yol açar. Çalışmamızda annelerin %57.7'ünün tuvaletten sonra genital temizliği doğru şekilde (önden arkaya doğru) yapamadıkları saptandı (Çizelge 4.5). Perine hijyeninin doğru yapılmasının epizyotomi iyileşme sürecine etkisini araştıran çalışmaya ulaşılamamıştır. Annelerin tuvaletten sonra yaptığı genital temizliğin doğru yapılması ile 15. gün ($p=0.003$) RSYİ puanı azalmaktadır (Çizelge 4.12). Diğer bir ifadeyle genital temizliğin doğru yapılması epizyotomi yara iyileşmesini hızlandırmaktadır.

Mikroorganizmaların nemli ve oksijensiz ortamda daha çok üremesi nedeni ile yaranın temiz ve kuru tutulması gerektiği bildirilmektedir (5,19). Ayrıca kadında üretra ve anüsün epizyotomi alanına yakın olması epizyo bölgesinde enfeksiyon gelişme riskini arttırır (20). Vajinal deodorantların iritan olması enfeksiyon oluşumuna neden olduğu için kullanılmaması önerilmektedir (124). Yara dokusunun kuru olmasının hücre hareketlerine engel olduğunu, aşırı nemli olmasının ise hücreleri yara içinde hareket ettirerek, bakteriler için uygun bir ortam sağlamaktadır (5). Her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkama durumunun yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkamayan annelerde; 1. gün ($p=0.06$) RSYİ puanının azaldığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.12). Bu sonuç bize her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkamayan annelerin epizyotomi yara iyileşme süresinin kısaltıldığını kuru tutanlarda ise yara iyileşmesinin daha hızlı olduğunu göstermektedir. Bu duruma, annelerin yıkama tekniğini yanlış yapması ya da kurulamayıp nemli bırakmasının neden olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda ayrıca genital bölgeyi her yıkamadan sonra kurulayan annelerde 15. gün ($p=0.009$) RSYİ puanının azaldığı saptanmıştır (Çizelge 4.12). Bu da genital bölgeyi her yıkamadan sonra kurulamak yara iyileşmesi hızlandırdığı anlamına gelmektedir.

Dar ve sentetik çamaşırların giyilmesi genital enfeksiyon riskini artırır (117). Annelerin doğum sonrası iç çamaşırını erkenden giyenlerde 15. gün ($p=0.000$) RSYİ puanları azalmaktaydı. Kadınların doğumdan sonraki ilk günlerde iç çamaşırlarını giymemeleri enfeksiyon riskini artırmaktadır. Annelerin doğum sonrası iç çamaşırını giyme günleri geciktikçe yara iyileşmesi gecikmektedir. Bu sonucun epizyotomi yaralarının iyileşmesi sürecinde enfeksiyonların önlenmesi açısından çok önemli olduğu kanısındayız.

Pamuklu olmayan sıkı iç çamaşırların, perineal havalanmayı önledikleri için nemli bir ortam oluşturarak mikroorganizmaların üremesine neden olan bir ortam oluşturmaktadırlar (117). Kullanılan çamaşır tipinin yara iyileşmesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Sadece pamuklu tip çamaşır kullanmak annelerin 5. gün ($p=0.06$) ve 15. gün ($p=0.007$) RSYİ puanını azaltmaktaydı (Çizelge 4.12). Bu sonuç bize sadece pamuklu tip çamaşır kullananlarda daha kısa sürede epizyotomi yara iyileşmesinin gerçekleştiğini düşündürmektedir.

Günlük sıvı ihtiyacı 1,5-2 litredir (125). Annelerin günde ortalama aldığı sıvı miktarı ile 15. gün ($p=0.024$) RSYİ puanları arasında negatif bir korelasyon bulunmaktaydı. (Çizelge 4.15). Bu sonuç annelerin günlük aldığı sıvı miktarı arttıkça epizyotomi yara iyileşmesinin hızlandığını göstermektedir.

Doğum eyleminin yarattığı anksiyete ve yorgunluğu gidermek için annenin, loğusalık döneminde yeterince uyuması ve dinlenmesi gerekmektedir. Ancak loğusalığın ilk haftalarında yorgunluk, ağrılar ve bebeğin sık aralıklarla beslenmesi nedeniyle annelerin yaklaşık %80'i 8 saatten az uyurlar (15). Annelerin günlük ortalama uyuma süresi ile 5. gün ($p=0.018$) ve 15. gün ($p=0.011$) RSYİ puanları arasında negatif bir korelasyon bulunmaktaydı. Annelerin günde ortalama uyuma süresi arttıkça RSYİ puanları azalmaktaydı (Çizelge 4.15), diğer bir ifade ile ortalama uyuma süresi arttıkça yara iyileşmesi hızlanmaktadır.

Epizyotomi yarası temiz ve doku kaybı minimum olan yaradır. Yara iyileşmesi sırasında bir dizi olaylar meydana gelmektedir. Yara iyileşmesinin inflamasyon aşamasında (0-4 gün) bakterilerin bulunması ya da birikmesi halinde enfeksiyon gelişmekte ve iyileşmeyi geciktirebilmektedir (5). Yarada kızarıklık, damar dilatasyonu, zedelenmiş bölgeye kan akımında artış ve hiperemi nedeniyle kızarıklık oluşabilir. Zedelenmiş bölgede eksudasyonun da eklenmesi ödeme yol açar. Eğer ödem oluşumu

esnasında steril olan eksudaya mikroorganizma bulaşırsa yarada akıntı başlar ve enfeksiyon varlığından bahsedilir. Yarada birinci gün ağrı yaşanmasının sebebi doku zedelenmesi sırasında kan akımında artış olması ve eksudanın sinir uçlarına yaptığı basıdır. Daha ileri devrede ağrı var ise, bunun sebebi enflamasyonlu ve salınan kimyasal maddelerin inflamasyon alanındaki sinir uçlarına baskısıdır (5).

Annelerin 1. gün ile 5. gün (5. gün $p=0.001$) RSYİ Puanları arasında pozitif bir korelasyon (1. gün RSYİ puanı arttıkça 5. gün RSYİ puanı da artmaktaydı) bulunmaktaydı. Birinci gün muayenesinde; kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı, yara dudaklarında ayrılma 5. gündeki yara iyileşmesinin gecikeceğininin önemli bir göstergesidir. Diğer bir yorumla 1.gün bulgu ve belirtileri 5.günün nasıl olacağının belirleyicisidir. Birinci gün ile 15. gün RSYİ puanları arasında ise ilişki ($p=0.518$) bulunmadı (Çizelge 4.16). Bu durum bize annelerin 1. gündeki kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı, yara kapanması bulgularından aldığı puanların 15. günde yara iyileşmesi durumunun bir göstergesi olamayacağını göstermektedir.

Beşinci gün ile 15. gün RSYİ puanlarının arasında ise pozitif korelasyon ($p=0.000$) vardı. Beşinci gün RSYİ puanı arttıkça 15. gün RSYİ puanı da artmaktaydı (Çizelge 4.16). Sonuç olarak 5. gündeki kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı, yara dudaklarının kapanmaması 15. günde yaranın iyileşmeyeceğinin habercisidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Araştırmaya katılan annelerin

1. Yaşlarının ortalama 25.4 ± 4.1 , boylarının ortalama 161.6 ± 4.6 cm, vücut ağırlıklarının ortalama 58.2 ± 8.1 kg, miaddaki vücut ağırlıklarının ortalama 69.8 ± 8.6 kg, gebelikte aldıkları ortalama toplam ağırlığın 11.6 ± 2.9 kg olduğu
2. %75'inin en az 8 yıl öğrenim gördüğü,
3. Eşlerinin ise %50.9'u en az 8 yıl aralığında öğrenim gördüğü,
4. %97.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, annelerin eşlerinin %66.3'ünün memur veya işçi olduğu,
5. %12.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptandı.
6. %73.1'i çekirdek aile tipine sahipti ve hane başına düşen kişi sayısı ortalama 4.2 ± 1.6 kişiydi, ailelerinin ortalama aylık gelirleri 732 ± 346 YTL'di,
7. %7.7'sinin kronik bir hastalığı ve %10.6'sının geçirilmiş bir ameliyat öyküsü vardı,
8. %54'ü multipardı ve normal vajinal doğum sayıları ortalama 1.6 ± 0.6 ve son iki gebelik arasındaki süre ortalaması 4.2 ± 2.7 yıldır,
9. hamilelik boyunca %83.7'sinin demir ve vitamin kullandığı,
10. %6.7'sinin gebelik öncesinde sigara kullandığı ve %17.3'ünün gebeliğinde egzersiz yaptığı,
11. Travay sürelerinin ortalama 9.9 ± 2.9 saat, doğumun ikinci devresinin ise ortalama 16.6 ± 10.0 dk olduğu,
12. %11.5'inde epizyotomi dışında laserasyon geliştiği,
13. Yenidoğanlarının doğum ağırlıklarının ortalama 3258 ± 327 gr, başçevresinin ortalama 34.8 ± 0.6 cm olduğu,
14. %19.2'sinin önceki doğumlarında epizyotomi yara bölgesinde enfeksiyon geliştiği,
15. %91.3'ünde loşianın ilk günlerde açık kırmızı daha sonra giderek rengi açılan karakterde olduğu,

16. Doğumdan sonra ilk dışkılamalarının 2.9 ± 2.1 'inci günde olduğu ve %55.8'inde kabızlık geliştiği,
17. %62.5'inin epizyotomi bölgesinde sorun yaşadığı,
18. % 45.2'sinin şuan ki epizyotomi bölgesinin bakımı için antiseptik solüsyon (betadin vb.) kullandığı,
19. ortalama günde 3.3 ± 1.1 kez pedini değiştirdiği, doğum sonu dönemde ilk banyolarını 4.1 ± 2.4 'üncü günde yaptığı ve %87.5'inin banyolarını ayakta (duş) şeklinde yaptığı,
20. %93.3'ünün alaturka tipi tuvalet kullandığı,
21. %100'ünün tuvaletten sonra, % 32.7'isinin tuvaletten önce ellerini yıkadığı,
22. %42.3'ünün tuvaletten sonra genital bölge temizliğini doğru şekilde (önden arkaya doğru) yaptığı, %83.7'sinin her tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkadığı ve her yıkamadan sonra %75'inin kuruladığı,
23. İç çamaşırlarını doğumdan sonra ortalama 2.9 ± 1.8 'inci günde giydiği, %66.3'ünün sadece pamuklu tip iç çamaşır kullandığı ve ortalama 1.8 ± 0.6 günde bir iç çamaşırını değiştirdiği,
24. Günde ortalama 1.7 lt sıvı aldığı ve 5.6 saat uyuduğu belirlendi,

Çalışmamızın analitik sonuçlarına göre;

1. REEDA Skalası Puanını azaltan etmenler;
 - i. Eşlerinin eğitim düzeylerinin yüksek olması,
 - ii. Ayakta duş şeklinde banyo yapılması,
 - iii. Genital temizliğin doğru teknikle yapılması,
 - iv. Her tuvalet sonrası genital bölgeyi yıkanmaması ve her yıkamadan sonra kurulanması,
 - v. İç çamaşırının ilk üç gün içinde giyilmesi,
 - vi. Sadece pamuklu tip çamaşır kullanılması,
 - vii. Günlük pedlerin sık değiştirilmesi,
 - viii. Günlük alınan sıvı miktarının ortalama 1.7 lt olması,
 - ix. Günlük uyku süresinin ortalama 5.6 saatten fazla olmasıydı.
2. Epizyotomi yara iyileşme süreci ile ilişkisiz etmenler;
 - i. Eşlerinin meslekleri veya sosyal güvence durumları,

- ii. Sigara kullanılması,
 - iii. Herhangi bir kronik hastalığın olması,
 - iv. Multipar ya da primipar olma durumu,
 - v. Doğum eyleminin ikinci devresinin kısa olması,
 - vi. Daha önce epizyotomi öyküsünün varlığı,
 - vii. Epizyotomi insizyonuna ilave laserasyonlar olması,
 - viii. Doğum sonu kanama özellikleri,
 - ix. Kabızlık durumu,
 - x. Travay süreleri,
 - xi. Yenidoğanların ağırlıkları ve baş çevreleri büyüklükleriydi.
3. REEDA Skalası Puanını arttıran etmenler;
- i. Demir minerali kullanılması,
 - ii. Gebeliğinde süresinde egzersiz yapılması,
 - iii. Dikiş yerinde yakınmaların olması,
 - iv. Ailenin kalabalık olması ve aylık gelirin düşük olması,
 - v. Geç banyo yapmak, geç iç çamaşırı giymekti.

6.2. Öneriler

1. Kadınların ve erkeklerin eğitim düzeyleri arttırılmalı.
2. Kadınlarda doğru genital hijyeni sağlama konusunda sağlık bilinci geliştirilmelidir. Doğru genital hijyen davranışları kazandırmak amacıyla genç kızlara ve kadınlara ebe ve hemşirelerin bu konuda sağlık eğitimi vermeleri gereklidir. Doğru genital hijyen davranışları kazandırmak amacıyla genç kızlara ve kadınlara verilecek sağlık eğitiminde ebe ve hemşireler aşağıdaki önerilerde bulunmalıdır.
 - Anal bölgeden vajen ve üretraya kontaminasyonu önlemek için önden arkaya doğru temizlik yapılmalı
 - Her eliminasyondan önce ve sonra eller sabunlu duru su ile iyice yıkanmalı

- Eliminasyondan sonra genital bölge temiz su ile yıkanarak temiz tuvalet kağıdı ile kurulanmalı
- Genital bölgede alerjik reaksiyon ve irritasyona yol açabileceğinden pudra, sprey, deodorant ve parfüm kullanımından kaçınılmalı
- Eliminasyon sonrasında kullanılacak olan musluk, sifon ya da kapı kolunun doğrudan tutulması yerine tuvalet kağıdı kullanılarak tutulmalı
- Kullanılan tuvalet kağıdının beyaz ve parfümsüz olmasına ayrıca dikkat edilmeli
- Bölge tüylerden temizlenmeli
- Naylon ve sıkı iç çamaşırları havalanmayı önleyerek nemli bir ortam oluşturacağı ve enfeksiyonlar için zemin hazırlayacağından iç çamaşırları pamuklu, beyaz ve kişiye özel olmalı
- İyi yıkanmış, iyi durulanmış hafif ve sıkmayan pamuklu külot kullanılmalı ve her gün değiştirilmeli
- İç çamaşırların yıkanmasında fazla deterjan, beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanılmamalı ve bol su ile durulanmalı
- Bedene uygun, kesimi rahat ve dar olmayan giysiler kullanılmalı
- Mümkünse her gün banyo yapılmalı
- Banyo mümkün olduğunca ayakta yapılmalı ve umumi oturaklar kullanılmamalı
- Banyo sırasında vulva dikkatlice yıkanarak temizlenmelidir. Çünkü vücut salgıları vulva katları arasında birikerek enfeksiyonlara uygun ortam hazırlayabilir.
- Vajinal duştan kaçınılmalıdır. Çünkü vajinanın yıkanması buradaki doğal savunmayı bozacağından enfeksiyon riskini arttırmaktadır.
- Her banyodan sonra iç çamaşırlar ve giysiler değiştirilmelidir. Çeşitli nedenlerle banyo yapılamadığı durumlarda da iç çamaşırları sık sık değiştirilmelidir.
- Kanama takibinde kullanılan pedlerin temizliğine dikkat edilmesi gerekmektedir. Ped ve tamponlar 4-6 saatte bir değiştirilmeli, pedlere mikroorganizma bulaşmaması için kullanmadan önce açıkta taşınmamalı, poşetlerinde tutulmalı, ped değiştirilmeden önce, eller sabunlu su ile yıkanmalı

ve pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzeyine dokunulmamalı, kullanılan pedlerin renksiz ve parfümsüz olmasına dikkat edilmeli

- Vulvada çizik ve sıyrıklar oluşturabileceği için tırnakların kısa olması önerilmeli
- Annelere normal loşanın özellikleri hakkında bilgi verilmeli, kanamanın karakterinin değiştiği durumlarda ihmal edilmeden doktora başvurması gerektiği açıklanmalı
- Bu önerilerle beraber genel sağlık durumunun sürdürülmesi amacıyla kadınlara genital enfeksiyonların ve diğer jinekolojik sorunların erken tanı ve tedavisinde periyodik jinekolojik kontrollerin önemi açıklanarak, düzenli kontrollere gitme, yeterli ve dengeli beslenme, uyku ve dinlenme, düzenli egzersiz yapma, sigara ve alkol kullanımından kaçınma konularında da eğitim verilmelidir. Ayrıca eğitim verirken annelerin doğru yaptığı günlük yaşam aktiviteleri desteklenmeli ve olumsuz faktörlerin elimine edilmelidir.

3. Doğum kliniklerinde periodik bir biçimde ebe ve hemşirelere loğusa bakımı konusu içeriğinde epizyotomi yarasının iyileştirilmesinde antisepsi kural ve tekniklerinin, perine bakımının öneminin hizmet içi eğitim programlarıyla yapılması ve bu konuda gerekli materyallerinin oluşturulması sağlanmalıdır.

4. Doğum servislerinde görevli ebe ve hemşireler ailelere, özellikle loğusa anneye epizyotomi yara iyileşmesinin ve yara enfeksiyon belirtilerini içeren sağlık eğitimi yapmalıdır.

5. Normal vajinal doğumdan sonraki ilk günlerde anneler evlerine dönmektedirler. Evde bakımları sırasında oluşabilecek enfeksiyonları önlemek için sahada çalışan ebelerin ev ziyaretlerinin sıklığı arttırılmalıdır.

6.2.1. Araştırmacılara Öneriler

Bizim çalışmamızla ilgili olan ilerde yapılacak çalışmalarda araştırılmasını önerdiklerimiz;

1. Epizyotomi tekniğini anneye kim uyguladı?
2. Doğumdan sonra anne ile araştırmacıdan başka sağlık personeli görüştü mü?
3. Doğumdan sonra anne epizyotomi bölgesi üzerine oturdu mu?
4. Anne doğumdan sonra ne zaman ayağa kalktı?

7. KAYNAKLAR

1. **Güner H, Öktem M.** Epizyotomi ve Taze Obstetrik Laserasyonların Tamiri. *Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi*. 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2005**: 1529-1535.
2. **Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF.** *Williams Obstetrics*. 17. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **1989**; 435-439.
3. **Önderoğlu LS.** Epizyotomi ve Doğum Kanalının Laserasyonları. *Williams Doğum Bilgisi El Kitabı*, 21. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2004**: 138-141
4. **Zlatnik FJ.** Normal Doğum Eylemi ve Doğum. *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*. 7. Baskı, İstanbul: Yüce Yayınevi, **1997**: 121-124.
5. **Toker Z.** Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2004**.
6. **Helewa M.** Episiotomy and Severe Perineal Trauma. Of Science and Fiction. *Canadian Medical Association (Electronic Journal)*, **1997**; 156 (6): 811-814. Erişim: <http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index=71&did=418342401&SrchMode=1&sid=2&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1202206539&clientId=46713>.
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/12641298>.
8. **Gould D.** Perineal Tears and Episiotomy. *Nursing Standard (Electronic Journal)*, **2007**; 21 (52): 41-46. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17902445>
9. **Diniz SG, Chacham AS.** The Cut Above and The Cut Below: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters (Electronic Journal)*, **2004**; 12 (23): 100-110. Erişim: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb264/is_200405/ai_n5601386.
10. **Nager CW, Helliwell JP.** Episiotomi Increases Perineal Laseration Length in Primiparous Women. *Am J Obstet Gynecol (Electronic Journal)*, **2001**; 185: 444-450. Erişim: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_/ai_81136226
11. **Sherwen LN, Scoloveno MA, Weingarten CT.** *Nursing Care of the Childbearing Family*. 2nd. Ed. United States of America: Prentice-Hall, **1996**.
12. **Olds SB, London ML, Ladewing PW.** *Maternal Newborn Nursing (A Family and Community-Based Approach)*. 6th. Ed. United States of America: Prentice-Hall, **2000**.

13. **Maier JS, Maloni JA.** Nurse Advocacy For Selective Versus Routine Episiotomy. *JOGNN*, **1997**; 26 (2): 155-161.
14. **Butshe AM, Dyall A, Garner P.** Routine Episiotomy in Developing Countries: Time To Change A Harmful Practise. *British Medical Journal* (Electronic Journal), **1998**; 316: 1179-1180. Erişim: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1112977&blobtype=pdf>.
15. **Yılmaz S.** Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanol' ün İyileşme Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2004**.
16. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2003 Yılı İkinci Altı Aylık Geribildirim Değerlendirmesi. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/Kronik2003Geribildirim/TEM.SA%C4%9E.H%C4%B0Z.GN.MD.2003YILI2.6ayl%C4%B1kgbYORUMU.doc>. Erişim Tarihi: 15.05 2007
17. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>. Erişim Tarihi: 15.05.2007
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya Sağlık Müdürlüğü 2005 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Başkent Ofset, **2005**.
19. **Saylam M.** Erken Postpartum Dönemde Annelerin Perine ve Meme Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, **1990**.
20. **Karatay G, Özvarış ŞB.** Bir Sağlık Merkezi Bölgesindeki Gecekondularda Yaşayan Kadınların Genital Hijyene İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10 (1): 7-14.
21. **Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A.** Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**; 1 (2): 105-118.
22. **Bowman KG.** Postpartum Learning Needs. *JOGNN*, **2005**; 34 (4): 438-443
23. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 8. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2007**: 368-369.
24. **Leeman L, Spearman M, Rogers R.** Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *American Family Physician* (Electronic Journal), **2003**; 68 (8): 1585-1590. Erişim: <http://www.aafp.org/afp/20031015/1585.htm>
25. **Saymer FD.** Vajinal Doğumlarda Perine Masajının Etkinliği. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.
26. **Rock JA, Jones HW.** *Te Linde' s Operative Gynecology*. 9th. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, **2003**: 838-843.

27. **Walsh LV.** *Midwifery Community-Based Care During the Childbearing Year.* 6th. Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, **2001**.
28. **Otoide VO, Ogbonmwan SM, Okonofua FE.** Episiotomy in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **2000**; 68:13-17.
29. **Arısan K.** *Propedötik Kadın – Doğum.* 2. Baskı, İstanbul: Nobel Yayınları, **1997**.
30. **Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA.** Is Routine Episiotomy Necessary. *British Medical Journal*, **1984**; 288: 1971-1975. Erişim: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1442189&pageindex=1#page>.
31. **Kurtuldu İ.** Epizyotomi İnsizyonunun İyileşmesinde Termik Ajanların Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1988**.
32. **Howden NL, Weber AM, Meyn LA.** Episiotomy Use Among Residents and Faculty Compared With Private Practitioners. *American Collage of Obstetricians and Gynecologists*(Electronic Journal), **2004**; 103 (1): 114-118. Erişim: <http://www.greenjournal.org/cgi/reprint/103/1/114.pdf>.
33. **Karaçam Z.** Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2001**.
34. **Banta D, Thacker SB.** The Risks and Benefits of Episiotomy: A Review. *Birth* (Electronic Journal), **1982**; 9 (1): 25-30. Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6751345?ordinalpos=%206&itool%20EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum.
35. **Althabe F, Belizan JM, Bergel E.** Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study. *British Medical Journal* (Electronic Journal), **2002**; 324: 945-946. Erişim: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=102327>.
36. **Gökalp O, Mollaoğlu H.** Uygunsuz İlaç Kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2003**; 10 (2): 17-20.
37. **Özmert EN.** Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-I: Beslenme. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2005**; 48: 179-195.
38. **Gülay Z.** Hastane İnfeksiyonları Ve Önemi. Erişim: <http://teskon.mmo.org.tr/bildiri/2007-38.pdf>. Erişim Tarihi: 17.08.2008.
39. **Çilingiroğlu NE.** HIV/Aids Ve Ekonomi. Erişim: http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/72/1_45-50.rtf. Erişim Tarihi: 17.08.2008.
40. **Löwenstein L, Drugan A, Gonen R, Eldor IJ, Bardicof M, Jakobi P.** Episiotomy: Beliefs, Practice and the Impact of Educational Intervention. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (Electronic Journal), **2005**; 123: 179-182. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15913881>.

41. **Weber AM, Meyn L.** Episiotomy Use in the United States 1979-1997. *American Collage of Obstetricians and Gynecologists*(Electronic Journal), **2002**; 100 (6): 1177-1182. Erişim: <http://www.greenjournal.org/cgi/reprint/100/6/1177>.
42. **Hartman K, Viswanathan M Palmieri R, Gartlehner G, Throp J, Lohr KN.** Outcomes of Routine Episiotomy. *Journal of American Medical Association* (Electronic Journal), **2005**; 293 (17): 2141-2148. Erişim: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/293/17/2141>.
43. **Viswanathan M, Hartman K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Throp JJ.** The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. *Advancing Excellence in Health Care* (Electronic Journal), **2005**: 112. Erişim: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>.
44. **Allen RE, Hanson RW.** Episiotomy in Low-Risk Vaginal Deliveries. *J Am Board Fam Pract* (Electronic Journal), **2005**; 18 (1): 8-12. Erişim: <http://www.jabfm.org/cgi/reprint/18/1/8>.
45. **Collins N.** Normal Postpartum Care. Erişim: http://www.nursingceu.com/courses/47/index_nceu.html. 01.06.2007. Erişim Tarihi: 23.01.2008
46. **Kindberg S, Klünder L.** Ear Acupuncture or Local Anaesthetic as Pain Relief During Perineal Repair After Vaginal Delivery. Erişim: <http://www.suturprojekt.dk/forskning/dokumenter/Research%20Protocol%20Acupuncture%20Trial.pdf> Erişim Tarihi: 13.11.2007
47. **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. Erişim Tarihi: 22.02.2008.
48. **Methods and materials used in perineal repair.** Erişim: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7678, Erişim Tarihi:08. 12. 2008.
49. **Shorten A, Shorten B.** Women' s Choice? The Impact of Private Health Insurance on Episiotomy Rates in Australian Hospitals. *Midwifery*(Electronic Journal), **2000**; 16: 204-212. Erişim: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-45C0RCR-M&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=ca74923be865246a09033064351b29c8.
50. **Wagner M.** Episiotomy: A Form of Genital Mutilation. *The Lancet* (Electronic Journal), **1999**; 353: 1977-1978. Erişim: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673601062626>.
51. **Qian X, Smith H, Zhou L, Garner P.** Evidence-Based Obstetrics in Four Hospitals In China: An Observational Study To Explore Clinical Practice, Women' s Preferences And Provider' s Views. *BMC Pregnancy and Childbirth* (Electronic Journal), **2001**; 1(1): (16 May). Erişim: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=32205>
52. **Brown H, Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Smith H, Garner P.** Promoting childbirth companions in South Africa: A Randomised Pilot Study. Erişim: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/7>. Erişim Tarihi:13.09.2008.

53. **Karaçam Z.** Normal Doğumlarda Yapılan Epizyotominin Yenidoğanın Apgar Skoruna Etkisi. *Hemşirelik Formu*, **2002**; 5 (2): 11-16.
54. **Kelekci S, Savan K, Yaşar L, Sönmez S, Şahin L, Şentürk A.** Epizyotomi Tamirinin Placenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*. **2002**; 10 (4): 331-336.
55. **Ayhan A, Bozdağ G.** Eylem ve Doğumun İdaresi ve Yönetimi. *Benson&Pernoll Obstetrik ve Jinekoloji*, 10. Baskı, Ankara: Palme Yayınları, **2002**: 179-184.
56. **Önder İ.** *Kadın-Doğum Propedötik*. 19. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **1994**; 291-292.
57. **Varney H, Kriebs JM, Gegor CL.** *Varney' s Midwifery*. 4th. Ed., Canada: Jones and Bartlett Publishers, **2004**: 1275-1293.
58. **Graham L.** CDC Releases Guidelines on Improving Preconception Health Care. *American Family Physician (Electronic Journal)*, **2006**; 74 (11): 1967-1976. Erişim: <http://www.aafp.org/afp/20061201/practice.html>
59. **Üstünsöz A.** Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1996**.
60. **Aytan H, Tapisiz OL, Tuncay G, Avşar FA.** Severe Perineal Lacerations in Nulliparous Women and Episiotomy Type. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Electronic Journal)*, **2005**; 121: 46-50. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15950361>.
61. **Kentucky Christian University School of Nursing.** Nursing Care of Women and Childbearing Families. 6th. Ed. London: Prentice Hall, **2005**: 3-5.
62. **Kalis V, Stepan J, Horak M, A Roztocil, Kralickova M, Rokyta Z.** Definitions of Mediolateral Episiotomy in Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics (Electronic Journal)*, **2008**; 100(2):188-189. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17920602>
63. **Dahlen HG, Ryan M, Homer CSE, Cooke M.** An Australian Prospective Cohort Study of Risk Factors for Severe Perineal Trauma During Childbirth. *Midwifery (Electronic Journal)*, **2007**; 23 (2): 196-203. Erişim: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-4MFCW75-4&_user=1390476&_coverDate=06%2F30%2F2007&_alid=577255147&_rdoc=1&_fmt=full&_orig=search&_cdi=6957&_sort=d&docanchor=&view=c&_ct=12&_acct=C000052534&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1390476&md5=2cf5eb5163a8225f3490b364dd23b47d. Erişim Tarihi: 18.01.2008.
64. **Shiono P, Klebanof MA, Carey C.** Midline Episiotomies: More Harm Than Good. *Obstetrics & Gynecology (Electronic Journal)*, **1990**; 75: 765-770. Erişim: <http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/75/5/765?ck=nck>. Erişim Tarihi: 17.12.2007.
65. **Leeuw JW, Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW.** Mediolateral Episiotomy Reduces the Risk for anal sphincter Injury During Operative Vaginal Delivery. *BJOG (Electronic Journal)*, **2008**; 115 (1): 104.

Erişim: <http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did=1392101901&SrchMode=1&sid=1&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1202207387&clientId=46713>.

66. Brink HT, Moller BK, Morten H, Jorgen SN. Methods and Consequences of Changes in Use of Episiotomy. *British Medical Journal*, **1994**; 309 (6964): 1255-1260. Erişim: <http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index=73&did=5797275&SrchMode=1&sid=2&Fmt=3&VInst=P&RQT=309&VName=PQD&TS=1202206539&clientId=46713>.

67. Arısan K. Doğum Bilgisi. 1. Baskı, İstanbul, Çeltüt matba, **1984**

68. Gürgüç CA. Doğum Bilgisi. 4. Baskı, Ankara, Yargıçoğlu Matba, **1978**

69. Kalaycı G. Genel Cerrahi. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**.

70. Shermer RB, Raines 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/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02748.x>.

71. Tay SK, Soong SL, Choo BM. Is Routine Procaine Spirit Application Necessary in the Care of Episiotomy Wound. *Singapore Medical Journal* (Electronic Journal), **1999**; 40 (9). Erişim: <http://www.sma.org.sg/smj/4009/articles/4009a5.html>. Erişim Tarihi: 22.02.2008.

72. Arslan H, Coşkuner Potur D, Çıtak Bilgin N. Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Koruyucu Önlemler. Erişim: http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_8_kadin3_18.say%C4%B1.pdf. Erişim Tarihi: 13.09.2008

73. Couglin L. AHRQ Review of Routine Episiotomy in Uncomplicated Births. *American Family Physician* (Electronic Journal), **2005**; 71 (12): 2383. Erişim: <http://www.ahrq.gov/research/may05/0505RA42.htm>.

74. Rockville Q. Routine Usa of Episiotomy in Uncomplicated Births Offers No Benefits to Women. *Agency for Healthcare Research*. **2005**. Erişim: <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2005/episobpr.htm>. Erişim Tarihi: 17.12.2007.

75. Fleming N, Newton ER, Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women With and Without Episiotomies. *American Collage of Nurse-Midwives* (Electronic Journal), **2003**; 48 (1): 53-59. Erişim: <http://www.medscape.com/viewarticle/450673>.

76. Wellbery C. A Call to End Routine Episiotomy, No Maternal Benefit. *American Family Physician* (Electronic Journal), **2005**; 72 (9): 1881-1885. Erişim: <http://www.aafp.org/afp/20051101/tips/29.html>. Erişim Tarihi: 24.02.2008.

77. Singorello LB, Harlow BL, Chekos 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/320/7227/86>

- 78. Ogunyemi D, Manigat B, Marquis J, Bazargan M.** Demographic Variations and Clinical Associations of Episiotomy and Severe Perineal Lacerations in Vaginal Delivery. *Journal of the National Medical Association*, **2006**; 98 (11): 1874-1881.
- 79. Davidson K, Jacoby S, Scott Brown M.** Prenatal Perineal Massage: Preventing Lacerations During Delivery. *JOGNN*, **2000**; 29 (5): 474-479.
- 80. Hotun Şahin N, Yıldırım G, Aslan E.** Bir Doğumevinde Doğumların İkinci Evrelerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, **2007**; 17: 37-43.
- 81. Carroli G, Belizan J.** Episiotomy for Vaginal Birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Electronic Journal), **2000**; 2: CD000081. Erişim: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000081.html>. Erişim Tarihi: 17.10.2007.
- 82. Belizan J, Campodonico L, Carroli G, Gonzalez L.** Routine vs Selective Episiotomy: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet* (Electronic Journal), **1993**; 342: 1517-1518. Erişim: http://ebpg.nhri.org.tw/2007apebmnc/download/workshop/EBM_ZH/ROUTINE_VS_SELECTIVE_EPIS_IOTOMY.pdf.
- 83. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.** Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E12355FA44949AC48E>. Erişim Tarihi: 17.10.2007.
- 84. Türkiye'deki Ebelik İle İlgili Yasal Durum.** Erişim: <http://www.tuspmoe.gen.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=368&DOSYAISIM=T%C3%BCrkiyedeki%20%20ebeler%20ile%20ilgili%20yasal%20durum-son.doc>. Erişim Tarihi: 17.10.2007.
- 85. Oladokun A, Babarinsa IA, Adewole IF, Omigbodun AO, Ojengbede OA.** A Sitz Bath Does Not Improve Wound Healing After Elective Episiotomy. *Am J Obstet Gynecol* (Electronic Journal), **2000**; 20 (3): 277-9. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15512551>
- 86. Atıcı A.** Yara Çeşitleri ve Yaralanmalarda İlk Yardım. İlk Yardım Uygulayıcı Kitabı. 1. Baskı, Mersin: Can Matbaacılık, **2006**: 35
- 87. Yalçın H, Özkalp B.** Vücut Hijyeninin Önemi ve Yara Bakımında Yeni Gelişmeler. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon, Samsun, **2005**: 287-308.
- 88. Ersöz N, Özerhan İH, Zor F.** Birinci Basamakta Yara Bakımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2008**; 7 (1): 71-74.
- 89. Kaya M.** Mekonyumun Fetal Yara İyileşmesi Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, **2006**.
- 90. Nursal TZ, Baykal A, Hamaloğlu E.** Yaşlılarda Yara İyileşmesi: Fark Var mı? *Geriatric Dergisi*, **1999**; 2 (1): 29-32.
- 91. Seraslan G, Altuğ ME, Kantaş T.** Kafeik Asid Fenetil Ester'in insizyonel Yara Modelinde Plazma Lipid Peroksidasyonu, Antioksidan Durum ve Nitrik Oksit Seviyesi Üzerine Etkisi. *Türkderm*,

2007; 41: 11-14 Erişim: <http://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=turkderm&plng=tur&un= TURKDERM-18894&look4=> Erişim Tarihi: 8.12.2007

92. **Calvert S, Fleming V.** Minimizing Postpartum Pain: A Review of Research Pertaining to Perineal Care in Childbearing Women. *Journal of Advanced Nursing*, **2000**; 32 (2): 407-415.

93. **Erdil F, Özhan Elbaş N.** Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı, Ankara: 72 Tasarım-Ofset, **1999**: 77-83

94. İltihap ve İyileşme. Erişim: <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1215/unite03.pdf> Erişim Tarihi: 19.12.2007

95. **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**.

96. **Baykal Y.** Travmaya Cevap. Erişim: <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/72.pdf>. Erişim Tarihi:22.04.2008

97. **Değerli Ü.** *Genel Cerrahi*. 8. Baskı, İstanbul: Nobel Kitabevi, **1998**: 37.

98. **Erbil Y.** Yara İyileşmesi. *Genel Cerrahi*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Kitabevi, **2002**: 51

99. **Kaya E.** Yara İyileşmesi. *Travma*. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2005**: 488

100. **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**.

101. **Fetil E.** Yara İyileşmesi Ve Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri*, **2007**; 3 (48): 13-17

102. **Tıkız C.** Yara İyileşmesi. *Türkiye Klinikleri*, **2007**; 3 (45): 12-20

103. **Parsak CK, Sakman G, Çelik Ü.** Yara İyileşmesi, Yara Bakımı ve Komplikasyonları. *Arşiv*, **2007**; 16: 145-160. Erişim: <http://cukurovatip.cu.edu.tr/download.php?cat=1&id=36>

104. **Öztürkcan S, Katılmış H, Özdemir İ, Aktaş S, Adadan I.** Kulak Lobülünde Küpe Tazında Bilateral Dev Keloid Olgusu. *KBB ve BBC Dergisi*, **2005**; 13 (2-3): 104-108.

105. **Çetinkale O.** Kronik Yara Tanımlaması ve Sınıflandırılması, Yara Yatağı ve Özellikleri. 2.Ulusal Yara Bakımı Kongresi. İstanbul, **2007**: 4-8

106. **Saral Y.** Sekonder Yara İyileşmesinde Bal ve Kollajenin Etkilerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, **1995**.

- 107. Kurumlu Z, Çelebi CR.** Yara İyileşmesi ve Beslenme. Erişim: http://www.dermaneturk.com/yara_online/beslenme.doc. Erişim tarihi: 8.12.2007.
- 108. Kuyumcu A, Polat Düzgün A, Uzun S, Özmen MM, Coşkun F, Besler HT.** Major Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Nutrisyonel Değerlendirme: İleri Yaş Radikal Cerrahiye Engel Midir. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2003**; 6 (4): 128-134.
- 109. Eryılmaz M, Pekcan M, Kozak O, Güleç B, Özet A, Günhan Ö.** İki Droglu Kemoterapi Protokolünün Perioperatif Dönemde Yara İyileşmesine Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **1999**; 41 (3): 261-266
- 110. Aydınöz İE.** İyonize Radyasyonun Deri ve Yara İyileşmesi Üzerine Etkileri. Erişim: http://www.dermaneturk.com/yara_online/iyonize_radya.doc. Erişim Tarihi: : 31.07.2008
- 111. Özdemir F, Rodoplu M, Oymak F, Süt N.** Biyokimyasal Değerlere Göre Bası Yaralarına Uygulanan Lineer Polarize Polikromatik Işık Tedavisinin Etkinliği. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. Erişim: <http://www.ftrdergisi.com/yazilar.asp?yaziid=511&sayiid=56>. Erişim Tarihi: 31.07.2008
- 112. Bilhan H, Arat S, Kutay Ö.** Sigara Dumanının Diş İmplantları Üzerine Etkileri: Güncel Yaklaşım ve Düşünceler. *Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi*, **2005**; 18: 58-65.
- 113. Ciğer S.** Yara İyileşmesi ve Büyüme Faktörleri. Erişim: http://www.dermaneturk.com/yara_online/buyume_faktor.doc. Erişim Tarihi:12.08.2008
- 114. 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
- 115. Rackliffe LJ.** Episiotomy. Erişim: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkid=14809> Erişim Tarihi: 29.04.2008
- 116.** Epizyotomi Açılması Ve Onarımı İçin Lokal Anestezi Uygulanması. Erişim: http://www.who.int/reproductive-health/impac/Images_P/fig80infiltrationa.gif. Erişim Tarihi: 29.04.2008
- 117. Ege E.** Genital Hijyen Davranışları Envanterinin Geliştirilmesi Ve Verilen Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2005**.
- 118. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.** Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi. *Saha Personeli için Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali*. 1. Baskı, Ankara; Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **1997**: 28.
- 119. Akın A, Mihçioğur S.** Kadının Statüsü Ve Anne Ölümleri. Erişim: <http://www.sabem.saglig.gov.tr/kaynaklar/3567.pdf>. Erişim Tarihi: 06.04.2007

- 120. 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.
- 121. Balsak D, Yıldırım Y, Avcı Me, Töz E, Gültekin E, Kayhan K, Yorgun S Ve Tınar Ş.** Ege Bölgesinde Yaşayan Gebe Kadınların Gebelik Egzersizleri Hakkındaki Bilgi Ve Davranışlarının İncelenmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 24(3):200-204
- 122. Baybek H, Oflaşlı F ve Peker Ö.** Muğla Devlet Hastanesinde Yatan Gebelerin Doğum Sonu Egzersizler Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2003**; 7 (2): 28-34
- 123. Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ.** Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları Ve Tercih Nedenleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**; 4 (5): 265-279.
- 124. Kadayıfçı O, Ürünsak İF, Topal K.** Adolesan Dönemde Vulvovajinitis. Erişim: [http:// www.sabem.saglik.gov.tr /kaynaklar /219_18 vulvajenit.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/219_18_vulvajenit.pdf). Erişim Tarihi: 16.05.2008.
- 125. Köksal G.** Gebelikte ve Emzilikte Beslenme Erişim: [http://www.danoneenstitusu.org.tr /newsfiles/67067-094_Gebe.pdf](http://www.danoneenstitusu.org.tr/newsfiles/67067-094_Gebe.pdf). Erişim Tarihi: 18.05.2008.

EKLER

EK- 1

İLK GÖRÜŞMEDE LOĞUSA DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşı _____
2. Boyu _____
3. Gebelik öncesi kilosu _____
4. Gebelik sonrası kilosu _____
5. Gebelik boyunca toplam kaç kilo aldınız? _____ kg
6. Öğrenim durumu a) OY Değil b) Okur-Yazar c) İlköğretim d) Lise
e) YO ve +
7. Mesleği a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi f) Diğer
8. Eşin mesleği a) Serbest b) Memur c) İşçi d) Emekli e) İşsiz
f) Diğer
9. Eşinin öğrenimi a) OY Değil b) OY c) İlköğretim d) Lise
e) YO ve +
10. Sosyal güvencesi a) Yok b) Emekli Sandığı c) Yeşil kart
d) SSK e) Bağ-kur f) Özel sigorta
11. Aile tipi a) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Diğer
12. Evde toplam kaç kişi yaşıyor _____
13. Aylık gelirin ne kadar? _____ YTL
14. Gebeliğinde kullandığı ilaçlar? _____
15. Gebelik öncesi sigara kullandınız mı?
a. Hiç b) Düzenli olarak günde _____ tane
16. Gebelik süresince sigara kullandınız mı?
a. Hiç b) Düzenli olarak günde _____ tane
17. Doğumdan sonra sigara kullandınız mı?
a. Hiç b) Düzenli olarak günde _____ tane

18. Herhangi bir sistemik hastalığınız var mı?

- () Diabetus Mellitus () GIS ile ilgili hastalıklar
() Kan hastalıkları () Üriner sistem hastalığı
() Kalp –damar hastalığı () Depresyon ve gerginlik
() Hipertansiyon () Tiroid hastalıkları
() Solunum sistemi hastalıkları () Diğer problemler (_____)

19. Herhangi bir ameliyat, insizyon, yaralanma veya kaza geçirdinizse, yara iyileşmesi ile ilgili bir sorunuz oldu mu?

- a) Hayır b) enfeksiyon c) yaranın geç kapanması

20. Yara iyileşmesi kaç günde oldu? _____

21. İlk gebelik yaşıınız _____

22. Toplam gebelik sayısının _____

23. Kaçınıcı doğumunuz _____

24. En son gebelik ile şu andaki gebelik arasında geçen süre _____

25. Gebelik boyunca egzersiz yaptı mı? a) Evet (_____) b) Hayır

26. Travay süresi _____ saat

27. Eylemin II. Devresi (Kadın masaya alındıktan sonra) kaç dk sürdü _____ dk

28. Diğer laserasyonlar var mı?

- a) Vajen b) Kollum c) Perinede epizyotomi hattından fazla d) Yok

29. Yenidoğanın kilosu ne kadar? _____

30. Yenidoğanın baş çevresi ne kadar?

31. Bebeğin prezentasyonu

DAHA ÖNCE DOĞUM YAPMIŞ OLAN KADINLAR CEVAPLAYACAKTIR

32. Daha önceki doğumunuzda hazne girişine dikiş atılmış mıydı?

- a) Evet b) Hayır

33. Dikiş bölgeniz için özel bir bakım uygulamış mıydınız?

- a) Evet _____ b) Hayır

34. Dikiş bölgenizle ilgili herhangi bir sorun yaşamış mıydınız?

- a) Evet _____ b) Hayır

EK- 2

SON GÖRÜŞMEDE LOĞUSA EPİZYOTOMİ İZLEM FORMU

1. Doğum sonrası size ve bebeğinize yardımcı olan biri var mıydı?
a) Var b) Yok
2. Doğumdan sonra epizyo bölgesi için herhangi bir uygulama yaptınız mı?
3. Doğumdan sonra kanamanın karakteri nasıldı?
a) İlk günler koyu kırmızı daha sonra açık kırmızı renğinde
b) 1 hafta süresince kanamanın renğinde bir değişiklik olmadı.
4. Doğumdan sonra kanama takibi için ne kullanıyorsunuz?
a) Ped b) Bez c) Pamuk d) Diğer
5. Pedinizi günde kaç kez değiştiriyorsunuz? _____
6. Doğumdan sonra ilk banyonuzu kaçınıcı gün yaptınız? _____ gün
7. Banyoyu nasıl yapıyorsunuz? a) Oturarak b) Ayakta (Duş Şeklinde)
8. Hangi tip tuvalet kullanıyorsunuz? a) Alaturka b) Alafranga (klozet)
9. Tuvaletten önce ellerinizi yıkar mısınız? a) Evet b) Hayır
10. Tuvaletten sonra genital bölge temizliğini nasıl yapıyorsunuz?
a) Önden arkaya
b) Arkadan öne
c) Rastgele
d) Vajinal kanalın içine kadar
11. Tuvalet temizliğinizi ne ile yapıyorsunuz?
a) Su ile
b) Su ve sabunla
c) Su ve tuvalet kağıdıyla
d) Sadece tuvalet kâğıdıyla
e) Temizlik yapmıyorum
12. Tuvaletten sonra ellerinizi yıkarmısınız? a) Evet b) Hayır
13. Büyük tuvaletinizi doğumdan sonra kaçınıcı günde yaptınız?
14. İlk büyük tuvaletinizi yaparken kabızlık şikayetiniz oldu mu?
a) Evet b) Hayır

15. Kabızlık şikayetinizi giderecek herhangi bir ilaç ve ya herhangi bir yöntem kullandınız mı?
a) Evet _____ b) Hayır
16. İlk büyük tuvaleti yaparken dikişlerinizde ağrı, yanma, acı hissettiniz mi?
a) Evet b) Hayır
17. Genital bölgeyi yıkadıktan sonra kurular mısınız? a) Evet b)Hayır
18. Her tuvalet ihtiyacınızı gördükten sonra genital bölgeyi yıkarmısınız?
a) Evet b)Hayır
19. Vajinal deodorant kullanıyor musunuz? a) Evet b)Hayır
20. İç çamaşırınızı doğumdan sonra kaçınıcı günde giydiniz?
21. Hangi tip çamaşır kullanıyorsunuz?
a) Pamuklu b) İpek c)Naylon/Sentetik
22. Çamaşırlarınızı hangi sıklıkta değiştiriyorsunuz?
a) Günde bir kez b) 2-3 günde bir kez c) Haftada bir kez
23. Dikiş yerinizden bir şikayetiniz oldu mu açıklayınız? _____
24. Ateşiniz oldu mu? a) Evet (_____ derece _____gün sürdü) b) Hayır
25. Akıntıda kötü bir koku hissettiniz mi? a) Evet b) Hayır
26. Günde ortalama kaç bardak sıvı aldınız? a) Evet b) Hayır
27. Genellikle kaç saat uydunuz? a) Evet günde_____ saat b) Hayır

EK- 3

EPİZYOTOMİ BÖLGESİ DEĞERLENDİRME SKALASI (REEDA SKORU)

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

EK- 4

DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN EPİZYOTOMİNİN BAKIMI İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ EĞİTİM BROŞÜRÜ

DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN EPİZYOTOMİNİN BAKIMI İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ EĞİTİM BROŞÜRÜ



HAZIRLAYAN
AYŞEGÜL DURMAZ

DIŞ CİNSEL ORGANLARIMIZ

Üretra: İdrarın boşaltımını sağlayan açıklık.

Vajina (Hazne): Cinsel birleşmenin olduğu yerdir. Doğum kanalıda denir.

Anüs: Dışkıının 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.

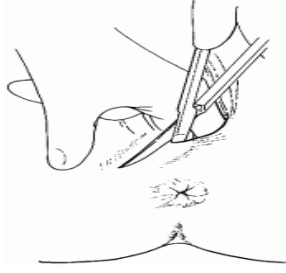
Pubis tepesi: Kılırla örtülü bölgedir.

EPİZYOTOMİ NEDİR?

Epizyotomi: Doğum eyleminde bebek başının çıkışını kolaylaştırmak ve vajen açıklığını genişletmek için yapılan kesi işlemidir.

EPİZYOTOMİ TİPLERİ

1) Çapraz Dikiş



2) Yukarıdan Aşağı Doğru Dikiş



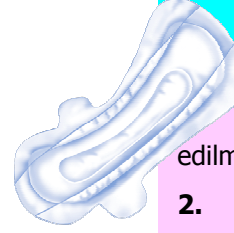
Dikişlere doğru ve yeterli bakım yapılmadığında, dikişlerde açılma, ağrı ve iltihaplanma olabilir.

DİKİŞ BÖLGENİZİN DAHA ÇABUK VE SAĞLIKLI İYİLEŞEBİLMESİ İÇİN BAKIMI NASIL YAPILMALI?

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 pedlerin temizliğine dikkat edilmesi gerekmektedir.
2. Pedinizi değiştirmeden önce, ellerinizi sabun ve su ile en az 30 sn yıkayınız.
3. Pedinize mikroorganizma bulaşmaması için kullanmadan önce açıkta taşımayınız, poşetlerinde tutunuz ve pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzeyine 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 çamaşırları havalanmayı önleyerek nemli bir ortam oluşturacağı için ve bu durumda enfeksiyonlara zemin hazırlayacağından iç çamaşırlarınızın pamuklu, beyaz ve kişiye özel olmasına dikkat ediniz.
3. İyi yıkanmış, iyi durulanmış hafif ve sıkmayan pamuklu külot kullanınız ve her gün değiştiriniz.
4. İç çamaşırlarınızın yıkanmasında fazla deterjan, beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanmayınız, bol su ile durulayınız ve güneşte kurutunuz.
5. İç çamaşırlarınızı giymeden önce **MUTLAKA ÜTÜLEYİNİZ.**



Banyo Yaparken Nelere Dikkat Edilmeli?



1. Mümkünse her gün banyo yapınız.
2. Banyonuzu **AYAKTA DUŞ ŞEKLİNDE** yapınız ve umumi oturma kollarını kullanmayınız. Çünkü oturarak ya da küvette banyo yapıldığında kirli oturma kolları ve banyo suyu dikiş bölgenize mikrop 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 salgıları dış cinsel organlarınızın katları arasında birikerek enfeksiyonlara uygun ortam hazırlayabilir.

4. İdrar ve dışkı yapılan bölgeyi çizik ve sıyrıklar oluşturabileceği için tırnaklarınız kısa olmalıdır.
5. Her banyodan sonra iç çamaşırlarınızı ve giysilerinizi değiştiriniz.

DİKKAT!



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



Epizyotomi bakımı iyi yapılmalı, aksi takdirde yara iyileşmesi gecikebilir.

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Adana ilinde doğdu. İlkokulu ve ortaokulu burada tamamladı. Lise öğrenimini Adana Anadolu Teknik Lisesi Elektrik Bölümü'nde tamamlayarak 2000 yılında mezun oldu. 2000–2004 yılları arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde okudu. 2004 yılında Ebe ünvanı ile mezun oldu. 2004 yılı Haziran–Eylül ayları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Cerrahi Birimler servisinde çalıştı. 2004–2005 Güz yarıyılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum dersinde eğiticilik yaptı. 2005 yılı Haziran–Eylül ayları arasında Beyaz Tıp Merkezi'nde çalıştı. Evli. Yabancı dili İngilizce.

Ayşegül DURMAZ