



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN PERİNEAL MASAJ VE SICAK
UYGULAMANIN PERİNEAL TRAVMA, AĞRI VE DOĞUM KONFORUNA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze ACAVUT

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ A.D.

HEMŞİRELİK

DOKTORA TEZİ

OCAK/2020





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN PERİNEAL MASAJ VE SICAK
UYGULAMANIN PERİNEAL TRAVMA, AĞRI VE DOĞUM KONFORUNA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gamze ACAVUT

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ A.D.

HEMŞİRELİK

DOKTORA TEZİ

OCAK/2020



TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalında Gamze ACAVUT tarafından hazırlanan “Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA

Başkan: Prof. Dr. Aygül AKYÜZ
T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA

Üye: Prof. Dr. K.Emre KARAŞAHİN
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Kadın Hast. ve Doğum AD.
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA

Üye: Doç. Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR
T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 23./01./2020
Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür

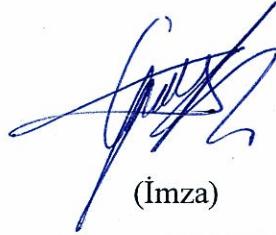
Prof. Dr. Ömer AZAL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tezin Teslim Edildiği Tarih: 23./01./2020

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



(İmza)

Gamze ACAVUT

(23/01/2020)

ÖZET

Acavut, G., Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2020.

Amaç: Bu araştırmanın amacı doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın; perineal travma, ağrı ve doğum konforu üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu randomize kontrollü çalışma Mayıs 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, randomizasyon yöntemiyle üç müdahale grubu ile kontrol grubuna alınan toplam 120 gebe oluşturmuştur. Müdahale gruplarında; perine masajı, perineal sıcak uygulama, perineal masaj ve sıcak uygulama birlikte yapılmış, kontrol grubuna standart uygulamalar dışında hiç bir müdahale yapılmamıştır. Perineal masaj 10 dakika, sıcak uygulama 30 dakika olacak şekilde; servikal dilatasyon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda toplam üç kez uygulanmıştır. Araştırma verileri; Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu, Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlem Formu, Doğum Konfor Ölçeği, Yenidoğana İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu, Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu, Visual (Görsel) Analog Skala, Doğum Memnuniyet Ölçeği ve Perine Masajı ve Perineal Sıcak Uygulama-Memnuniyet Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, ANOVA Testi, Tukey Testi, Kruskal Wallis Testi, PairedSample T Test, Friedman Testi, Ki-Kare Testi, Fisher's Kesin Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Perineal masaj ve sıcak uygulamanın, müdahale gruplarının hepsinde perine travmalarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Perineal sıcak uygulama grubunda 1. derece perineal travma gelişmediği, sıcak uygulamanın 1. derece travmaların azaltılmasında etkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale gruplarının tamamında doğum sonu kanama miktarları ve epizyotomi uzunlukları,

kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca perineal masaj ve sıcak uygulama, VAS skorlarının azaltılmasında etkili bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale gruplarında doğum konforu ve memnuniyetinin, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında birinci ve ikinci evre süreleri açısından farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Sonuç: Perineal masaj, sıcak uygulama ve masaj+sıcak uygulamasının, perine travması ve doğum sonu kanamanın azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Perineal sıcak uygulama ve masaj+sıcak uygulamasının; ağrının azaltılmasında, doğum konforu ve memnuniyetinin artırılmasında etkili olduğu saptanmıştır. Perineal travma ve ağrının azaltılması, ayrıca doğum konforu ve memnuniyetinin artırılması amacıyla perineal masaj ve sıcak uygulamanın kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Eylemi, Perine Masajı, Perineal Sıcak Uygulama, Perine Travması, Perineal Ağrı, Doğum Konforu, Doğum Memnuniyeti, Hemşirelik.

ABSTRACT

Acavut, G., Evaluation of the Effect of Perineal Massage and Warm Application on Perineal Trauma, Pain and Birth Comfort in Labor, University of Health Sciences, Gülhane Health Sciences Institute, Nursing Program, PhD Thesis, Ankara, 2020.

Aim: The aim of this study is to determine the effect of perineal massage and warm compress application at first and second stage of labor on perineal trauma, pain and delivery comfort.

Materials and Methods: This randomised controlled study was executed at a research hospital between May 2018 - September 2019. The sample of study is made consisted of three intervention groups and a control group of total 120 pregnant women by randomisation method. Perineal massage, perineal warm compress application, perineal massage and warm compress was done to the intervention groups respectively. Nothing was done to the control group. Perineal massage was given for 10 minutes, warm compress application was done 30 minutes three times when cervical dilatation 3-4 cm, 5-7 cm and 8-10 cm respectively. The data was collected by using Socio-Demographic and Obstetric Data Collection Form, First and Second Stage of Labor Stage Data Collection Form, Childbirth Comfort Scale, Newborn Data Collection Form, Perineal Trauma and Bleeding Monitorisation/Measurement Form, Visual Analogue Scale, Birth Satisfaction Scale and Perineal Massage and Perineal Warm Compress Application Satisfaction Evaluation Form. When evaluating the data; number, percentage, mean, standard deviation, median, ANOVA Test, Tukey Test, Kruskal Wallis Test, Paired Sample T Test, Friedman Test, Ki-Square Test and Fisher's Exact was used.

Results: It was found that perineal massage and warm compress application was effective at reducing the perineal trauma in all intervention groups ($p < 0,05$). In perineal warm compress application group it was seen that no first degree perineal trauma was occurred and perineal warm compress was found effective at reducing first degree perineal trauma ($p < 0,05$). The amount of postpartum hemorrhage and episiotomy lengths were significantly smaller in all intervention groups than control group ($p < 0,05$). Perineal warm application and perineal massage+warm application

was found effective on reducing the VAS scores ($p < 0,05$). Childbirth comfort and satisfaction scores were significantly higher in intervention groups than control group. No difference was found between intervention and control group about first and second stage of labor times ($p > 0,05$).

Conclusion: It has been determined that perineal massage, warm application and massage+warm application was effective on reducing perineal trauma and postpartum hemorrhage. Perineal warm application and perineal massage+warm application are effective in reducing pain, increasing on childbirth comfort and satisfaction. It is recommended to give perineal massage and perineal warm compress application more commonly to reduce perineal trauma and pain and to increase childbirth comfort and satisfaction.

KeyWords: Labor, Perineal Massage, Perineal Warm Compress Application, Perineal Trauma, Perineal Pain, Childbirth Comfort, Satisfaction, Nursery.

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında ve doktora eğitimim sürecinde yanımda olan, beni destekleyen, bana yol gösteren, emeğini, bilgisini, sabrını ve güler yüzünü benden hiç esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ başta olmak üzere,

Tez çalışmamın başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. K. Emre KARAŞAHİN'e,

Tez sürecimin başından beri değerli katkıları ile tezime yön veren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Aygül AKYÜZ'e, Doç. Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK'e,

Hastalarımız üzerinde sonsuz emekleri olan Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde görevli kıymetli meslektaşlarıma,

Hayatım boyunca beni destekleyen sevgili annem Hatun ALINCAK'a,

Sevgileriyle ve varlıklarıyla sürekli yanımda olduklarını bana hissettiren kıymetli eşim Ahmet Yusuf ACAVUT ve oğlum Ahmet Poyraz ACAVUT'a,

Tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Gamze ACAVUT

**DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN PERİNEAL MASAJ VE SICAK
UYGULAMANIN PERİNEAL TRAVMA, AĞRI VE DOĞUM KONFORUNA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİL LİSTESİ	xii
TABLolar	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.3.ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.DOĞUM EYLEMİ	5
2.1.1. Doğumun Birinci Evresi	5
2.1.2. Doğumun İkinci Evresi.....	6
2.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi	6
2.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi	6
2.2.PERİNEİN ANATOMİSİ	7
2.2.1. Pelvik Taban	7
2.2.2. Perine	9
2.3.PERİNEAL TRAVMA	9
2.3.1. Epizyotomi.....	10
2.3.2. Spontan Perine Yırtıkları/Laserayon	12
2.3.3. Perineal Ağrı	13
2.3.4. Perineal Travmaya Bağlı Kanamalar ve Değerlendirilmesi.14	
2.3.5. Doğumda Perineal Travmanın Önlenmesine Yönelik Uygulamalar	15
2.4.PERİNEAL MASAJ	16

2.4.1. Perineal Masaj ve Perineal Travma	16
2.4.2. Perineal Masajı ve Ağrı	18
2.4.3. Perineal Masajı Uygulaması ve Önemli Noktalar	19
2.5.PERİNEAL SICAK UYGULAMA	20
2.5.1. Perineal Sıcak Uygulama ve Perineal Travma	20
2.5.2. Perineal Sıcak Uygulama ve Ağrı.....	22
2.5.3. Perineal Sıcak Uygulama ve Önemli Noktalar	22
2.6.DOĞUM KONFORU	23
2.7.DOĞUM MEMNUNİYETİ.....	24
2.8.PERİNEAL TRAVMANIN ÖNLENMESİ, AĞRININ KONTROLÜ, DOĞUM KONFORU VE MEMNUNİYETİNİNARTTIRILMASINDA HEMŞİRE/EBENİN ROLÜ	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	29
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	29
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	29
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	30
3.4.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	32
3.5.ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ VE PLANLAMASI	33
3.6.VERİLERİN TOPLANMASI VE KULLANILAN FORMLAR	33
3.7.ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	38
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	38
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması.....	38
3.7.2.1.Kontrol Grubunda Araştırmanın Uygulanması	38
3.7.2.2.Müdahale Grubunda Araştırmanın Uygulanması... ..	39
3.8.VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	43
3.9.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	43
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	72
6.1.SONUÇLAR	72
6.2. ÖNERİLER.....	74

7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER.....	89
EK-1 ARAŞTIRMANIN GÜÇ ANALİZİ.....	89
EK-2 ETİK KURUL ONAY RAPORU	90
EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	93
EK-4 RANDOMİZASYONA GÖRE BELİRLENEN ÇALIŞMA GRUPLARI.....	96
EK-5 SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU	97
EK-6 DOĞUM EYLEMİ I. VE II. EVRE İZLEM FORMU.....	98
EK-7 DOĞUM KONFOR ÖLÇEĞİ (DKÖ)/(CCQ)	100
EK-8 YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ VERİ TOPLAMA FORMU	101
EK-9 PERİNEAL TRAVMA VE KANAMA TAKİP/ÖLÇÜM FORMU	102
EK-10 VİSUAL (GÖRSEL) ANALOG SKALA (VAS)	103
EK-11 DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (DMÖ)/(BSS)	104
EK-12 PERİNE MASAJI VE PERİNEAL SICAK UYGULAMAMEMNUNİYET DEĞERLENDİRME FORMU	106
9. ÖZGEÇMİŞ.....	107

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma CONSORT Şeması	32
Şekil 2. Araştırma Takvimi ve Planı.....	33
Şekil 3. Kanama Takip Torbası	36
Şekil 4. Visual (Görsel) Analog Skala (VAS)	37
Şekil 5. Araştırma Akış şeması.....	42



TABLOLAR

Tablo 4.1.	Kontrol ve Müdahale Gruplarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	46
Tablo 4.2.	Kontrol ve Müdahale Gruplarının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.3.	Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Görülme Durumunun Dağılımı.....	47
Tablo 4.4.	Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Şeklinin ve Derecesinin Dağılımı	48
Tablo 4.5.	Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Görülme Alanlarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.6.	Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Sonu Kanama Miktarı ve Epizyotomi Uzunluğunun Dağılımı.....	50
Tablo 4.7.	Kontrol ve Müdahale Gruplarında VAS Skorlarının Dağılım.....	51
Tablo 4.8.	Kontrol ve Müdahale Gruplarının Doğum Konfor Ölçeği ve Doğum Memnuniyet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ..	53
Tablo 4.9.	Gebelerin Perineal Masaj Uygulaması ve Perineal Sıcak Uygulamaya İlişkin Görüşleri	55
Tablo 4.10.	Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evrelerinin Sürelerinin Dağılımı	56

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFD	: Akut Fetal Distres
ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (American Congress of Obstetricians and Gynecologists)
APGAR	: Etkinlik, Kalp Atımı, Çevresel Uyarana Tepki, Cilt Rengi, Solunum (Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CNGOF	: Ulusal Fransız Jinekoloji ve Obstetri Koleji (French National College of Obstetricians and Gynaecologists)
CONSORT	: Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials)
C/S	: Sezaryen Doğum (Cesarean Section)
DKÖ/CCQ	: Doğum Konfor Ölçeği (Childbirth Comfort Questionnaire)
DMÖ/BSS	: Doğum Memnuniyet Ölçeği (Birth Satisfaction Scale)
GEAH	: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FIGO	: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
KTT	: Kanama Takip Torbası
NST	: Non-Stres Test
PMÜ	: Perine Masajı Uygulama
PSU	: Perineal Sıcak Uygulama
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
VAS	: Visüel Analog Skala (VAS)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (World Health Organization)

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Doğum, kadın hayatı ile ilgili pek çok değişimin yaşandığı önemli anlardan biridir. Doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte, doğum sırasında yaşanabilecek olumsuz deneyimler kadının ve ailesinin hayatını etkileyebilmektedir (1,2). Vajinal doğum vakalarının pek çoğunda perineal travma yaşandığı belirtilmektedir (3,4). Perine travması doğum eyleminde oluşan yırtık, laserasyon ya da epizyotomi uygulanması sonucunda ortaya çıkan hasardır. Doğum sırasında kendiliğinden ya da epizyotomi ile ilişkili olarak ortaya çıkan perineal travmalar birçok olumsuzluk ile sonuçlanabilmektedir (5,6).

Vajinal doğum yapan kadınların yaklaşık %85'inin doğum ile ilişkili perineal travmaya, %59-73'ünün bir tür laserasyona maruz kaldığı yapılan çalışmalar ile gösterilmektedir. Ayrıca bu travmaların büyük oranda epizyotomi ile ilişkili olduğu ve 2/3'ünün sütür gerektiren travmalar olduğu belirtilmektedir (1,4,7,8). Doğumu kolaylaştırmak amacıyla avantaj sağlayacağı düşünülen epizyotomi uygulaması, komplikasyonlara yol açması nedeniyle perine travması olarak adlandırılmaktadır (9,10). Epizyotomi oranları ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte bu oranların %60-80 civarında olduğu belirtilmektedir (4,9,11,12,13). Epizyotomi oranlarının Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde %62,5, Avrupa'da %30 olduğu görülmektedir (14,15). Ülkemizde epizyotomi uygulanma sıklığına yönelik çalışmalar sınırlı sayıda olup, yapılan çalışmalarda epizyotomi uygulanma sıklığı %85-%90 arasında belirtilmektedir (16,17).

Epizyotominin primipar kadınlara rutin uygulandığı ve dolayısıyla perineal travmaya primiparların daha çok maruz kaldığı düşünülmektedir. Literatürde; perineal travmaları önlemek için uygulanan rutin epizyotominin, pelvik taban disfonksiyonu ve prolapsus açısından uzun vadeli yarar sağlamadığı ve bu uygulamanın rutinden çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (7). Ayrıca epizyotomi uygulaması ile ilişkili olarak kanama ve perineal ağrı gibi komplikasyonlara sık rastlandığı belirtilmektedir.

Perineal travmayla ilişkili önde gelen risk faktörleri; ilk vajinal doğum, hızlı veya uzamış eylem, fetusa ilişkin prezentasyon ve pozisyon bozuklukları, bebeğin kilosudur (12,18,19). Ayrıca maternal yaş, ırk, eğitim, doğum indüksiyonu, epidural anestezi ve epizyotomi uygulama şeklinin perineal travma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (12,20).

Perineal travmalarla ilişkili olarak kanamanın fazla olması doğum sonu dönem için bazı riskler oluşturmaktadır (21,22). Bu travmalar, erken doğum sonu dönemde mobilizasyon, anne-bebek bağlanması, emzirme ve bebek bakımında aksamalara yol açabilmektedir (5). Ayrıca perineal travmalara bağlı ağrı, disparoni, pelvik taban hasarına bağlı prolapsus, üriner veya fekal inkontinans, beden algısında bozulma gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (18,21,23). Kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini etkileyerek, kısa ve uzun vadeli birçok morbiditeye yol açan perineal travmaların önlenmesi önemlidir (4,24).

Perineal travmaların insidansının azaltılması amacı ile literatürde perineal masaj, perineye sıcak uygulama, doğum pozisyonları, el manevraları ve ıkınma teknikleri gibi pek çok kanıta dayalı uygulamanın yer aldığı görülmektedir (4,6,7,25).

Ebe ve hemşireler bu uygulamaların gerçekleştirilmesi, perineal travmaların azaltılması ve anne adayının konforlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlamada önemli rolleri olan sağlık profesyonelleridir (7,22,26-30). Bu yöntemlerden perine masajı ve perineye sıcak uygulamanın, vazodilatasyonu arttırdığı, perineye esneklik kazandırdığı, epizyotomive müdahaleli vajinal doğum oranlarını azalttığı belirtilmektedir (11,29,31-33.). İntrapartum dönemde uygulanan perine masajının perineal travma ve doğum sonrası ağrının azaltılabilmesi açısından önemli olduğu ifade edilmektedir (32-35). Ayrıca perine masajı ile perineal travmanın şiddetinin azaltılabileceğini gösteren çalışmalarda literatürde yer almaktadır (22,36,37). Demirel ve Gölbaşı'nın çalışmasında perine masajının epizyotomi oranlarını azalttığı belirtilmekte; masaj grubunda bu oranın %31, kontrol grubunda %69,7 olduğu ifade edilmektedir (32). Geranmayeh ve arkadaşlarının vazelin ile yaptığı perine masajının epizyotomi ve intakt perine oranlarını azalttığı, masaj grubunda epizyotomi oranının %45, kontrol grubunda %88 olduğu belirtilmektedir (38). Perineal sıcak uygulamanın perineal travmayı azaltmanın yanı sıra kapı kontrol teorisi ile ilişkili

olarak ağrının azaltılmasında, konforun artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (39,40,41). Akbarzadeh'in çalışmasında perineye sıcak uygulamanın epizyotomi sıklığını azalttığı, bu oranların müdahale grubunda %45, kontrol grubunda %90,7 olduğu ifade edilmektedir (27). Alihosseini ve arkadaşlarının çalışmasında sıcak uygulama yapılan grupta epizyotomi oranı %21, müdahale grubunda %41, ayrıca müdahale grubunda intakt perine oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (42). Perine masajı ve perineal sıcak uygulama; kolay uygulanabilir ve ucuz olması, anneyi rahatlatması ve doğum memnuniyetini artırması nedeniyle pek çok avantaj sağlamaktadır. Ayrıca maternal ve fetal yan etki oluşturmaması, uygulama sonlandırıldığında etkisinin ortadan kalkması diğer avantajlarından (1,35,40,41,43).

Kadın sağlığını önemli derecede etkileyen doğum eyleminde, perineal travmaların ve buna bağlı ortaya çıkan kanama ve ağrının azaltılmasının; doğum konforu ve memnuniyeti ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (40,41,45). Doğumda annenin konforunun ve memnuniyetinin sağlanması ile olumlu doğum deneyimine katkılar sağlanabilmektedir (46). Özellikle anneyi rahatlatan, ağrısını azaltan ve kolay uygulanabilen yöntemler doğum konforunun artırılmasını ve kanıta dayalı bakım uygulamalarını desteklemektedir (46,47).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın; perineal travma, ağrı ve doğum konforu üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın perineal travma, ağrı ve doğum konforuna etkisi vardır.

- Doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masajın;

H1a: Perineal travma üzerine etkisi vardır.

H1b: Perine ağrısı üzerine etkisi vardır.

H1c: Doğum konforu üzerine etkisi vardır.

H1d: Doğum sonu kanama ve epizyotomi uzunluğu üzerine etkisi vardır.

H1e: Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin süresine etkisi vardır.

- Doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal sıcak uygulamanın;

H1f: Perineal travma üzerine etkisi vardır.

H1g: Perineal ağrı üzerine etkisi vardır.

H1h: Doğum konforu üzerine etkisi vardır.

H1i: Doğum sonu kanama ve epizyotomi uzunluğu üzerine etkisi vardır.

H1j: Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin süresine etkisi vardır.

- Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde perineal masaj ve sıcak uygulamanın birlikte yapılmasının;

H1k: Perineal travma üzerine etkisi vardır.

H1l: Perine ağrısı üzerine etkisi vardır.

H1m: Doğum konforu üzerine etkisi vardır.

H1n: Doğum sonu kanama ve epizyotomi uzunluğu üzerine etkisi vardır.

H1o: Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin süresine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM EYLEMİ

Doğum eylemi, her kadın için mucizevi ve eşsiz bir deneyimdir (48). Fetusun 40 haftalık sürede, uterus içinde büyüme ve gelişmesini tamamlayarak dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa ulaştığında doğal fizyolojik mekanizmalarla doğum kanalından dışarı atılması normal doğum olarak tanımlanmaktadır (49,50,51). Normal doğumun; herhangi bir tıbbi müdahale tarafından yönetilmeyen, verteks pozisyonda ve kendiliğinden başlayarak gerçekleşen bir eylem olduğu ifade edilmektedir (52,53).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü); doğum eyleminde anne ve bebeğin izlenerek, doğum sonrasında iyilik hallerinin sağlanmasının önemli olduğunu belirtmektedir (53). Doğum eyleminin en iyi şekilde sonlanması için doğal akışında gerçekleşmesi, annenin psikolojik olarak desteklenmesi ve herhangi bir müdahalede bulunulmaması önerilmektedir (54).

Doğum eylemi; gerçek doğum ağrıları ile başlayan, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlandığı, bebek ve plasentanın doğumu ve devamındaki 1-2 saatlik süreyi kapsayan 4 evreden oluşmaktadır (49,50,53).

2.1.1. Doğumun Birinci Evresi

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresi olarak tanımlanmaktadır (49). Bu evre düzenli uterin kontraksiyonlar ile başlayıp, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanmaktadır(51,52). Latent, aktif ve geçiş olmak üzere 3 fazdan oluşmaktadır (50,52).

Latent Faz: Düzensiz kontraksiyonlar ile başlayan, silinmenin tamamlandığı ve dilatasyonun 3 cm olduğu fazdır (49-52,55,56). Latent fazda uterus kontraksiyonları 10-20 dakikada bir gelir, eylem ilerledikçe sıklığı 5-7 dakikaya iner. Kontraksiyonların süresi 15-20 saniye ile başlar ve 30-40 saniyeye yükselir (49,56).

Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat sürer, bu sürenin 20 saati geçmemesi gerekmektedir. Bu süre multiparlarda ortalama 4,5 saattir ve 14 saati geçmemesi gerekmektedir (49,51).

Aktif Faz: Servikal açıklığın 4-7 cm olduğu fazdır (49,56). Kontraksiyonların sıklığı 3-5 dakika, süresi 40-60 saniyedir (49,51,56). Aktif faz nulliplarlarda ortalama 3 saat, multiparlarda ortalama 2 saat sürer. Fetal inişin arttığı fazdır (49).

Geçiş Fazı: Servikal açıklığın 8-10 cm olduğu fazdır (49,51). Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelir ve 60-90 saniye sürer (49,56). Bu fazda fetüsün önde gelen kısmı vajinaya basınç uygular ve perinede bir basınç yaratmaya başlar (56). Geçiş fazı nulliplarlarda ortalama 2 saat, multiparlarda ortalama 1 saat sürer (51).

2.1.2. Doğumun İkinci Evresi

Servikal dilatsiyonun tamamlandığı ve doğumun gerçekleştiği evredir. Bu evrede kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, 60-90 saniye sürer (49,51,54). Bu evre itici güçlerin aktif hale geldiği, başın rektuma bası yaptığı ve ıkınma hissini ortaya çıkıldığı evre olarak tanımlanmaktadır (49,53,51). Baş, perinede büyük bir gerilme ve incelme yaratır, taçlanma oluşur, annenin ıkınması ile doğum gerçekleşir (49,56). Epizyotomi bu aşamada uygulanmaktadır (49). Nulliplarlarda bu evre 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda 5 ile 30 dakika arasında değişiklik gösterir (49,51,52,). İkinci evre, özellikle anne ve bebek açısından mortalite ve morbiditenin sık yaşanması nedeniyle kanıta dayalı uygulamaların tercih edildiği bir evredir (11,35,57,).

2.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

Üçüncü evre bebeğin doğumundan sonra başlar, plasental ayrılma ve atılma ile son bulur (53,56). Plasental evre olarak adlandırılan bu evrede, ani kanama, kordda uzama ve fundusun umblikus seviyesine ulaşması gibi plasentanın ayrılma belirtileri izlenir (49,50,56). Placenta doğduktan sonra plasental yüzler kontrol edilir (52).

Bu evrenin 5 dakika ile 30 dakika aralığında tamamlanması ve kanama miktarının 250 ml'nin üzerinde olmaması beklenir. Kanama miktarının fazla olması atoni ya da perineal travmaları düşündürmelidir (49,51).

2.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi

Plasentanın doğumundan sonraki ilk 1-2 saatlik süre dördüncü evre olarak adlandırılır (50,52). Anne bebek etkileşiminin ve emzirmenin başladığı, annenin

yaşam bulgularının normale döndüğü bu evre komplikasyonlar açısından dikkat edilmesi gereken bir evredir (51,56). Uterusun atoni açısından değerlendirilmesi ve kanama takibi, mesanenin hipotonik olmasına bağlı idrar retansiyonu gelişiminin önlenmesi ve annenin yaşam bulgularının izlemi bu evrede yapılmalıdır (49,52).

2.2. PERİNENİN ANATOMİSİ

2.2.1. Pelvik Taban

Pelvik taban; abdominal ve pelvik organların anatomik bütünlüğünü sağlayan kemik, kas, fasya ve ligamentlerden oluşan bir yapıdır. Bu yapı üriner ve fekal kontinans, koitus ve doğum gibi önemli ürogenital fonksiyonların gerçekleştirilmesini sağlar (58,59). Pelvik taban; önde simfizis pubis, arkada sakrum ve yanlarda iskiyal spinalar arasındaki alanı kapsamaktadır (60,61). Pelvis tabanı içten dışa doğru; pelvik diyafram, ürogenital diyafram ve endopelvik fasya yapılarından oluşmaktadır (49).

Pelvik Diyafram: Pelvik kavitenin tabanında yer alan, huni şeklinde bir yapıdır. Pelvik organları destekler ve intraabdominal basınç arttığında kasılarak basınca karşı koyar (62). Levator ani kası, koksigeus kası ve fasialardan oluşmaktadır (60,62,63). Üretra, vajen ve rektum burada yer almaktadır (49).

Musculus Levator Ani: Pelvik diyaframın büyük bölümünü oluşturan, pelvik organları U biçiminde saran, geniş ve ince kas tabakasıdır. Bu kas tabakası pubokoksigeus, puborektalis ve iliokoksigeusun birleşmesi ile oluşur (60,64,65). Üretra, vajina ve rektumun geçtiği levator hiatus bu kaslar arasında yer alır (60). Levator ani kasları ile üriner ve fekal kontrol sağlanır (60,62). Ayrıca bu kaslar doğumdaki motor gücü sağlanmasında ve servikal dilatasyon sırasında fetal başın desteklenmesinde görevlidir 2. ve 3. sakral sinir tarafından inerve edilir. (60,66).

Musculus Coccygeus: Bu kas pelvik diyaframın arkada kalan küçük bölümünü oluşturur. Spina iskiyadikadan başlar, sakrumun alt bölümü ile koksikse tutunarak sonlanır. İliokoksigeusun devamı niteliğinde uzanan, yelpaze görümlü yapıdır. Siniri Nervus Pudendustur.(62,65).

Ürogenital diyafram: Pelvik diyaframın altında, pelvis çıkımının ön bölümünde sağ-sol ramuslar arasında gerilmiş, kas ve fasyalardan oluşan üçgen

görünümlü yapıdır (62). Üretrayı çevreleyen bağ dokusu katmanı içermesi sebebiyle perineal membran, üçgen görünümü sebebiyle trianguler ligament şeklinde de tanımlanır. Üretra ve vajinayı pubik kemiğe bağlar, doğum eylemi ve cinsel fonksiyon yönünden önemli bir yapıdır. Bulbospongios kas, iskiyokavernozkas, süperior transfers perineal kas ve ve eksternal anal sfinkter kası burada yer alır (49,62).

Musculus Bulbospongiosus: Vajen dokusunu yanlardan, ön ve arkadan saran yapıdır. Yüzeysel lifleri klitorise bağlanır, klitoris ereksiyonunu sağlar. Ayrıca üretranın boşalmasını sağlar. Siniri Nervus Pudendus (66,67).

Musculus İschioavernosus: Klitoris ereksiyonun sağlar ve Nervus Pudendus tarafından inerve edilir (66).

Musculus Transversus Perinei Superficialis: Vulvanın arka kısmı ile anüsün ön kısmından başlayıp, pubisin inen kollarına uzanarak burayı tespit eden kas yapısıdır. Ürogenital diyaframın arka kısmının kuvvetlendirilmesinde etkilidir. Siniri Nervus Pudendus (36,66).

Musculus Sphincter Ani Externus: Anal kanalın bir kısmını çevreleyen ve istemli olarak çalışabilen bir kastır. Defekasyon sırasında gevşer. Nervus Rectalis Inferior tarafından inerve edilir (36).

Endopelvik fasya: Elastik bağ dokusu ve sinirden zengin düz kas liflerinden oluşan fibromusküler bir yapıdır. Serviks, mesane, rektum, vajina ve uterus gibi organları yan duvarlara bağlayarak, yerlerini korumalarını sağlar (49,59,65). Endopelvik fasia birçok ligament yapı oluşturur.

Kardinal Ligament: Uterus, serviks ve vajinayı pelvisin yan duvarları ile birleştiren bağ dokusudur ve uterusu destekleyen temel yapıdır. Ayrıca gebelik boyunca uterusun kısıtlama olmadan büyüebilme kapasitesini sağlar.

Uterosakral Ligament: Serviksin arka üst kısımlarından, sakral vertebraya uzanır ve pelvik organları sakruma doğru destekler. Ayrıca uterus ve vajenin hareket kontrolünde görevlidir.

Puboüretal Ligament: Üretranın 1/3 proksimal kısmına yapışır, üretrayı simfizis pubise doğru destekler, üretrayı üç fonksiyonel alana ayırır.

Üretro pelvik Ligament: Üretranın orta kısmına ve mesaneye lateral olarak destek sağlayan levator fasya segmenti olarak devamlılık gösterir (49,55,65,68).

2.2.2. Perine

Perine, önde simfizis pubis, arkada koksiks ve yanlarda tuber iskiyadikalar arasında kalan bölgedir. Tuber iskiyadikalardan uzanan hayali horizontal çizgi ile perinede iki üçgen yapı oluşur. Öndeki Trigonum Ürogenitale, arkadaki Trigonum Anale olarak isimlendirilir (66).

Trigonum Ürogenitale: Kadın dış genital organlarının yer aldığı üçgen yapıdır. Bu üçgenin tabakaları; deri (vulva, klitoris, labiumlar), Fascia Perine-i Süperfacialis (Yüzeysel perine fasyası), Spatium Süperfaciale Perine-i (Yüzeysel perine aralığı), Spatium Profundum Perine-i (Derin perine aralığı) şeklinde sıralanmaktadır (66,69). Nervus Pudendusun dalları ile inerve edilir (65).

Trigonum Anale: Anüsün yer aldığı üçgen yapıdır. Anal kanal arkaya doğru bakar ve orta hatta 4cm boyunca koksikse doğru uzanır ve anüs yolu ile dışarı açılır. Bir kısmı Nervus Rectalis Inferior tarafından bir kısmı Nervus Pudendusun dalları ile inerve edilir (65,66).

Perinenin orta hattında yer alan ve fibromusküler bir yapı olan perineal cisim genital hiatusun korunmasında ve anüs fonksiyonunda önemlidir. Özellikle doğum sırasında ortaya çıkan perineal travmalar sonucunda perineal cisimin hasarlanması, prolapsus ve inkontinansa neden olabilmektedir (68).

2.3. PERİNEAL TRAVMA

Perineal travma doğum eyleminde oluşan yırtık, laserasyon ya da epizyotomi uygulanması sonucunda ortaya çıkan hasardır (5,70). Vajinal doğum vakalarının %85'inde, özellikle ilk kez doğum yapanlarda perineal travma yaşandığı ve 2/3'ünün sütür gerektiren travmalar olduğu belirtilmektedir (4,7,8). Ülkemizde gerçekleşen vajinal doğum vakalarında perineal travma oranının yaklaşık %65 olduğu ve primiparların yaklaşık %90'ına epizyotomi uygulandığı ifade edilmektedir (16).

Doğumda perineal travma, kadının hayatını etkileyen birçok kısa ve uzun vadeli fiziksel ve psikolojik morbiditeye yol açabilmektedir. Bunlar doğrudan kadının yaşam kalitesini ve dolaylı olarak ailesini etkilemektedir. Erken doğum sonu dönemde ağrı, kanama, geç iyileşme, anne bebek bağlanmasında gecikme gibi sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca uzun süreli perineal ağrı, prolapsus,

inkontinans, seksüel disfonksiyon, suçluluk, anksiyete yaşanmasına neden olabilmektedir (11,32,71).

Perineal travmaların ortaya çıkmasında; maternal yaş, ırk, makrozomi, fetal prezentasyon bozukluklarının etkili olduğu belirtilmektedir (12,18,19,20). Ayrıca doğum indüksiyonu, hızlı ve uzamış eylem, ıkınma tekniği ve epizyotomi uygulama şeklinin perine travmaları için risk oluşturduğu ifade edilmektedir (9,12,20,72).

Perineal travmalar, birçok nedenle ilişkilendirilmekte ve perinede çeşitli derecelerde hasar yaratmaktadır. Perine travmaları, standart bir sınıflama olmamakla birlikte 4 aşamalı olarak tanımlanmıştır (7,70,73,74).

Birinci Derece Perine Travması: Sadece perineal cilt yaralanması

İkinci Derece Perine Travması: Perine kaslarını içeren ancak anal sfinkteri içermeyen perine yaralanması

Üçüncü Derece Perine Travması: Anal sfinter kompleksini içeren perine yaralanması

- a. Eksternal anal sfinkterin %50'sinden daha azı yaralanmış
- b. Eksternal anal sfinkterin %50'sinden fazlası yaralanmış
- c. Hem eksternal anal sfinkter hem internal anal sfinkter yaralanmış

Dördüncü Derece Perine Travması: Anal sfinkter kompleksi (eksternal ve internal) ve anal epitel içeren perine yaralanması (7,70,73,74).

2.3.1. Epizyotomi

Epizyotomi, doğum sürecini kolaylaştırmak ve perineyi genişletmek için yapılan bir insizyondur (75). Doğum eyleminin ikinci evresinde, perineal taçlanma sırasında, bulbokavernos kasına uygulanan cerrahi insizyon ile vajinal açıklığın genişletilmesidir (76,77). Doğumda yaygın olarak kullanılan ve en çok tartışılan cerrahi işlemlerden biridir (77,78).

Epizyotomi ilk olarak 1742 yılında, evde gerçekleşen zor doğumların kolaylaştırılması için kullanılmaya başlamıştır (79,80). Doğumların zamanla hastanede gerçekleşen tıbbi uygulamalara dönüşmesiyle, maternal ve fetal sonuçların iyileştirilmesi amacıyla rutin epizyotomi tercihleri artış göstermiştir. 1900'lü yıllarda özellikle doğum eyleminin ikinci evresini kısaltmak, fetal asfiksiyi ve sefal hematmaları azaltmak için sık kullanılan bir uygulama haline gelmiştir (9,15,79). Zamanla epizyotomi, üçüncü ve dördüncü derece perine travmalarını azaltmak için

rutin yapılan bir uygulamaya dönüşmüştür (76,78,79,81). Tayvan, Arjantin ve Latin Amerika ülkelerinde epizyotominin çok yüksek oranlarda, ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'nde %62,5, Avrupa'da %30 oranında uygulandığı görülmüştür (14,15).

Epizyotominin yararlarına ilişkin yapılan araştırmalar sonucunda, rutin epizyotomi kullanımının etkinliğini açıkça gösteren kanıtlar olmadığı belirlenmiştir (15,79). Aksine araştırma sonuçları; prolapsus, rekto-vajinal fistül, seksüel disfonksiyon, kan kaybı, hematoma, ağrı gibi problemlerin epizyotomiye bağlı olarak ortaya çıktığını göstermiştir (15). Woolley, epizyotominin kanamayı arttırdığını, anal sfinkter yaralanmalarına neden olabildiğini, yenidoğanda intrakranial kanama ve intrapartum asfiksiye ilişkin sonuçları etkilemediğini belirtmiştir (82). Labrecque ve arkadaşlarının 6,522 hasta ile yaptığı kohort çalışmasında; epizyotomi uygulananların %20,6'sında, uygulanmayanların %4,5'inde perineal laserasyon ortaya çıktığı belirlenmiştir (83). Bansal ve arkadaşlarının 1976-1994 yılları arasında 17,483 doğumu içeren çalışmasında; epizyotomi oranlarının %86,8'den %10,4'e düştüğü ve bununla ilişkili olarak üçüncü ve dördüncü derece perineal travma oranlarının %9'dan %4,2'ye gerilediği belirtilmiştir (84).

Cochrane veri tabanında yayınlanan bir çalışmada rutin epizyotomi yerine, kısıtlayıcı epizyotomi uygulamanın sonuçlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. 5,541 kadını kapsayan bu çalışmada; %75,15'inde rutin, %28,4'ünde kısıtlı epizyotomi uygulanmıştır. Kısıtlı epizyotomi uygulananlarda; perineal travma riskinde, sütür ihtiyacında ve komplikasyonlarda azalma olduğu belirlenmiştir (15). Yine Cochrane veri tabanında yer alan 6,177 kadını içeren bir sistematik incelemede; kısıtlı epizyotomi uygulananlarda ciddi perineal hasar oranının %30 daha az olduğu belirlenmiştir (85). Ayrıca finansal sonuçlar açısından, kısıtlı epizyotominin rutin epizyotomiden daha düşük maliyetli olduğu gösterilmiştir (9,15,86).

DSÖ, epizyotomi oranının tüm vajinal doğumlarda %10 olmasını önermektedir (53,54). Ancak epizyotomi oranlarının, son yirmi yılda azalma göstermekle birlikte henüz istenilen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Bu oranların; Hindistan'da %60, Portekiz'de %72,9, Polonya'da 67,5, İspanya'da %43, Ürdün'de %67, Katar'da %60 olduğu belirtilmektedir (87-90). Ayrıca Almanya'da %27,7, Fransa'da %26,9, Hollanda'da %30,3, İsviçre'de %27,7 olduğu ifade edilmektedir (88). Graham'ın çalışmasında Türkiye'de epizyotomi oranı %64 olarak

belirtilmiştir (91). Sayiner'in çalışmasında bu oran %70,33, Rathfisch ve arkadaşlarının çalışmasında %55,6, Çalik ve arkadaşlarının çalışmasında %74,6 olarak bulunmuştur (22, 92, 93). Yapılan çalışmalar primiparlarda epizyotomi oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (16, 88, 91).

DSÖ, epizyotominin; makat prezentasyon, omuz distosisi, fetal distres, operatif vajinal doğum planlanması halinde ve ikinci evrenin uzadığı durumlarda tercih edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (53,54). ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), FIGO (International Federation of Gynecologistand Obstetrics) maternal ve fetal endikasyon olmadıkça epizyotomi kullanımının sınırlandırılması gerektiğini vurgulamaktadır (7,9).

Yapılan araştırmalar, epizyotomi endikasyonlarının yanı sıra epizyotomi uygulama şeklinin önemli olduğunu göstermektedir (7,9,94,95,96). Literatürde yedi şekilde epizyotomi uygulanabildiği, ancak bunlardan midline (median) ve mediolateral epizyotominin daha sık tercih edildiği belirtilmektedir (95). ABD'de sıklıkla midline epizyotomi tercih edilirken, Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de mediolateral epizyotomi tercih edilmektedir (7,55).

Midline epizyotominin üçüncü ve dördüncü derece perineal travmalar ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (9). Labrecque ve arkadaşlarının 6,522 hasta ile yaptığı kohort çalışmasında; median epizyotominin %67.3 oranında yapıldığı ve bunlardan %15.4'ünde şiddetli laserasyon görüldüğü belirtilmiştir (83). Sooklim ve arkadaşlarının araştırmasında, derin perine hasarı midline epizyotomi uygulananlarda %14,8, mediolateral epizyotomi uygulananlarda %7 olarak bulunmuştur (94). Revicky ve arkadaşlarının çalışmasında, mediolateral epizyotominin obstetrik anal sfinkter yaralanmalarına daha az yol açtığı belirtilmiştir (97).

Epizyotomi, kadınların perineal travmaya maruz kalmalarına en sık neden olan uygulamadır. Bununla ilişkili olarak ağrı, kanama, enfeksiyon gibi birçok sorun kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle rutin epizyotomi uygulanmasından kaçınılması gerektiği vurgulanmaktadır (11,32,53,71).

2.3.2. Spontan Perine Yırtıkları/Laserayon

Spontan perine yırtıkları vajinal doğumların %59-73'ünde ortaya çıkabilmektedir (7,98). Hervas ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %35,3 olarak belirlenmiştir (99). Spontan olarak ortaya çıkan bu laserasyonlar labiumlarda,

periüretal ya da periklitoral bölgede, vulva ya da vajende minimal derecelerde görülebilmektedir. Bu laserasyonların birçoğu komplikasyonlara yol açmamaktadır. Ancak geniş bir alanı kapsayan ileri dereceli laserasyonlar pelvik taban hasarı, inkontinans, ağrı, seksüel disfonksiyon gibi birçok komplikasyona neden olabilmektedir (7).

Spontan perine yırtıklarında standart bir sınıflama olmamakla birlikte perineal travma derecelendirmesi kullanılmaktadır (7,70,73,74). Yırtığın derecelendirilmesi, müdahale ve sütur uygulamasına karar verilmesi açısından önem taşımaktadır. Klinik uygulamalara göre değişkenlik göstermekle beraber minimal laserasyonlarsütur uygulanmadan, kendiliğinden iyileşmeye bırakılabilmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda minimal laserasyon varlığında sütur uygulanmayanlarda; perineal ağrı, kendiliğinden iyileşme süresi, altı hafta sonra seksüel birleşme sırasında ağrıya ilişkin sonuçların daha iyi olduğu belirtilmiştir (91,98).

2.3.3. Perineal Ağrı

Ağrı, vücudun bir uyarana karşı verdiği koruyucu bir yanıt olarak tanımlanmaktadır. Ağrı her insan için bireyseldir ve hoş olmayan bir duygu olarak ifade edilmektedir (100). Perineal ağrı, fetal başın ilerlemesiyle perineal dokularda oluşan gerginlik olarak tanımlanmaktadır (101,102). Eski çağlarda kadınlar perinede iğne batması tarzında ağrı hissettiklerini ifade etmiş ve bu ağrıyı ateş çemberi (ring of fire) tanımlamışlardır (102).

Yapılan çalışmalar perineal ağrının sıklıkla doğumun ikinci evresinde ve doğum sonrası dönemde yaşandığını göstermektedir (40,102-105). Doğumun ikinci evresindeki ağrı, eylemin ilerlemesi ve perinedeki gerilme ile ilişkilendirilmektedir (102). Doğum sonrası perineal ağrı ise perinede oluşan hasar, epizyotomi, vakum/forseps kullanımı ve sütur ile ilişkilendirilmektedir (40,103). Ayrıca perineal ağrı skorlarının ilk doğumunu yapan kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (40,106,107).

Doğum sonrası erken dönemde perineal ağrının daha şiddetli olduğu, ikinci gün hafiflediği, onuncu günde azalmaya başladığı belirtilmektedir (102,107). Ayrıca perineal ağrının doğum sonrası üç aya kadar devam edebildiği, perineal travmanın derecesi ile ağrı düzeyinin doğrudan ilişkili olduğu ifade edilmektedir (4,106,108). Andrews ve arkadaşları, doğum sonrası ilk gün perineal ağrı oranının %92 olduğunu

belirtmiştir (106). Albers ve arkadaşlarının çalışmasında; birinci/ikinci derece perine travması görülen olgularda, %65'inin doğum sonu ikinci gün, %24'ünün doğum sonu onuncu gün perineal ağrı yakınmaları olduğu bulunmuştur (107). Moini ve arkadaşlarının çalışmasında epizyotomi uygulanan grupta erken doğum sonu dönemde perineal ağrı oranı %100, uygulanmayan grupta %14 olarak bulunmuştur (109). Bir başka çalışmada kadınların yaklaşık% 23–42'sinin doğum sonrası 10. günde ağrı yaşadığını, % 7-10'unun daha uzun süreli yaşadığı belirtilmiştir (104). Williams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğum sonrası üçüncü ayda perineal ağrı oranı %30 olarak bulunmuştur (103).

Perineal ağrı; yürüme, oturma, mobilizasyon ve üriner/fekal kontinans gibi günlük aktiviteleri zorlaştırabilmektedir. Ayrıca uzun süren perineal ağrı, dispareni ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle kadınların yaşamını olumsuz etkileyen perineal ağrı ve travmaların azaltılmasının, perineyi korumaya yönelik uygulamaların önemli olduğu vurgulanmaktadır (4,40,106).

2.3.4. Perineal Travmaya Bağlı Kanamalar ve Değerlendirilmesi

Doğum sonrası kanamalar maternal mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir. DSÖ ve ACOG, doğum sonrası ilk 24 saat içinde 500 ml'yi aşan kan kaybını doğum sonu kanama olarak tanımlamaktadır. 1000 ml'nin üzerindeki kan kaybını şiddetli doğum sonu kanama olarak tanımlamaktadır (54,110).

Erken dönemde ortaya çıkan doğum sonu kanama nedenleri sıklıkla atoni, plasental anomaliler ve perineal travmalardır (54,110,111). Perineal laserasyonlar ve travmalar, doğum sonu kanamaların %20'sinden sorumludur (112). Bazı araştırma sonuçları operatif vajinal doğumların ve epizyotominin, kanama miktarını arttırdığı yönündedir (90,113,114). Husic ve Hammoud, epizyotomi uygulanan grupta kanama miktarını ortalama 279 ml, uygulanmayan grupta 218 ml olarak hesaplamıştır (90). Pietras mediolateral epizyotominin, median epizyotomiden daha fazla kanamaya yol açtığını belirtirken, Sooklim her iki epizyotomi şeklinin de ortalama 200 ml kanamaya yol açtığını ve fark olmadığını belirtmiştir (94,114). Fukami, doğum sonu kanamaların %26,9'unun şiddetli perineal travma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (111).

Bu nedenle erken doğum sonu dönemde dikkatli kanama takibi, kanamaya ilişkin nedenlerin belirlenmesi, ilk müdahalenin yapılabilmesi ve gerekli önlemlerin alınabilmesi açısından önemlidir (93,110).

2.3.5. Doğumda Perineal Travmanın Önlenmesine Yönelik Uygulamalar

Son yıllarda perineal travmaların azaltılabilmesi için, perineyi koruyucu bazı yaklaşımlar benimsenmiştir (10,30,43,115). Bu uygulamalar; antenatal ve intrapartum perine masajı, perineye sıcak kompres uygulama, ıkınmanın yönetimi (spontan ıkınma), hands-off/hands poised, ritgen manevrası, doğum pozisyonları, epizyotomive uygulama tekniği gibi yöntemlerdir (10,30,116,117).

Perine masajın; perineal kaslara esneklik kazandırarak epizyotomi ve operatif doğum tercihlerini azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca doğum sonrası perineal ağrının ve anal sfinkter yaralanmalarının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Gebeliğin 34. haftasında uygulamaya başlanabilir, ayrıca intrapartum dönemde de uygulanabilen bir yöntemdir. Masaj sırasında kayganlaştırıcıların kullanılması mümkündür (11,29,31,33,35,116).

Perineal sıcak uygulamanın; vazodilatasyonu arttırdığı, perineye esneklik kazandırdığı ve dokularda gevşeme sağladığı, perine ağrısını hafiflettiği ve doğum konforunu arttırdığı belirtilmektedir (39-41,118).

ıkınma teknikleri; valsalva (kapalı glottis) ve spontan ıkınma (açık glottis) olarak iki şekilde kullanılmaktadır. Valsalva tipi ıkınma direktifler ile uygulanırken, spontan ıkınma kontraksiyonlar ile kendiliğinden oluşan ıkınma tipidir. Valsalva tipi ıkınmanın, maternal ve fetal sonuçlar açısından spontan ıkınmaya göre daha olumsuz olduğu belirtilmektedir (10,116,117,118,119).

Ritgen manevrası; sol el ile fetal başın çıkışını yavaşlatarak, sağ el ile fetal çeneyi yukarı kaldırarak başın kontrollü biçimde doğması için yapılmaktadır. Birinci ve ikinci derece perine travmalarını azaltılmasında etkili, ancak üçüncü ve dördüncü derece travmalarda etkili olmadığı belirtilmektedir (30,120).

Hands-off (eller üzerinde) yönteminde, bir el fetal başı desteklerken diğer el perine üzerindedir ve perineyi korur. Hands poised (eller havada) yönteminde, fetal baş fleksiyon yaptıktan sonra ellerin havada hazır bekletilmesini, baş ya da perineye dokunulmamasını öneren yöntemdir (10,30,116). Üçüncü derece perine travmasının ve perineal ağrının azaltılmasında Hands poised (eller havada) yönteminin daha etkili

olduğu, epizyotomi uygulamasının azaltılmasında hands off tekniğinin daha etkili olduğu düşünölmektedir. Ancak bazı çalışmalarda iki teknik arasında fark olmadığı belirtilmektedir (10,30,43,121).

Doğum eyleminde dik pozisyonun operatif vajinal doğumları azalttığı, diz çökme pozisyonunun ağrıyı hafiflettiğı bazı çalışmalar ile gösterilmiştir (10,118,122). Ayrıca rehberler özellikle doğumun birinci evresinde kadına en çok rahat ettiği pozisyonda hareket özgürlüğü tanınması gerektiğini savunmaktadır (116).

2.4. PERİNEAL MASAJ

Perine masajı, vajenin yan duvarlarına parmaklar ile uygulanan ve buradaki dokulara esneklik kazandırmak amacıyla yapılan bir uygulamadır. İki parmak vajenin 4 cm içerisinde olacak şekilde, nazıkçe kenarlara ve rektuma doğru esnetme hareketi uygulanır (22,31,123,124).

Perine masajı sırasında, masajın etkinliğini arttırmak amacıyla lavanta, suda eriyen jel, zeytinyağı, vazelin, sıvı petrol jel gibi kayganlaştırıcı ürünler kullanılabilir (36,38,125,126).

Perineal masaj antenatal dönemde 34. haftada uygulanmaya başlanabilmekte, ayrıca doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde uygulanabilmektedir. Antenatal dönemde kadının kendisi ya da eşi tarafından uygulanması mümkündür. İntrapartum dönemde ebe ve hemşireler tarafından uygulanabilmektedir (33,37,38,124,127,128).

Perineal masaj dokulara esneklik kazandırdığından, perine travmalarını ve epizyotomi oranlarını azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (11,29,31-34,35,116). Ayrıca perine masajının, doğum sonrası perineal ağrının azaltılmasında da etkili olduğu bazı çalışmalar ile gösterilmiştir (32-35).

2.4.1. Perineal Masaj ve Perineal Travma

Doğumda perineal hasarı azaltmak amacıyla kullanılan pek çok perine koruyucu yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerden bir tanesi perineal masajdır. Literatürde gerek antenatal gerek intrapartum dönemde yapılan perine masajına ilişkin bazı çalışmalar yer almaktadır. Özellikle son yıllarda yapılan araştırma sonuçları; perineal masajın, perine hasarını ve yırtıkların şiddetini azaltmada etkili olduğu yönündedir (10,30,43,115).

Cochrane veri tabanının yer alan 15,181 kadını kapsayan bir meta-analizde perine masajı uygulanan grupta intakt (bozulmamış) perine insidansının yüksek olduğu ve üçüncü/dördüncü derece perine travma oranlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada sütur gerektiren, birinci veya ikinci derece perine hasarına ilişkin olarak gruplar arasında belirgin bir fark olmadığı gösterilmiştir (30).

Demirel ve Gölbaşı'nın doğumun birinci ve ikinci evresinde uyguladığı perineal masajın; epizyotomi oranlarının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiş; masaj grubunda epizyotomi oranı %31, kontrol grubunda %69,7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada perineal masajın, travma açısından gruplar arasında fark yaratmadığı belirlenmiştir (32).

Geranmayeh ve arkadaşlarının doğum eyleminin ikinci evresinde vazelin ile yaptığı perine masajının epizyotomi ve intakt perine oranlarında etkili olduğu, üçüncü ve dördüncü derece perine travmasını azaltmada etkili olmadığı bulunmuştur. Masaj grubunda epizyotomi oranı %45 bulunurken, kontrol grubunda %88 olarak bulunmuştur (38).

Harlev ve arkadaşlarının eylemin ikinci evresinde bazı yağlar ile yaptığı perineal masajın; epizyotomi, laserasyon, dikiş sayısı ve dikiş uzunluğu açısından anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur (129). Bu çalışmanın aksine Karaçam ve arkadaşlarının 396 gebeyi kapsayan araştırmasında perineal masajın, epizyotomi için kullanılan sütur materyali miktarında azalmaya ve dolayısıyla epizyotomi boyutunda küçülmeye katkı sağladığı belirtilmiştir. Bu çalışmada perineal masaj, doğumun ikinci evresinde uygulanmıştır ve bazı çalışmaların aksine eylemin ikinci evresinin süresinde herhangi bir değişiklik yaratmamış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (11)

Dönmez ve Kavlak'ın antenatal perine masajı uyguladığı 101 gebe ile yaptığı çalışmada epizyotomi oranları ve laserasyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Masaj grubunda epizyotomi oranı %83,3, kontrol grubunda %100 olarak belirlenmiştir. Ayrıca laserasyon oranları masaj grubunda %16,7, kontrol grubunda %82,1 olarak bulunmuştur (127).

Bayraktar'ın 700 gebe ile yaptığı ve doğumun ikinci evresinde zeytinyağı ile perine masajı uyguladığı çalışmada; masaj grubunda yırtık oluşma oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir. (36).

Sayiner ve Demirci'nin çalışmasında perineal masaj uygulanan grupta epizyotomi oranı %10, kontrol grubunda %92 olarak bulunmuştur. Ayrıca masaj uygulanan grupta intakt perine oranının %78, kontrol grubunda bu oranın %10 olduğu belirlenmiş ve perine masajının travmaları azalttığı ifade edilmiştir (22).

Stamp ve arkadaşlarının 1340 gebe ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada intakt perine oranları, epizyotomi uygulaması ve birinci/ikinci derece perineal travma gelişimi açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada üçüncü derece perine travması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (23).

Adler ve arkadaşları tarafından 531 primipar ile yapılan araştırmada antenatal dönemde perine masajı uygulanmış; vajinal/labial alanda travma ve epizyotomi oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ifade edilmiştir. Üçüncü derece perineal travma oranında bir azalma olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (124).

Beckmann ve Garret'in antenatal perine masajına ilişkin Cochrane veri tabanında yer alan çalışmasında; perineal masajın, sütür gerektiren travma insidansında ve epizyotomi kullanımının azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (29). Dame ve Safranek'in antenatal perineal masaja ilişkin araştırmasında; masaj grubunda, sütür gerektiren perineal travma oranının %10 azaldığı, epizyotomi insidansının %15 azaldığı belirlenmiştir (130).

Araújo ve Oliviera'nın 76 primipar ile yaptığı çalışmada sıvı petrolyum jel ile perineal masaj yapılmıştır. Bu araştırmada intakt perine oranı %38,2 olarak bulunurken, perine hasarının dağılımına ilişkin gruplar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Perine travmasının şiddetine bakıldığında toplam travma olgularının %72,3'ünün birinci derece travma olduğu belirlenmiş, sıvı petrolyum jelin perine hasarının şiddetini ve sıklığını azaltmada etkili olmadığı ifade edilmiştir (126).

2.4.2. Perineal Masaj ve Ağrı

Perineal ağrı doğumun ikinci evresinde görülür ve eylemin ilerlemesi, perinedeki gerilme ile ilişkilendirilir (102). Doğum sonrası görülen perineal ağrı ise perinede oluşan hasar, epizyotomi, vakum/forseps kullanımı ve sütür ile ilişkilendirilir (40,103). Andrews ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kadınların %92'sinde doğum sonu birinci günde, %88'inde doğum sonu ikinci ayda perineal

ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Bazı araştırmalar perineal ağrının doğum sonu üçüncü aya kadar sürdüğünü göstermiştir (103,106).

Yapılan araştırmalar hem antenatal hem intrapartum dönemde uygulanan perine masajının, doğum sonrası perine ağrısının azaltılabilmesi açısından önemli olduğu ifade edilmektedir (32-35).

Beckmann ve Garret'in antenatal perine masajına ilişkin Cochrane veri tabanında yer alan çalışmada perineal masajın, doğum sonrası üç ayda ağrı insidansında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağladığı bildirilmiştir (29). Dame ve Safranek'in antenatal masaj uyguladığı araştırmada, masaj uygulanan multigravidalarda doğum sonrası üçüncü ayda perine ağrısının azaldığı belirlenmiştir (130).

Dönmez ve Kavlak'ın antenatal perine masajı ve Kegel egzersizi uyguladığı çalışmada; doğum sonrası birinci ve on beşinci gün perineal ağrı durumları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (127).

Karaçam ve arkadaşlarının çalışmasında; doğum sonrası birinci gün ve üçüncü haftanın sonunda perine ağrısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirtilmiştir (11). Stamp ve arkadaşlarının çalışma sonuçları da perine masajının, perineal ağrıya etkisi olmadığı yönündedir (23).

2.4.3. Perineal Masajı Uygulaması ve Önemli Noktalar

Antenatal dönemde uygulanan perineal masaj haftada 3-4 defa, 5-10 dakikalık sürelerle uygulanmaktadır (124,128,130). Doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masaj 10-30 dakika sürelerde uygulanmaktadır (11,31,32).

Perineal masaj uygulamasına başlamadan önce mesane ve rektumun boşaltılması sağlanmalıdır (131,132). Ayrıca genital enfeksiyonlar sorgulanmalı ve herpes simpleksi olan kadınlara perine masajı yapılmamalıdır (128,132). Uygulayıcının tırnakları kısa olmalı ve uygulamadan hemen önce ellerini yıkamış olmalıdır. Perine masajı uygulanırken gebenin mahremiyetinin sağlanması, konforlu bir pozisyon verilmesi önemlidir. Müdahale sırasında gebenin herhangi bir rahatsızlığı ve ağrısı olursa uygulamaya ara verilmesi önerilmektedir (22,128,131-135).

2.5. PERİNEAL SICAK UYGULAMA

Doğum eyleminin özellikle ikinci evresinde perine dokularında gerginliğin artması ve taçlanmanın başlaması ile perineal ağrının şiddeti artmaktadır. Bu ağrı doğum sonrasında devam etmekte ve kadının birçok aktivitesini olumsuz etkilemektedir. Bu ağrının azaltılmasında pek çok non-farmakolojik yöntem kullanılmaktadır (136).

Sıcak uygulama ağrının hafifletilmesinde sıkça kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerdendir (39). Perineal sıcak uygulamanın perine hasarını ve perine ağrısını azaltmada etkili olduğu bazı çalışmalar ile gösterilmiştir (27,40,137). Perineal sıcak uygulama doğum eylemi süresince, sıcak yaş kompresler ya da sıcak paketler ile yapılabilmektedir (41).

Perineal sıcak uygulama terapötik etki yaratan bir uygulamadır. Isı, ciltteki reseptörleri uyarır ve kapı kontrol teorisi ile derin dokulardaki ağrının baskılanmasını sağlar (39). Ayrıca sıcak uygulama ile perineal alanda vazodilatasyon ve kan dolaşımında bir artış ortaya çıkar. Bu durum, dokulara gerilebilme ve esneyebilme özelliği kazandırırken, kaslara gevşeyebilme özelliği kazandırmaktadır (33,41).

Doğumda maternal ve fetal mortalite ve morbiditelerin azaltılmasında etkili olan kanıta dayalı uygulamalardan biri olan sıcak uygulamanın kanıt düzeyi (B) olarak belirlenmiştir. Literatürde perineal sıcak uygulamanın etkinliğini gösteren ve yapılmasını öneren birçok çalışma bulunmaktadır (33,41,118).

2.5.1. Perineal Sıcak Uygulama ve Perineal Travma

Perineal sıcak uygulamanın epizyotomi, intakt perine, ağrı ve doğum konforu ile ilişkili olduğu ve maternal sonuçlar açısından olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Barasinski ve arkadaşlarının çalışmasında %24'üne, East ve arkadaşlarının çalışmasında %45'ine, Albers ve arkadaşlarının çalışmasında ise primiparların %42'sine sıcak uygulama yapıldığı belirtilmiştir (33,71,120).

Akbarzadeh ve arkadaşlarının yaptığı randomizebir çalışmada gebelere, servikal dilatasyon 7 cm ve 10 cm olduğunda 15-20 dakika sıcak uygulama yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları arasında intakt perine ve epizyotomi oranları açısından fark olduğu bulunmuştur. İntakt perine oranı; perineal sıcak uygulama grubunda %27, kontrol grubunda %6,7 olarak belirlenmiştir. Epizyotomi

sıklığı müdahale grubunda %45, kontrol grubunda %90,7 olarak bulunmuştur (27). Alihosseini ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları da benzer niteliktedir. Sıcak uygulama yapılan grupta epizyotomi oranı %21, müdahale grubunda %41'dir. Ayrıca müdahale grubunda intakt perine oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (42).

Perineal sıcak uygulama ve perineal masajın karşılaştırıldığı bir çalışmada sıcak grubunda intakt perine oranı %68, masaj grubunda %47'dir. Epizyotomi oranları ise sırasıyla %22 ve %30 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada perineal travma oranları sıcak grubunda %10, masaj grubunda %23 olarak bulunmuştur ve perineal sıcak uygulamanın, perine masajından daha etkili olduğu belirtilmiştir (138). Bu çalışmanın aksine; masaj ve sıcak uygulamanın karşılaştırıldığı, 304 katılımcı ile yapılan bir çalışmada intakt perine, epizyotomi ve perineal travma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (136). Yine Albers ve arkadaşlarının çalışmasında perineal masaj, sıcak uygulama ve hands off teknikleri karşılaştırılmış ve üçünde perineal travmalara yönelik koruyucu etkisi olmadığı belirtilmiştir (33).

2130 katılımcının yer aldığı bir meta-analizde, müdahale grubunda intakt perine oranları %22,4, kontrol grubunda %15,4'tür. Ayrıca üçüncü ve dördüncü derece perineal travma oranlarında, epizyotomi oranlarında azalma olduğu belirtilmiştir (139).

Cochrane veri tabanının yer alan bir çalışmada perineal sıcak uygulamanın ikinci derece perine travması, epizyotomi ve intakt perine açısından avantaj sağlamadığı gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada sıcak uygulamanın üçüncü ve dördüncü derece perine travmalarının azaltılmasında etkili olabileceği belirtilmiştir (30). Dahlen ve arkadaşlarının 717 katılımcı ile yaptığı araştırma sonuçları da üçüncü ve dördüncü derece perine travmalarının azaltılmasında etkili olduğunu desteklemektedir (40).

Albers ve arkadaşlarının çalışmasında sıcak kompres uygulamasının perine travmasını azaltmada bir avantaj sağlamadığı belirtilmiştir (33). Aynı şekilde Ganji ve arkadaşlarının 64 gebe ile yaptığı çalışmada perineal laserasyonların azaltılması açısından bir fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada sıcak uygulamanın 1. ve 5. dakika APGAR skorlarını etkilemediği belirtilmiştir (137). Akbarzadeh ve arkadaşlarının 150 gebe ile birinci ve ikinci evrede yaptığı sıcak uygulamanın, müdahale grubunda

doğum sürelerini azalttığı, ancak 1. ve 5. dakika APGAR skorlarında etkili olmadığı bulunmuştur (39).

Ahmad ve Turkey'nin çalışmasında ikinci evrede perineal sıcak uygulamanın, ikinci evrenin süresinde kısalmayı sağladığı belirtilirken, Essa ve Ismail'in çalışmasında ise ikinci evre süresi açısından gruplar arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir (140,141).

2.5.2. Perineal Sıcak Uygulama ve Ağrı

Doğum eylemi sırasında perineal dokularda gerginliğin artmasına bağlı olarak ağrının şiddeti artmakta ve bu ağrı doğum sonrası dönemde de devam edebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar ile perineal sıcak uygulama ile bu ağrının hem ikinci evrede hem de doğum sonrasında azaltılabileceği gösterilmektedir (39,136,137).

Ganji ve arkadaşlarının primiparlar ile yaptığı araştırmada doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı bulunmuştur (137). Benzer biçimde Dahlen ve arkadaşlarının çalışmasında; doğumun ikinci evresinde perineal sıcak kompres uygulamanın ağrıyı hafiflettiği belirtilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %85,7'si sonraki doğumda bu uygulamayı tekrar yaptıracağını, %86,1'i arkadaşlarına tavsiye edeceğini belirtmiştir (102).

Akbarzadeh ve arkadaşlarının çalışmasında doğum sonrası birinci günde ortalama ağrı yoğunluğu perineal sıcak uygulama yapılan grupta daha düşük bulunmuştur (27). İbrahim ve arkadaşlarının çalışmasında sıcak uygulama sonrası ağrı şiddetinde azalma olduğu, benzer şekilde Essa ve Ismail'in primiparlar ile yaptığı çalışmada, ikinci evrede yapılan perineal sıcak uygulamanın ağrının azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (136,141).

Vaziri ve arkadaşları; ikinci evrede ve doğum sonrası birinci günde ağrı şiddetinin, perineal sıcak uygulama yapılan grupta daha düşük olduğunu göstermişlerdir (142).

2.5.3. Perineal Sıcak Uygulama ve Önemli Noktalar

Perineal sıcak uygulama doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde uygulanabilmektedir. Uygulama süresi 10-30 dakika aralığında değişebilmekte, ancak 30 dakikayı geçmemesine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Uygulamanın kesintisiz biçimde devam edilmesine ve kirli kompreslerin sıkça değiştirilmesine özen gösterilmelidir (33,139,143).

Perineal sıcak uygulama sırasında kullanılacak malzemelerin temiz olmasına özen gösterilmelidir. Uygulamaya başlamadan önce mesanenin boşaltılmasına, gebenin mahremiyet ve konforuna özen gösterilmelidir. Uygulamadan önce ellerin yıkanmış olmasına, suyun ısısına ve perineden önce başka bir dokuda ısı kontrolü yapılmasına dikkat edilmelidir.

2.6. DOĞUM KONFORU

Konfor; bireyin gereksinimlerinin tanımlanarak, bunların bir bütün olarak karşılanmasına bağlı ortaya çıkan sonuçtur (44,144). Kolcaba, bireyin rahatının sağlanmasını esas alan ve hemşirelik bakımını kapsayan “Konfor Kuramı”nı geliştirmiştir. Bireyin konforunun sağlanmasının ve bunun sonuçlarının değerlendirilmesinin profesyonel bir meslek grubu olan hemşireler tarafından yapılmasının, bakımın kalitesini ve hasta memnuniyetini arttıracakı belirtilmektedir (44,145).

Doğum konforu; ağrının azaltılarak ve kadının desteklenerek rahatlatılması olarak tanımlanmaktadır. Ağrının konforu azalttığı, bu nedenle ağrı kontrolünün önemli olduğu vurgulanmaktadır (44,145). Doğum eylemi sırasında kadını rahatlatmaya yönelik uygulamalar yapılması ve bunların etkilerinin belirlenmesi, ağrının azaltılarak daha az analjeziye başvurulmasını sağlamaktadır (46,146).

Doğum eyleminde kullanılan non-farmakolojik yöntemler konforun sağlanmasında etkili olabilmektedir. Doğumda konforun sağlanması özellikle hemşirelik ve ebelik uygulamaları ile ilişkilendirilmekte ve konforun sağlanması hemşirelik sanatı olarak tanımlanmaktadır. Doğum konforunu arttırmaya yönelik yapılan hemşirelik ve ebelik uygulamalarının; konforun sağlanmasının yanı sıra kadının doğuma aktif katılımında ve kendi kendini kontrol edebilmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır(145).

Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların doğum deneyimleri incelenmiş, %47,3’ü doğumunu çok kolay olarak tanımlarken, %31,3’ü sıkıntılı olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada hemşirelik bakımının iyi olmasının, konforu

olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Yaşar ve Derya'nın çalışmasında, perine masajı uygulanan grupta konfora ilişkin toplam puan ortalamalarında artış olduğu belirlenmiştir (147).

Ebe ve hemşirelik uygulamalarının doğum konforunu destekler nitelikte olmasının; kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamasına ve bakımın kalitesinde artışa katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle doğum konforunun önemli olduğu belirtilmektedir (44,146,148).

2.7. DOĞUM MEMNUNİYETİ

Memnuniyet, kişinin beklentilerinin karşılanmasına verdiği algısal bir yanıttır. Hasta memnuniyeti; bireyin temel gereksinimlerinin ve beklentilerinin, sağlık profesyonelleri tarafından etkili biçimde karşılanmasını içeren etkileşime dayalı, çok boyutlu bir kavramdır (149).

Kadın ve toplum için önemli bir deneyim olan doğum sürecine ilişkin memnuniyet, anne ve bebek sağlığının sürdürülmesi açısından önemlidir. Ayrıca doğumda kaliteli sağlık bakım hizmetinin sunumu, olumlu doğum deneyimi ve anne memnuniyeti ile ilişkilidir (45,149,150).

Doğum deneyimine ilişkin memnuniyetin, annenin sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri olduğu belirtilmektedir. Doğum memnuniyeti ile doğum sonu depresyon, seksüaliteyi sürdürebilme, annelik rolünü benimseme, anne-bebek bağlanmasının ilişkili olduğu düşünülmektedir (47,149,150).

Doğum memnuniyeti çok boyutlu ve birçok faktör ile ilişkili bir kavramdır. Bireyin demografik özellikleri ve beklentilerinin yanı sıra sağlık ekibinin özellikleri de memnuniyeti etkilemektedir. Kadının, doğuma yönelik aldığı eğitim ve doğumda beklentilerinin karşılanması, doğum şekli, anne ve bebeğe yapılan müdahaleler doğum memnuniyeti ile ilişkilidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin anneyi bilgilendirmesi ve karar verme sürecine dahil etmesi, doğum ağrısını yönetmesine destek olması ve anne-bebek etkileşimini başlatması memnuniyeti etkilemektedir (45,149,150).

Doğum memnuniyetinin değerlendirilmesi; bakım gereksinimlerinin ve doğuma yönelik müdahalelerin belirlenmesi, kadınların olumlu doğum deneyimine

katkı sağlanması açısından önemlidir. Çıtak ve arkadaşlarının doğum memnuniyetine ilişkin çalışmasında, vajinal doğum yapanların memnuniyet düzeyinin sezaryen olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Ayrıca; vakum-forseps kullanımının ve bebeğe ilişkin sorun yaşanmasının memnuniyet düzeyini azalttığı belirtilmiştir (150).

Özcan ve Aslan'ın çalışmasında kadınların %95'inin doğumda verilen bakım hizmetlerinden memnun kalmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada; normal doğum yapanların memnuniyetleri doğum sonu bebekle tanışma açısından, sezaryen doğum yapanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca epizyotomi uygulanmayan, fundal bası yapılmayan ve ağrı kontrolü sağlanan kadınlarda memnuniyetin daha yüksek olduğu görülmüştür (149).

Normal doğum sürecinde kadının desteklenmesi ve doğum sürecine katılımının sağlanması, gereksiz müdahale ve travmaların önlenmesi, ağrının azaltılması gibi yaklaşımların doğum memnuniyeti açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Doğumda ebe ve hemşirelik uygulamalarının bu yaklaşımları destekler nitelikte olması, doğum memnuniyetinin sağlanmasında büyük önem taşımaktadır (47,149).

2.8. PERİNEAL TRAVMANIN ÖNLENMESİ, AĞRININ KONTROLÜ, DOĞUM KONFORU ve MEMNUNİYETİNİN ARTTIRILMASINDA HEMŞİRE/EBENİN ROLÜ

Günümüzde perineal travmalar; kadın ve ailesinin hayatına olumsuz etkileri sebebiyle üzerinde sıkça durulan bir konu haline gelmiştir. Literatürde, perineal travmaların azaltılmasına yönelik pek çok uygulamanın yer aldığı görülmektedir. Ayrıca doğum ve doğum sonrası dönemde yaşanan perineal ağrının, kadının doğum konforunu ve memnuniyetini etkilediğini gösteren çalışmalarda yer almaktadır. Doğum sürecinde ağrının kontrolü ve doğum sonrası ağrının hafifletilmesini sağlamak amacıyla yapılan müdahaleler de üzerinde durulan diğer bir konudur (27,30,36,151,152).

Perineal travmaların ve ağrının azaltılmasında kullanılan yöntemlerin uygulayıcıları sıklıkla hemşire ve ebelerdir. East ve arkadaşlarının çalışmasında doktor ve ebelerin perine koruyucu yaklaşımları incelenmiş; ebelerin %44,9'unun

perineal sıcak kompres uyguladıkları, doktorların bu yöntemi hiç kullanmadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada perine masajı, suda doğum gibi diğer uygulamaları tercih etme durumlarına bakılmış ve ebelerde bu oran %43,5, doktorlarda %5,9 olarak bulunmuştur (71).

Yapılan çalışmalar, perineal travmaların azaltılmasında hemşirelik/ebelik uygulamalarının birçok açıdan etkili olduğunu göstermektedir. Doğumda yapılan uygulamalar; daha az müdahale ve maliyet, daha çok doğum memnuniyeti ile ilişkilendirilmektedir (151-154). Begley ve arkadaşlarının 2011’de yaptığı araştırmada, doğumda ebe ve doktor liderliğinde verilen bakım karşılaştırılmış, ebe tarafından verilen bakımın daha az müdahale ile ilişkili olduğu bulunmuştur (152). Ayrıca Dencker ve arkadaşlarının araştırması, doğumda ebelik uygulamalarının; epizyotomi oranı, operatif vajinal doğum, komplikasyon ve yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (154). Mizrachi ve arkadaşlarının çalışmasında deneyimli ebelerin yaptırdığı doğumlarda perineal hasarın daha az olduğu belirlenmiştir. Ebelerin deneyimlerinde her bir yıllık artış, perineal travma oranında %4,7’lik azalma ile ilişkilendirilmiştir (155).

Doğum eyleminin birinci ve ikinci evrelerinde yapılan, perineyi koruyucu yaklaşımlar sayesinde epizyotomi oranlarının ve laserasyonların azaltılabileceği belirtilmektedir. Hemşire/ebeler; doğum eyleminde perineal masaj ile dokularda esnekliğin artırılmasını sağlayarak kısıtlı epizyotomi uygulamasına katkı sağlayabilirler. Ayrıca perineal sıcak uygulama ile ağrının ve laserasyonların azaltılmasında etkili olabilirler (8,11,29,32,33,151). Bu uygulamalar, annenin sürece dahil edilmesinde, olumlu iletişim ortamı yaratılmasında ve maternal/neonatal sonuçların iyileştirilmesinde etkili olması sebebiyle konforu ve memnuniyeti arttıracaktır.

Doğum eylemi sırasında kadının rahatlatılması ve ağrısının azaltılması, doğum konforu ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle ağrının konforu azalttığı belirtilmekte ve hemşire/ebelerin ağrıyı azaltarak kadının konforunu arttırabileceği düşünülmektedir. (44,132). Ayrıca doğumda bazı non-farmakolojik yöntemlerin kullanımı ile konforun artırılması mümkün olabilmektedir. Kadının rahat edeceği pozisyonda kalması, sıcak uygulama ve masaj yapılması, hemşire/ebe desteği sağlanması gibi uygulamalar ile konfor arttırılabilmektedir (146). Çapık ve

arkadaşlarının, doğum sonu konfora ilişkin çalışmasında; kadınların konfor durumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşire ve ebelerin; fiziki şartları ve doğum yapan kadının beklentilerini değerlendirerek bakım verilmeleri gerektiği vurgulanmıştır (156). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında normal doğum yapan kadınların, sezaryen doğum yapanlara göre konfor düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların kendileri ve bebekleri ile ilgili bakım gereksinimleri ve beklentilerinin hemşire/ebeler tarafından karşılandığı, memnuniyet ve konfor düzeylerinin birbiri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (148).

Yapılan araştırmalar kadınların doğuma yönelik beklentileri; desteklenmek, bilgi almak, ağrının azaltılması, soruların yanıtlanması yönündedir. Hemşire ve ebeler tarafından; doğum eylemi sırasında kadının beklentilerine yönelik destekleyici bakım verilmesi, ağrısının hafifletilmesi, mahremiyetinin korunması ve bilgilendirme yapılması konfor ve memnuniyeti etkilemektedir. Hemşire/ebe, kadının sürece ilişkin sorularını yanıtlayarak ve eylemin evrelerine göre bilgilendirme yaparak kadının anksiyetesini azaltacak, olumlu doğum deneyimine katkı sağlayacaktır. Yapılan incelemelerde olumlu doğum deneyimi ile doğum memnuniyeti birbiri ile doğrudan ilişkili bulunmuştur (45,148-150). Wilde-Larsson ve arkadaşlarının çalışmasında; kadınların doğuma yönelik olumlu-olumsuz duygulanımlarının, intrapartum bakım ile doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmıştır. İntrapartum bakım uygulamaları ise sıklıkla hastaların tercihleri ve bu yönde verilen hemşirelik/ebelik bakımı ilişkilendirilmiştir (45,149,150,157). Ertem ve Sevil'in araştırmasında normal doğum yapan kadınlara standardize hemşirelik bakımı verilmiş ve deney grubunda doğuma yönelik hemşirelik bakımından memnuniyet oranı %94,3, kontrol grubunda %31,4 olarak bulunmuştur (158).

Hemşire ve ebenin, doğum sürecinde kadına destek olması ve onu cesaretlendirmesi olumlu doğum deneyimine ve doğum memnuniyetine katkı sunmaktır. Timur ve Şahin'in çalışmasında olumlu doğum deneyimi oranı %75,7'dir. Bu araştırmadaki kadınların %41,6'sı doğum sırasında cesaretlendirilmeye ihtiyaç duyduğunu, %10,2'si doğum sırasında sağlık personelinin desteğine ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. (159). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %26'sı ebe/hemşire/doktor desteğine ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir (148).

Doğum eylemi süresince anne ile sürekli etkileşimde olan hemşire/ebeler; perine koruyucu yaklaşımların uygulanmasında, ağrının hafifletilmesinde, doğum konforu ve memnuniyetin sağlanmasında en etkili sağlık meslek üyeleridir. Annenin doğum sürecindeki bakım gereksinimlerinin karşılanması ve doğumun güvenli biçimde gerçekleştirilmesi hemşire ve ebelerin sorumluluğundadır. Bu süreçte hemşire/ebe tarafından yapılan perineal masaj ve sıcak uygulama ile travmalar ve ağrı azaltılırken, konfor ve memnuniyetinin artması sağlanacaktır (8,149,151,158).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde uygulanan perineal masaj ve sıcak uygulamanın; perineal travma, ağrı ve doğum konforu üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda Mayıs 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.; travay (5 yatak), doğum ünitesi (2 doğum masası), yoğun bakım ünitesi (5 yatak), obstetrik ve jinekoloji yatan hasta servisi (38 yatak), obstetrik ve jinekoloji poliklinikleri (10 poliklinik), Non-Stres Test (NST) bölümü, gebe okulu ve yardımla üreme tedavi merkezinden oluşmaktadır.

Doğum salonu travay ve doğum ünitesinden oluşmaktadır. Travay bölümü, girişte kayıt yapılan ve elektronik fetal monitorizasyon izlemlerinin yapıldığı 5 yataklı bir ünedir. Doğum ünitesi, travaya açılan ve 2 doğum masası, 2 radyan ısıtıcının yer aldığı bir ünedir. Yılda ortalama 700 normal doğum gerçekleşmektedir.

SBÜ Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.'na gebelik sürecini tamamlayan ve doğum için başvuran tüm gebelerin kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra NST çekimleri ve ultrasonografik ölçümleri yapılmaktadır. Daha sonra gebeler doğum salonuna alınmakta, hemşire ve ebeler tarafından gözlem ve doğum öncesi izlem formları oluşturulmaktadır. Tanıtıcı kimlik bileklikleri takıldıktan sonra gebeler sürekli izlem için travay bölümüne alınmaktadır.

Doğum salonunda toplam 21 ebe, 3 hemşire, 9 uzman hekim ve 26 asistan hekim görev yapmaktadır. Doğum salonunda görev yapan hemşire/ebeler 08.00-17.00 ve 17.00-08.00 şeklinde, iki shift halinde çalışmaktadır. Gündüz vardiyasında 3 hemşire/ebe, 1 uzman ve 2 asistan hekim hizmet vermektedir. Gece vardiyası ve

hafta sonu 1 hemşire/ebe, 1 uzman ve 1 asistan hekim hizmet vermektedir. Hemşire/ebe çalışma planlaması klinik sorumlu hemşiresi tarafından yapılmaktadır.

Doğum salonunda görevli hemşire/ebeler; intravenöz damar yolu açılmasını, gerekli laboratuvar tetkikleri için kan/idrar numunelerinin alınmasını, vital bulguların takibini, NST takibi ve izlemine yapmaktadırlar. Ayrıca hemşire/ebeler travay sürecinde annenin cesaretlendirilmesi, ağrı ile baş etmesi, nefes ve ıkınma teknikleri konusunda desteklenmesine yardımcı olmaktadır. Doğum sırasında kullanılacak ekipmanların hazırlığı, gerekli ilaçların (uterotonik, antibiyotik vb.) uygulanması, doğum sonrası anne ve yenidoğanın ilk bakımının sağlanması, anne-bebek etkileşiminin başlatılması hemşire/ebeler tarafından yapılmaktadır. Doğumlar hekimler tarafından yaptırılmakta, doğum sonrası bir saat anne ve bebeğin yakın izlemi yapılmaktadır.

Travay sürecinde rutin olmamakla birlikte bazı durumlarda amniyotomi ve oksitosin indüksiyonu uygulanmaktadır. Doğumun üçüncü evresinde rutin, uterotonik ajan olarak 40 ünite oksitosin 1000 ml ringer laktat içerisinde infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. Plasentanın ayrılması ve epizyotomi onarımından sonra hemşire/ebe tarafından emzirme başlatılmaktadır. Ayrıca doğum sonu kanama ve emzirmeye ilişkin anneye bilgilendirme yapılmakta ve soruları yanıtlanmaktadır. Yaklaşık birinci saatin sonunda anne ve bebek hemşire/ebe eşliğinde obstetri servisine transfer edilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini SBÜ GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. doğum salonuna Mayıs 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında vajinal doğum yapan 716 kadın oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken G*Power 3.1.9.2 kullanılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplanırken literatür doğrultusunda doğum sürecinde perine masajı ve perineal sıcak uygulama yapılarak, perineal travmaların değerlendirildiği bir araştırmadan elde edilen veriler dikkate alınmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarındaki perineal travma oranları değerlendirilerek etki büyüklüğü 0.522 olarak elde edilmiştir (136). Güven aralığı %95 ve %95 power için toplam 105

katılımcı olması gerektiği hesaplanmıştır (Bkz. EK-1). Ancak vaka kayıpları yaşanabileceği öngörülerek 120 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (N=120). Perine masajı (n=30), perineal sıcak uygulama (n=30), perine masajı+perineal sıcak uygulama (n=30) ve kontrol grubu (n=30) olmak üzere araştırma grupları oluşturulmuştur.

Araştırmanın randomizasyonu için random.org internet sitesi üzerinden grupların dağılımı yapılmış, gebeler müdahale ve kontrol gruplarına dahil edilmiştir (Bkz. Ek-2). Araştırma; perine masajı (n=30), perineal sıcak uygulama (n=30), perine masajı+perineal sıcak uygulama (n=30) ve kontrol grubu (n=30) olmak üzere 120 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırma CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) akış şemasına uygun olarak yürütülmüştür (Bkz. Şekil 1). Normal doğum için başvuran 716 gebenin 574'ü dahil edilme kriterlerini karşılamaması nedeniyle randomizasyona dahil edilmemiş, 142 gebe randomize edilmiştir. Doğum sırasında vakum uygulanan, AFD (Akut fetal distres) görülen, C/S (Sezaryen Doğum) kararı alınan ve araştırmadan çekilmek isteyen gebeler çalışma dışı kalmış ve 120 gebenin verileri analize girmiştir.

Örneklem Seçim Kriterleri

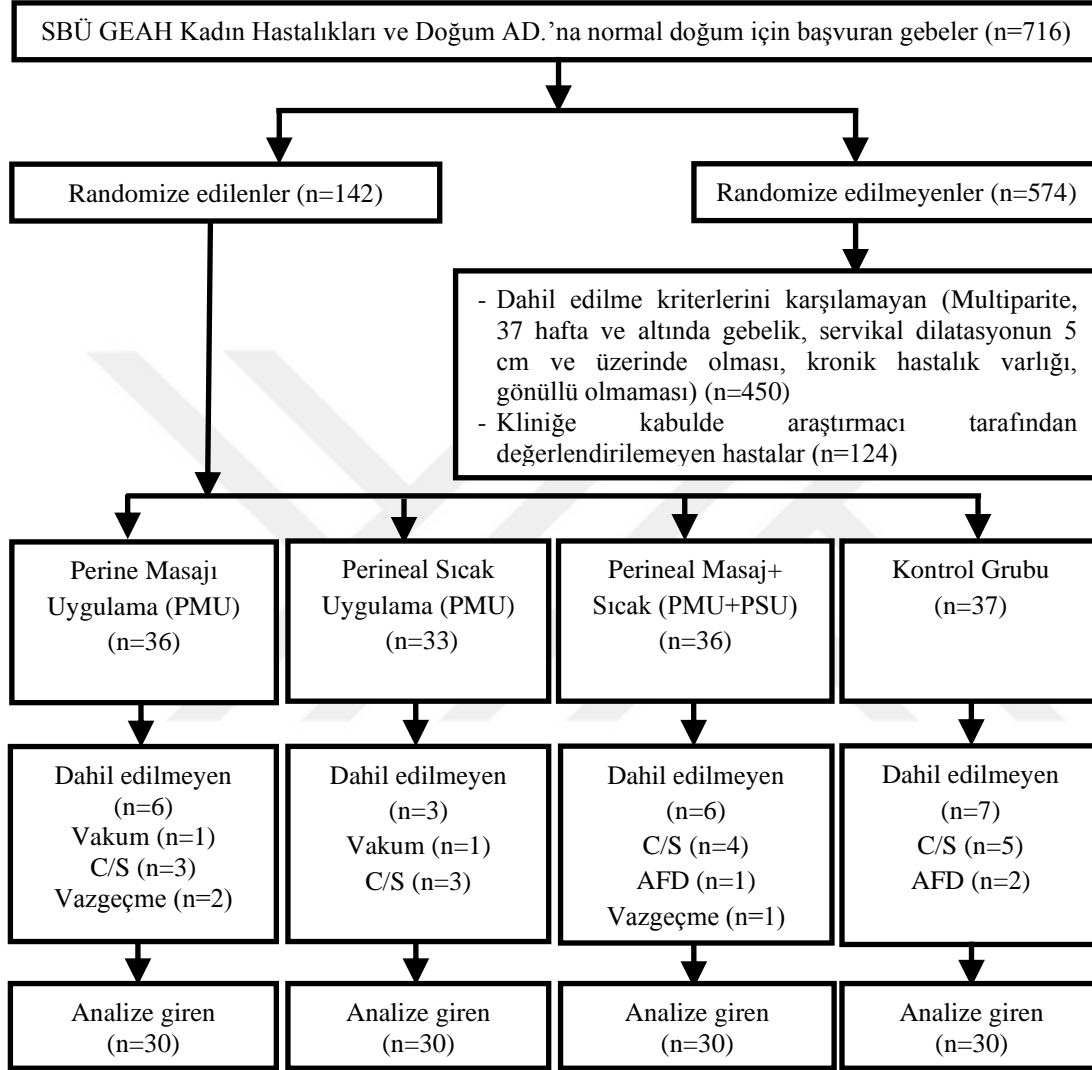
- Primipar,
- 38 ve üzeri gebelik haftasında,
- Tekil gebelik,
- 18-40 yaş aralığında,
- Travaya kabulde servikal dilatasyon 4 cm ve altında,
- Uterin cerrahi işlem geçirmemiş,
- Okur-yazar,
- Gönüllü,
- Kronik ya da hematolojik bir hastalık olmaması,
- Fetüs baş geliş pozisyonunda,
- Fetal anomali şüphesi olmaması,
- Fetal makrozomi olmaması.

Çalışma Dışı Kalma Kriterleri

- Doğum sırasında vakum ya da forseps kullanılması,
- Fetal distres gelişmesi,

- Travay sürecinde sezaryen kararı alınması,
- Katılımcının araştırmadan çekilmek istemesi.

Şekil 1. Araştırma CONSORT Şeması



3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.04.2018 tarih ve 2018/13 karar numaralı etik kurul onay yazısı (Bkz. EK-3) alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi

konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK-4). Araştırmada kullanılan ölçekler için gerekli izinler alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ VE PLANLAMASI

Araştırma takvimi Ekim 2017 – Ocak 2020 tarihlerini kapsamaktadır. Şekil 2’de araştırma takvimi ve planı sunulmuştur.

Şekil 2. Araştırma Takvimi ve Planı

Faaliyetler	Ekim 2017	Ocak 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Eylül 2019	Haziran 2018	Aralık 2018	Eylül 2019	Aralık 2019	Eylül 2019	Ocak 2020	Ocak 2020
Literatür İnceleme												
Tez Öneri												
Tez İzlem-I												
Etik Kurul İzni												
Veri toplama												
Tez İzlem-II												
Tez İzlem-III												
Verilerin Analizi												
Tezin Raporlanması												
Tez sunumu												

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE KULLANILAN FORMLAR

- A. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu (Bkz. EK-5)
- B. Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlem Formu (Bkz. EK-6)
- C. Doğum Konfor Ölçeği (DKÖ)/(CCQ) (Bkz. EK-7)
- D. Yenidoğana İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu (Bkz. EK-8)
- E. Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu (Bkz. EK-9)
- F. Visual (Görsel) Analog Skala (VAS) (Bkz. EK-10)
- G. Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ)/(BSS) (Bkz. EK-11)
- H. Perine Masajı ve Perineal Sıcak Uygulama-Memnuniyet Değerlendirme Formu (Bkz. EK-12)

A. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu (EK-5)

Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler veri toplama formu; araştırmacı tarafından, katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır. Literatür incelemesi yapılarak hazırlanan ve iki bölümden oluşan bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuş, uygunluk için uzman görüşü alınmıştır. Formun birinci bölümünde gebelerin yaş, boy, kilo, eğitim ve sosyal güvence durumu gibi özellikleri içeren 8 soru yer almaktadır. İkinci bölümde gebelik haftası, gebeliğin istenme durumu, gebeliğin oluşma şekli ve gebelikte yaşanan sağlık problemlerine ilişkin 7 soru yer almaktadır. Bu form hasta travay ünitesine kabul edildiğinde uygulanmıştır.

B. Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlem Formu (EK-6)

Doğum eylemi I. ve II. evre izlem formu; gebenin doğum salonuna kabulünden doğum eylemi gerçekteşene kadar yapılan uygulamaların kaydedilmesi amacıyla kullanılmıştır. Bu form literatür incelemesi yapılarak ve uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Birinci bölümde gebenin doğum salonuna kabulünde dilatasyon, silinme, bebeğin beklenen doğum ağrılığı, eylemin birinci evresinde kullanılan ilaçlar, amniyotomi ve mesane kateterizasyonu gibi uygulamaların değerlendirildiği 18 soru yer almaktadır. İkinci bölümde doğum eylemine ilişkin olarak; lokal anestezi uygulama, perineyi koruma, ıkınma biçimi, doğum saati ve ikinci evrenin süresinin değerlendirildiği 8 soru bulunmaktadır. Bu form hastanın travay ünitesine kabulünden, ikinci evrenin bitimine kadar geçen sürede kullanılmıştır.

C. Doğum Konfor Ölçeği (DKÖ)/(CCQ) (EK-7)

Doğum Konfor Ölçeği (DKÖ), doğum sırasında kadınların konfor düzeylerinin belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır. Bu ölçek Kolcaba'nın konfor kuramından esinlenilerek Kerri Durnell Schuiling tarafından geliştirilmiştir. Orjinalinde 14 maddeden oluşan ölçek beşli likert tiptedir ve her bir maddesi 1-5 arasında puanlanmaktadır (1:Kesinlikle katılmıyorum, 2:Çoğunlukla katılmıyorum, 3:Kısmen katılıyorum, 4:Çoğunlukla katılıyorum, 5:Tamamen katılıyorum). Ölçeğin; fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel olmak üzere 4 faktör grubu vardır (46).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Potur ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Araştırma sonucunda; madde toplam puan korelasyon kat sayısı 0.30'nin altında olan 1., 2., 4., 6. ve 14. maddeler ölçekten çıkartılarak analiz yapılmış ve Cronbach alpha değeri 0.75 olarak bulunmuştur. 5., 7. ve 8. maddeler ters kodlanarak ölçeğin son hali oluşturulmuştur. 9 maddenin yer aldığı ölçekten en az 9 en fazla 45 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan artıka konforun arttığı, alınan puan azaldıkça konfor azaldığı belirtilmiştir (44). Bu form tüm müdahalelerin bitiminde (doğum eylemi gerçekleşmeden önce), servikal dilatasyon 10 cm olduğunda uygulanmıştır.

D. Yenidoğan Özellikleri Veri Toplama Formu (EK-8)

Yenidoğan Özellikleri Veri Toplama Formu yenidoğanın boy, kilo ve APGAR değerlendirmesini içeren 7 sorudan oluşmaktadır. Bu form doğum eylemi gerçekleşikten sonra uygulanmıştır.

E. Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu (EK-9)

Perineal travma ve kanama takip/ölçüm formu, doğum ile ilişkili perineal travma ve kanama miktarının belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır. Form araştırmacı tarafından literatür incelemesi yapılarak geliştirilmiş ve uzman görüşü alınmıştır. Doğum eyleminde epizyotomi uygulaması ve şekli, perineal yırtık, laserasyon, perineal travmanın yeri ve derecesi, doğum sonu anormal kanama ve nedenlerinin değerlendirildiği 13 maddeden oluşmaktadır. Perineal travmalar değerlendirilirken; sütür gerektirmeyen travmalar laserasyon olarak değerlendirilmiştir. Sütür gerektiren travmalar; perineal yırtık olarak değerlendirilmiş ve veri toplama formunda kayıt altına alınmıştır. Perineal travmalar; Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği'nin perineal travma derecelendirme kriterlerine göre yapılmıştır. Doğum sonrasında ayrıca epizyotomi onarımı tamamlandıktan sonra mezura ile epizyotomi uzunluğu ölçülmüştür. Kanama ölçümü için; torba ikinci evrede annenin altına yerleştirilmiş ve doğum sonrası ilk 1 saatlik süredeki kanama miktarı değerlendirilmiştir. Araştırmamızda 500 ml'nin üzerindeki kanamalar anormal kanama olarak kabul edilmiştir. Doğumu gerçekleştiren hekim, araştırma ve kapsamı hakkında bilgilendirilmiş; epizyotominin perine değerlendirmesi yapılarak uygulanmasına özen gösterilmiştir. Epizyotomi uygulamasının önüne geçilemeye de kısıtlı

epizyotomi uygulanması sağlanmıştır (Bkz. Şekil 3). Bu form doğum eyleminin gerçekleşmesinden, doğum sonu 1. saate kadar geçen sürede uygulanmıştır.

Kanamama takip torbası:

- Obstetrik ve jinekolojik cerrahi girişimlerde, doğumda, postpartum kanamada kullanılan dereceli ve filtrasyonlu olarak tasarlanmış bir üründür.
- 99x41 cm ebatlarında, V şeklinde, steril paketin içinde ve tek kullanımlık olarak tasarlanmıştır.
- Hasta ile temas eden kısmı yumuşak bez örtüden, diğer kısımları kanın sızmasına engel olan plastikten yapılmıştır.
- 50-5000 ml aralığında sıvı ölçme kapasitesi bulunmaktadır.
- Filtrasyon özelliği sayesinde sıvı olmayan maddelerin tutulmasını sağlamaktadır.
- Doğumun ikinci evresinde, steril biçimde annenin altına yerleştirilmektedir.

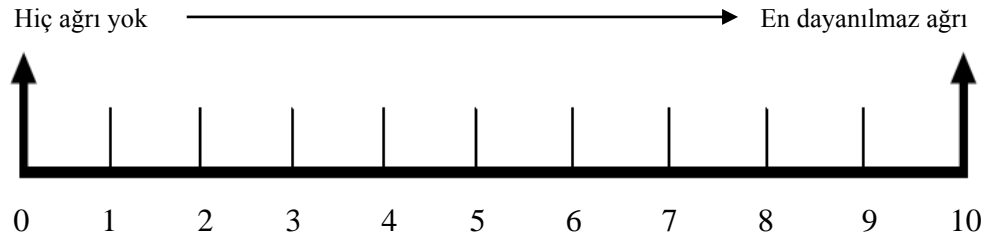
Şekil 3. Kanama Takip Torbası (KTT)



F. Visual (Görsel) Analog Skala (VAS) (EK-10)

Visual (Görsel) Analog Skala (VAS); algılanan ağrıyı ve şiddetini göstermek amacıyla kullanılan tek boyutlu bir ölçüm aracıdır. Bir ucunda “ağrısızlık (0)”, diğer ucunda “olabilecek en şiddetli ağrı (10)”yı gösteren ve kişinin kendi ağrısını kolaylıkla ifade etmesini sağlayan bir skaladır (Bkz. Şekil 4). Kişiden skala üzerinde ağrısının hangi noktada olduğunu işaretlemesi istenmektedir. Ağrının olmadığı yerden kişinin işaretlediği yere kadar olan uzaklık ölçülmekte ve sayısal bir değer olarak kişinin ağrısı belirlenmektedir. Türkiye’de kullanımı için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (160,161). VAS; gebenin doğum salonuna kabulü, tüm müdahalelerin öncesi ve sonrasında (kontraksiyon aralarında), doğum sonrasında (1. saatin sonunda) kullanılmıştır.

Şekil 4. Visual (Görsel)Analog Skala (VAS)



G. Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ)/(BSS) (EK-11)

Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ); kadınların doğum memnuniyetine ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla Hollins Martin ve Fleming tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali 30 madde olup, beşli likert tiptedir (1:Kesinlikle katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle katılıyorum). Bakım kalitesi, kadınların kişisel özellikleri ve doğum sürecinde deneyimlenmiş stres olmak üzere 3 ana temadan oluşmaktadır. Bakım kalitesi; ev değerlendirmesi, doğum ortamı, yeterli destek ve sağlık personeli ile iletişim alt temalarından oluşmaktadır. Kadınların kişisel özellikleri; doğumla baş etme yeteneği, kontrol duygusu, doğum için hazırlanma, bebekle iletişim alt temalarını içermektedir. Doğum sürecinde deneyimlenmiş stres; doğum sürecinde sıkıntı yaşama, doğumda yaralanma, yeterli tıbbi bakım almış olma algısı, tıbbi müdahaleler, ağrı deneyimi, uzamış doğum ve bebeğin sağlığı alt temalarını içermektedir (162).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çetin ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçek iç tutarlılık analizinde Cronbachalpha güvenirlik katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur. 4., 8., 12., 15., 16., 17., 19., 20., 21., 23., 25. ve 29. maddeler ters puanlanmıştır. Ölçekten en az 30, en fazla 150 puan alınabilmektedir. Alınan puan arttıkça memnuniyet düzeyi artmaktadır (45). Bu form doğum sonrası 1. saatte, hasta doğum sonu servise transfer edilmeden önce uygulanmıştır.

H. Perine Masajı ve Perineal Sıcak Uygulama Memnuniyet Değerlendirme Formu (EK-12)

Bu formu; perine masajı ve perineal sıcak uygulama evrelerinin, periyotlarının ve sürelerinin kaydedilmesi, ayrıca uygulamaya ilişkin memnuniyetin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Memnuniyet değerlendirmesinde 0'dan

10'a kadar derecelendirilmiş görsel skala kullanılmıştır. Ayrıca katılımcılara uygulamanın faydalı olup olmadığı, bir daha doğum yaptığında tercih edip etmeyeceği ve başkalarına önerip önermeyeceği sorulmuştur. Araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve uzman onayı alınmıştır. Bu form doğum sonrası 1. saatte, hasta doğum sonu servise transfer edilmeden önce uygulanmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce SBÜ GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. doğum salonunda 12 gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Perine masajı ve perineal sıcak uygulama yapılmış, araştırmada kullanılan veri toplama formları uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda uygulama basamakları ve kullanılan formlar değerlendirilmiş, gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulamada yer alan gebeler, araştırma örneğine dahil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için kontrol grubuna hiçbir müdahale yapılmadan, klinik rutinleri uygulanmış, standart hemşirelik/ebelik bakımı verilmiş ve ilgili formlar doldurulmuştur. Müdahale grupları perine masajı grubu, perineal sıcak uygulama grubu, perine masajı+perineal sıcak uygulama grubu olmak üzere 3 gruba ayrılmış ve ilgili formlar doldurulmuştur. Tüm gruplarda eylemin ikinci evresinde, annenin kalçasının altına "kanama takip torbası" yerleştirilmiş ve doğum sonrası 1. saatin sonundaki kanama miktarları ölçülmüştür. Ayrıca sütür uygulaması tamamlandıktan sonra epizyotomi ölçümü yapılmıştır. Müdahale gruplarındaki masaj ve sıcak uygulama girişimlerinin tamamı araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Kontrol grubu ve müdahale gruplarının uygulamaları aşağıda özetlenmiştir.

3.7.2.1. Kontrol Grubunda Araştırmanın Uygulanması

Kontrol grubundaki gebelerin yatış prosedürleri tamamlandıktan sonra bilgilendirme yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK-3). Bu gebelere rutin hastane uygulamaları dışında hiçbir müdahale yapılmamıştır. İlk kabul edildiklerinde; "Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu" uygulanmıştır. Ayrıca; ilk kabul sırasında, servikal dilatasyon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-

10 cm olduğunda ve doğum sonrası 1. saatte olmak üzere toplam 5 defa “Visual Analog Skala (VAS)” uygulanmıştır. Servikal dilatasyon 8-10 cm olduğunda “Doğum Konfor Ölçeği (DKÖ)” uygulanmıştır. Eylemin başından sonuna kadar geçen sürede yapılan uygulamalar “Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlemFormu”na kaydedilmiştir. Doğum gerçekleştikten sonra “Yenidoğan Özellikleri Veri Toplama Formu” uygulanmıştır. Doğum sonrası 1. saatte “Kanama Takip Torbası (KTT)”nın ölçümü, süturlar atıldıktan sonra epizyotomi ölçümü yapılmıştır. “Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu” doldurulmuştur. Son olarak “Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ)” uygulanmıştır (Bkz. Şekil 5).

3.7.2.2. Müdahale Grubunda Araştırmanın Uygulanması

- **Perine Masajı Uygulama (PMU):** Bu gruba; “Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu” ve “VAS” uygulanmıştır. Servikal açıklık 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda, 10 dakika süreyle toplamda 3 kez perine masajı yapılmıştır. Her uygulamanın öncesinde ve sonrasında tekrar “GKÖ” uygulanmıştır. Üçüncü perine masajı tamamlandıktan sonra “DKÖ” uygulanmıştır. Eylem süresince “Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlemFormu”na yapılan uygulamalar kaydedilmiştir. Doğum sonrası “Yenidoğan Özellikleri Veri Toplama Formu” uygulanmıştır. Birinci saatin sonunda KTT ve epizyotomi ölçümleri yapılarak “Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu” doldurulmuştur. Ayrıca doğum sonrasında “Perine Masajı Memnuniyet Değerlendirme Formu” ve “DMÖ” uygulanmıştır (Bkz Şekil 5).

Perineal masaj uygulama basamakları aşağıdaki gibidir:

- Perineal masaja başlamadan önce mesane ve rektumun boşaltılması sağlanmıştır.
- Eller dikkatlice yıkanmış ve tırnakların kısa olmasına özen gösterilmiştir.
- Mahremiyete özen gösterilerek, kadına rahat edeceği konforlu bir ortam sağlanmıştır.
- Kadına masajın rahatlıkla uygulanabileceği, bacakların açık ve dizlerin bükülmüş olduğu bir pozisyon verilmiştir.
- Masaj uygulamasını kolaylaştırmak amacıyla yağ veya jel ile parmaklar ve perineal doku kayganlaştırılması sağlanmıştır.

- İki parmak, vajenden 3-4 cm kadar içerdeyken yan duvarlardan başlanarak rektuma doğru “U” şeklinde ritmik hareketler ile bası yapılarak, masaj uygulaması yapılmıştır.
- Vajen ve rektumda karıncalanma ve yanma hissi oluşana kadar, yaklaşık 1 dakika basınç uygulanmış ve esnetmeye devam edilmiştir.
- Masaj sırasında kadına yavaş ve derin nefes alıp vermesi, pelvik kaslarını gevşetmesi söylenmiştir (22,131-135,163).

• **Perineal Sıcak Uygulama (PSU):** Bu gruba; “Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu” ve “VAS” ilk kabul sırasında uygulanmıştır. Servikal açıklık 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cmcm olduğunda, 30 dakika süreyle toplamda 3 kez perineal sıcak uygulama yapılmıştır. Her uygulamanın öncesinde ve sonrasında “VAS” uygulanmıştır. Üçüncü sıcak uygulama tamamlandıktan sonra “DKÖ” uygulanmıştır. Eylem süresince “Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlem Formu” uygulanmıştır. Doğum sonrasında “Yenidoğan Özellikleri Veri Toplama Formu” doldurulmuştur. Ayrıca doğum sonu 1. Saatte “KTT”nin ve epizyotomi uzunluğunun ölçümü yapılarak, “Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu”na kaydedilmiştir. “Perineal Sıcak Uygulama Memnuniyet Değerlendirme Formu” ve “DMÖ” uygulanmış, (Bkz Şekil 5).

Perineal sıcak uygulama sırasında kullanılacak malzemeler:

- Temiz su küveti
- Sıcak su (37-40^C)
- 25x25 boyutlarında gaz kompresler (Steril)
- Termometre

Perineal sıcak uygulama basamakları aşağıdaki gibidir:

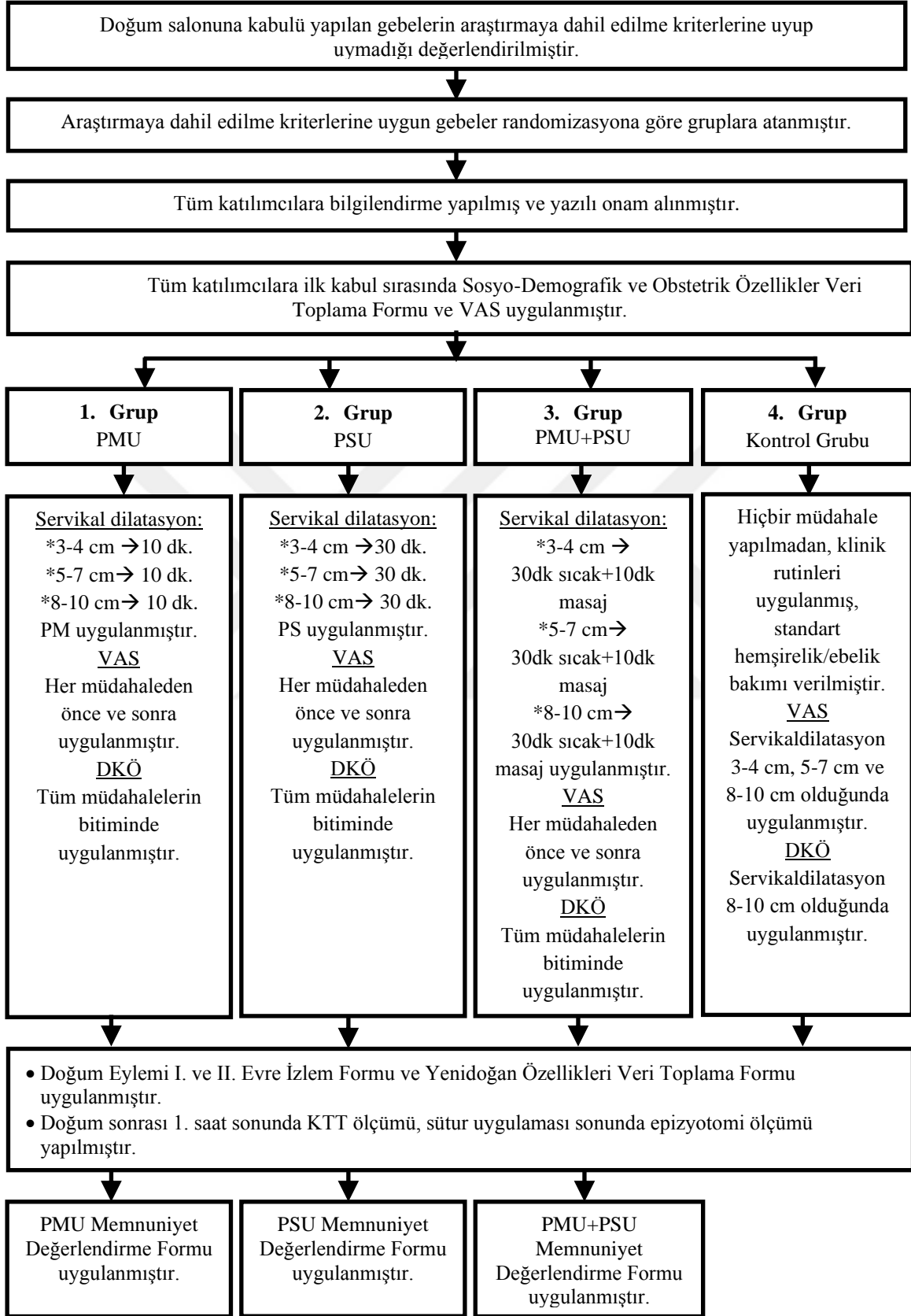
- Uygulamaya başlamadan önce mesane boşaltılmış ve hastanın altına hasta bezi yerleştirilmiştir.
- Mahremiyete özen gösterilerek, rahat ve konforlu bir ortam sağlanmıştır.
- Eller dikkatlice yıkanmış ve eldiven giyilmiştir.
- Küvete yeterli miktarda sıcak doldurularak, termometre ile ısı ölçümü yapılmıştır.
- Sıcaklık 40^C olduğunda steril kompresler suyun içine atılmıştır

- Kompreslerin fazla suyu sıkıldıktan sonra üst bacağıın iç yüzünde sıcaklık kontrolü yapılmıştır.
- Anne için bu sıcaklık uygunsa, kompres perineyi öretecek şekilde perine üzerine yerleştirilmiştir.
- Kompreslerin sıcaklığı ve temizliği kontrol edilmiştir, soğudukça ve kirlendikçe değiştirilmiştir (Ortalama 8 dakikalık aralıklarla değiştirilmiştir).
- Uygulamaya ara verilmeden devam edilmiş, 30 dakikayı geçmemesine özen gösterilmiştir (33,139,143).

- **Perine Masajı+Perineal Sıcak Uygulama (PMU+PSU):** Bu gruba; “Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Veri Toplama Formu” ve “VAS” ilk kabul sırasında uygulanmıştır. Servikal açıklık 3-4cm olduğunda ilk olarak 30 dakika sıcak uygulama, sonrasında 10 dakika perine masajı yapılmıştır. Bu uygulama döngüsü 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda tekrarlanmıştır. Her döngünün öncesinde ve sonrasında “VAS” uygulanmıştır. Üçüncü masaj+sıcak uygulama döngüsü tamamlandığında “DKÖ” uygulanmıştır. Eylem süresince “Doğum Eylemi I. ve II. Evre İzlem Formu” uygulanmıştır. Doğum sonrasında “Yenidoğan Özellikleri Veri Toplama Formu” uygulanmış, KTT ve epizyotomi uzunluk ölçümü yapılarak “Perineal Travma ve Kanama Takip/Ölçüm Formu” doldurulmuştur. Son olarak “DMÖ” ve “Perine Masajı+Perineal Sıcak Uygulama Memnuniyet Değerlendirme Formu” uygulanmıştır (Bkz Şekil 5). Perineal masaj ve sıcak uygulama tekniklerinin her ikisinde bu grupta birlikte uygulanmıştır.

Araştırmanın uygulama aşamaları Şekil 5’te verilmiştir.

Şekil 5. Araştırmanın Akış Şeması



3.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler “IBM SPSS Statistics 23” paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Önemli derecede anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Ölçümle belirlenen değişkenler; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum şeklinde ifade edilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Doğum Konfor Ölçeği ve Doğum Memnuniyet Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin toplamı alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için tüm puanlara ve ölçümlere Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Test sonucunda normallik varsayımını sağlayan değişkenlerin karşılaştırmalarında parametrik testler, normallik varsayımını sağlamayan değişkenlerin karşılaştırmalarında ise nonparametrik testler kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grup arasında ortalamalara göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır. İki den fazla bağımsız grup arasında düzeylere göre farklılık olup olmadığı Kruskal Wallis Testi, iki bağımlı grup arasında farklılık olup olmadığı Wilcoxon testi, iki den fazla bağımlı grup arasında farklılık olup olmadığı ise Friedman Testi ile incelenmiştir. Bağımsız iki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığı Ki-Kare Testi ile incelenmiş olup Ki-Kare beklenen değer varsayımı sağlanamadığı durumlarda ise $n \times m$ tablolarda Freeman-Halton Fisher’s Kesin (Exact) Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

- Etik kurul izin sürecinin uzun olması,
- Primiparlara sıklıkla rutin epizyotomi uygulanması.
- Travay izleminde ve doğumdagörev alan hekimlerin çok sık değişmesi ve uygulama tercihlerinin farklı olması.

- Perineal ağrının değerlendirilmesinde alana özgü ölçek olmadığından VAS skorlaması kullanılması.
- Perineal travmanın değerlendirilmesinde alana özgü ölçek olmadığından araştırmacı tarafından oluşturulan değerlendirme formunun kullanılması.
- Araştırmacının, uygulama sürecinde çalışmayı tek başına sürdürmesi sebebiyle klinikte olmadığı durumlarda vaka kaybı yaşanması ve buna bağlı olarak araştırma süresinin uzaması.
- Araştırmanın tek merkezde yürütülmesinden dolayı farklı gruplar için genellenememesi.



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 10 başlık altında ele alınmıştır.

- Tablo 4.1.** Kontrol ve Müdahale Gruplarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 4.2.** Kontrol ve Müdahale Gruplarının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 4.3.** Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Görülme Durumunun Dağılımı
- Tablo 4.4.** Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Şeklinin ve Derecesinin Dağılımı
- Tablo 4.5.** Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Görülme Alanlarının Dağılımı
- Tablo 4.6.** Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Sonu Kanama Miktarı ve Epizyotomi Uzunluğunun Dağılımı
- Tablo 4.7.** Kontrol ve Müdahale Gruplarında VAS Skorlarının Dağılımı
- Tablo 4.8.** Kontrol ve Müdahale Gruplarının Doğum Konfor Ölçeği ve Doğum Memnuniyet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 4.9.** Gebelerin Perineal Masaj Uygulaması ve Perineal Sıcak Uygulamaya İlişkin Görüşleri
- Tablo 4.10.** Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evrelerinin Sürelerinin Dağılımı

Tablo 4.1. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı

Bazı Sosyo-demografik Özellikler	PMU (n=30)		PSU (n=30)		PMU+ PSU (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)		İstatistiksel Analiz	
	Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		F	p
Yaş	26,43±3,901		25,43±4,023		25,43±4,023		24,57±3,812		25,47±3,947		1,125	0,342
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Eğitim Durumu												
İlk/Ortaöğretim	4	13,3	2	6,7	6	20,0	4	13,3	16	13,3		
Lise	9	30,0	13	43,3	8	26,7	11	36,7	41	34,2	7,730*	0,566
Ön Lisans	3	10,0	4	13,3	8	26,7	4	13,3	19	15,8		
Lisans	14	46,7	11	36,7	8	26,7	11	36,7	44	36,7		
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	9	30,0	9	30,0	6	20,0	5	16,7	29	24,2	2,319	0,566
Çalışmıyor	21	70,0	21	70,0	24	80,0	25	83,3	91	75,8		
Yaşanılan Yer												
İl	28	93,3	29	96,7	30	100,0	29	96,7	116	96,7	2,062*	0,901
İlçe	2	6,7	1	3,3	0	0,0	1	3,3	4	3,3		
Beden Kitle İndeksi												
Zayıf	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	0,8		
Normal	9	30,0	15	50,0	2	6,7	4	13,3	19	15,8	10,859*	0,232
Fazla Kilolu	12	40,0	11	36,7	19	63,3	19	63,3	65	54,2		
Obez	9	30,0	30	100,0	8	26,7	7	23,3	35	29,2		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA),

 χ^2 =Ki-Kare Testi,

*Fisher'sExact Test

Tablo 4.1'de müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması 25,4 olarak belirlenmiştir. Gebelerin %36,7'si lisans düzeyinde, %34,2'si lise düzeyinde eğitim aldığını, %75,8'i çalışmadığını, %96,7'si ilde yaşadığını ifade etmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte gebelerin tamamının sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %54,2'sinin fazla kilolu, %29,2'sinin obez olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş, eğitim ve çalışma durumları, yaşanılan yer, sosyal güvence varlığı ve gebelikteki beden kitle indeksi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Obstetrik Özelliklerin Dağılımı

Bazı Obstetrik Özellikler	PMU (n=30)		PSU (n=30)		PMU+ PSU (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Gebelik Haftası												
40 haftanın altı	14	46,7	21	70,0	12	40,0	17	56,7	64	53,3	6,161	0,104
40 hafta ve üzeri	16	53,3	9	30,0	18	60,0	13	43,3	56	46,7		
Düşük/kürtaj												
Evet	5	16,7	1	3,3	3	10,0	4	13,3	13	10,8	3,112**	0,465
Hayır	25	83,3	29	96,7	27	90,0	26	86,7	107	89,2		
Gebelikte Alınan Kilo												
8 kilo ve altı	3	10,0	1	3,3	3	10,0	3	10,0	10	8,3	6,355**	0,380
9-12	14	46,7	8	26,7	9	30,0	7	23,3	38	31,7		
13 kilo ve üzeri	13	43,3	21	70,0	18	60,0	20	66,7	72	60,0		
Gebeliğin İstenme Durumu												
İsteyerek	27	90,0	29	96,7	30	100,0	30	100,0	116	96,7	4,397**	0,191
İstemeyerek	3	10,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	4	3,3		

*p<0,05, χ^2 =Ki-Kare Testi,

**Fisher's Exact Test,

Tablo 4.2'de kontrol ve müdahale gruplarının bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmada yer alan gebelerin %53,3'ünün 40 hafta ve altında olduğu, %10,3'ünün düşük/kürtaj öyküsü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %60'ının gebelik sürecinde 13 ve üzerinde kilo aldığı, %96,7'sinin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında gebelik haftası, düşük/kürtaj, gebelikte kilo alımı ve gebeliği isteme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4.3. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Görülme Durumunun Dağılımı

	PMU (n=30)		PSU (n=30)		PMU+ PSU (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Perineal Travma												
Evet	2 _b	6,7	1 _b	3,3	3 _b	10,0	18 _a	60,0	24	20,0	40,417	<0,001*
Hayır	28 _b	93,3	29 _b	96,7	27 _b	90,0	12 _b	40,0	96	80,0		

*p<0,001, χ^2 =Ki-Kare Testi, a-b=İki grup arasında farklılık var, a-a/b-b=İki grup arasında farklılık yok.

Tablo 4.3'te gebelere yapılan perineal masajın ve perineal sıcak uygulamanın, perine travmasına olan etkisinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. PMU grubunda perineal travma görülme oranı %6,7, PSU grubunda %3,3, PMU+PSU grubunda %10 ve kontrol grubunda %60 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda perineal travma yaşayanların oranı müdahale gruplarındaki travma oranından anlamlı derecede daha fazladır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 4.4. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Şeklinin ve Derecesinin Dağılımı

	PMU (n=30)		PSU (n=30)		PMU+PSU (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Perineal Travma Şekli												
Laserasyon	1	50,0	1	100,0	1	33,3	4	22,2	7	29,2	4,207 ^e	0,889
Perineal yırtık	1	50,0	0	0,0	1	33,3	8	44,4	10	41,7		
Hematom	0	0,0	0	0,0	1	33,3	6	33,3	7	29,2		
Perineal Travma Derecesi												
Perineal yırtık yok	29 _{a,b}	96,7	30 _b	100,0	29 _{a,b}	96,7	22 _a	73,3	110	91,7	13,386 ^e	0,001[*]
1.derece	1 _{a,b}	3,3	0 _b	0,0	1 _{a,b}	3,3	8 _a	26,7	10	8,3		

* $p<0,001$, χ^2 =Ki-Kare Testi, ^e χ^2 =Fisher's Exact Test,
a-b=İki grup arasında farklılık var, a-a/b-b=İki grup arasında farklılık yok.

Tablo 4.4'te perineal travma görülme oranları; travma şekli ve derecesinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Perineal travmaların şekline bakıldığında; PMU grubunda laserasyon ve perine yırtık oranları %50 olarak bulunmuştur. PSU grubunda yer alanların hiç birinde perineal yırtık ve hematoma gelişmediği, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). PMU ve PSU gruplarında perineal alanda hematoma görülmediği, kontrol ve PMU+PSU gruplarında %33,3 oranında görüldüğü belirlenmiştir. Perineal travma şekli açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Perineal alanda birinci derece travma gelişme durumlarına bakıldığında; PSU grubunda birinci derece travma görülmediği saptanmıştır. PMU ve PMU+PSU gruplarında %3,3, kontrol grubunda ise %26,7 oranında birinci derece travma görülmüştür. PSU grubunda perineal yırtık görülmeyenlerin oranı, kontrol grubunda perineal yırtık görülmeyenlerin oranından daha yüksek bulunmuştur. Birinci derece

travma görülme durumu açısından gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca tabloda yer almamakla birlikte kontrol ve müdahale gruplarının hiç birinde ikinci, üçüncü ve dördüncü derece perine travması gelişmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Perineal Travma Görülme Alanlarının Dağılımı

	PMU (n=30)		PSU (n=30)		PMU+PSU (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=120)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Perineal Travmanın Yeri												
Labia												
Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	2	8,3	1,878	1,000
Hayır	2	100,0	1	100,0	3	100,0	16	88,9	22	91,7		
Periüretal Alan												
Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	1	4,2	3,219	1,000
Hayır	2	100,0	1	3,3	3	100,0	16	94,4	23	95,8		
Vajen												
Evet	1	50,0	1	100,0	2	66,7	16	88,9	20	83,3	3,802	0,328
Hayır	1	50,0	0	0,0	1	33,3	2	11,1	4	16,7		
Serviks												
Evet	1	50,0	0	0,0	1	33,3	1	5,6	3	12,5	5,483	0,143
Hayır	1	50,0	1	100,0	2	66,7	17	94,4	21	87,5		

χ^2 =Ki-Kare Testi, $^{\circ}\chi^2$ =Fisher's Exact Test,

Tablo 4.5'te kontrol ve müdahale gruplarında perineal travma görülme alanlarının çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmadan elde ettiğimiz verilere göre müdahale gruplarının hiç birinde labia ve periüretal alanda travma gelişmediği belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise labiada travma görülme oranı %11,1 iken, periüretal alanda %5,6'dır. Vajende travma; kontrol grubunda %88,9, PMU grubunda %50, PSU %100 ve PMU+PSU grubunda %66,7 olarak bulunmuştur. Ayrıca PSU grubunda servikal travma görülmediği belirlenmiştir. Gruplar arasında perineal travma alanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Sonu Kanama Miktarı ve Epizyotomi Uzunluğunun Dağılımı

	Doğum Sonu Kanama Miktarı (ml)	Epizyotomi Uzunluğu (cm)
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)
PMU (n=30)	221,66 (±85,78)	3,10 (±0,96)
PSU (n=30)	213,33 (±109,01)	2,63 (±0,94)
PMU+ PSU (n=30)	240,00 (±103,72)	2,98 (±0,88)
Kontrol (n=30)	410,83 (±211,48)	4,13 (±0,88)
χ^2; p	25,158; <0,001*	36,434; <0,001*
Fark	4-1,2,3	4-1,2,3

*p<0,001, χ^2 =Kruskal Wallis Testi, 1=PMU, 2=PSU, 3=PMU+PSU, 4=Kontrol Grubu

Tablo 4.6’da kontrol ve müdahale gruplarında doğum sonu kanama miktarı ve epizyotomi uzunluğunun dağılımı yer almaktadır. PMU grubunda kanama miktarı 221,66 (±85,78), PSU grubunda 213,33 (±109,01) ve PMU+PSU grubunda 240,00 (±103,72) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 410,83 (±211,48) olarak ölçülmüştür. Elde edilen bulgulara göre kontrol grubunda doğum sonu kanama miktarı; PMU, PSU ve PMU+PSU gruplarındaki kanama miktarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Doğum sonu kanama miktarı açısından gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Epizyotomi uzunluklarının dağılımına PMU grubunda epizyotomi uzunluğu 3,10 (±0,96), PSU grubunda 2,63 (±0,94) ve PMU+PSU grubunda 2,98 (±0,88) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 4,13 (±0,88) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki epizyotomi uzunluklarının; PMU, PSU ve PMU+PSU gruplarındaki epizyotomi uzunluklarından anlamlı ölçüde daha fazla olduğu görülmüştür. Epizyotomi uzunlukları açısından gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.7. Kontrol ve Müdahale Gruplarında VAS Skorlarının Dağılımı

	Müdahale 1 (Dilatasyon 3-4 cm)			Müdahale 2 (Dilatasyon 5-7 cm)			Müdahale 3 (Dilatasyon 8-10 cm)		
	Öncesi Ort±S.S	Sonrası Ort±S.S	İst. Analiz	Öncesi Ort±S.S	Sonrası Ort±S.S	İst. Analiz	Öncesi Ort±S.S	Sonrası Ort±S.S	İst. Analiz
PMU (n=30)	4,17±1,53	4,40±1,90	t= -1,126 p=0,269	7,00±1,48	6,93±1,89	t=-0,226 p= 0,823	9,03±0,96	9,00±0,98	t=-1,000 p=0,326
PSU (n=30)	4,40±1,86	4,27±1,83	t= - 2,112 p=0,043*	6,70±1,57	6,37 ±1,65	t=3,808 p=0,001***	8,80±1,03	8,50±1,16	t=-3,071 p=0,005***
PMU+PSU (n=30)	3,33±1,02	3,43±1,10	t=-0,722 p=0,476	6,33±0,95	6,13±1,25	t=1,439 p=1,161	8,97±0,99	8,93±1,04	t=0,571 p=0,573
Kontrol (n=30)	-	4,37 ±2,26	-	-	7,70±1,80	-	-	9,73±0,82	-
İstatistiksel Analiz (χ^2; p)	F=4,103 p=0,20	F=1,893 p= 0,135		F=1,785 p=0,174	F=5,246 p=0,002*		F=0,435 p=0,649	F=7,640 p=<0,001*	
Gruplar Arası Farklılık	-	-		-	4-2,3		-	4-2,3	

*p<0,05, ***p<0,01

1=PMU 2=PSU 3=PMU+PSU 4=Kontrol Grubu

t=Paired-Samples T Testi F: One Way ANOVA

Tablo 4.7’de kontrol ve müdahale gruplarında VAS skorlarının dağılımı yer almaktadır. Tüm gruplarda; servikal dilatsayon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda perineal ağrı skorları değerlendirilmiştir. Ayrıca PMU, PSU ve PMU+PSU gruplarında müdahale öncesi ve sonrası VAS skorları karşılaştırılmıştır.

Tüm gruplarda servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda perineal ağrı skorları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Servikal dilatasyon 5-7 cm olduğunda yapılan değerlendirmede; kontrol grubunun VAS skorları, PSU ve PMU+PSU grubun VAS skorlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca servikaldilatasyon 8-10 cm olduğunda VAS skorları, kontrol grubunda, PSU ve PMU+PSU grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale gruplarında VAS skorları değerlendirildiğinde; PMU ve PMU+PSU gruplarında müdahale ile ilişkili anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. PSU grubunda ise; 1., 2. ve 3. müdahale öncesi-sonrası VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tüm müdahalelerden sonra perineal ağrının azaldığı görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Konfor Ölçeği ve Doğum Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	PMU (n=30)	PSU (n=30)	PMU+PSU (n=30)	Kontrol (n=30)	F; p	Fark
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Doğum Konforu	31,30±6,444	36,47±5,818	35,33±4,302	30,20±4,999	9,345; 0,000**	1,4-2,3
Doğum Konfor Ölçeği Alt Boyutları						
Fiziksel	14,80±3,056	15,57±2,979	15,50±2,286	13,13±2,488	5,192; 0,002*	4-2,3
Psikospriüel	5,00±2,101	7,57±2,300	6,73±1,893	5,80±2,565	7,511; <0,001**	1,4-2,3
Çevresel	11,50±2,515	13,33±1,539	13,10±1,296	11,27±2,180	9,031; <0,001**	1,4-2,3
Doğum Memnuniyet Ölçeği	122,17±10,369	128,77±11,863	124,53±11,646	112,83±12,551	10,065; <0,001**	4-1,2,3

p=Anlamlılık Düzeyi, *p<0,01 **p<0,001, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

1=PMU 2=PSU 3=PMU+PSU 4=Kontrol

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark=Tukey Testi

Tablo 4.8’de kontrol ve müdahale gruplarının DKÖ, DKÖ alt boyutlarından ve DMÖ’nden aldıkları puan ortalamalarının çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgulara göre; PSU grubunda DKÖ toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu ($36,47 \pm 5,818$), kontrol grubunda en düşük olduğu ($30,20 \pm 4,999$) belirlenmiştir. Kontrol ve PMU gruplarının DKÖ puan ortalamaları, PSU ve PMU+PSU puan ortalamalarından anlamlı derecede düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

DKÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunun fiziksel alt boyutundan en düşük puanı aldığı ($13,13 \pm 2,488$), PSU grubunun en yüksek puanı aldığı ($15,57 \pm 2,979$) belirlenmiştir. Kontrol grubu DKÖ fiziksel alt boyut puan ortalamaları, PSU ve PMU+PSU gruplarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. DKÖ fiziksel alt boyutu açısından bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p < 0,05$).

DKÖ psikospiritüel ve çevresel alt boyutların puan ortalamaları değerlendirildiğinde en düşük puanların kontrol grubunda olduğu, en yüksek PSU grubunda olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve PMU gruplarında psikospiritüel ve çevresel alt boyut puan ortalamalarının, PSU ve PMU+PSU gruplarının puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. DKÖ psikospiritüel ve çevresel alt boyutları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p < 0,05$).

DMÖ puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanı alan grubun PSU ($128,77 \pm 11,863$), en düşük puanı alan grubun kontrol grubu ($112,83 \pm 12,551$) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu DMÖ puan ortalamasının, müdahale gruplarının puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.9. Gebelerin Perineal Masaj Uygulaması ve Perineal Sıcak Uygulamaya İlişkin Görüşleri

	PM (n=30)		PSU (n=30)		PMU+PSU (n=30)		Toplam (n=120)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perine masajı faydalı mı?								
Evet	30	100,0	-	-	29	96,7	59	98,3
Hayır	0	0,0	-	-	1	3,3	1	1,7
Sonraki doğumda perine masajı yaptırmak ister misiniz?								
Evet	30	100,0	-	-	29	96,7	59	98,3
Hayır	0	0,0	-	-	1	3,3	1	1,7
Doğum yapacaklara bu masajı tavsiye eder misiniz?								
Evet	30	100,0	-	-	29	96,7	59	98,3
Hayır	0	0,0	-	-	1	3,3	1	1,7
Sıcak uygulama faydalı mı?								
Evet	-	-	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Hayır	-	-	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sonraki doğumda sıcak uygulama yaptırmak ister misiniz?								
Evet	-	-	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Hayır	-	-	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Doğum yapacaklara bu uygulamayı tavsiye eder misiniz?								
Evet	-	-	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Hayır	-	-	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 4.9’da gebelerin perineal masaj ve sıcak uygulamaya ilişkin görüşlerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. PMU grubunda ve PSU grubunda yer alan gebelerin tamamı yapılan müdahalenin kendilerine faydalı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca PMU ve PSU gruplarında yer alan katılımcıların tümü sonraki doğumda tekrar bu uygulamayı yaptırmak istediklerini belirtmişlerdir. Gebelere; doğum yapacak olanlara bu uygulamayı tavsiye edip etmeyecekleri sorulduğunda tamamı tavsiye edeceğini ifade etmiştir.

Her iki müdahalenin uygulandığı PMU+PSU grubunda gebelerin %96,7’si perineal masaj uygulamasını faydalı bulduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca %96,7’si perine masajını sonraki doğumda yaptırmak istediğini ve bu uygulamayı doğum yapacak olanlara tavsiye edeceğini ifade etmiştir. PMU+PSU grubunda yer alan gebelerin tamamı perineal sıcak uygulamayı faydalı bulduğunu, sonraki doğumunda sıcak uygulama yaptırmak istediğini ve bu uygulamayı tavsiye edeceğini belirtmiştir.

Tabloda verilmemekle birlikte gebelerin PMU grubundaki gebelerin %30'u perineal masaj uygulamasının doğumu kolaylaştırdığını, %23,3'ü doğum süresini kısalttığını ifade etmiştir. PSU grubundaki gebelerin %43,3'ü sıcak uygulamanın perine ağrısını azalttığını, %20'si doğum süresini kısalttığını belirtmişlerdir. PMU+PSU grubunda yer alan gebelerin %46,6'sı sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığını, %30'u perineal masajın doğum süresini kısalttığını ifade etmiştir.

Tablo 4.10. Kontrol ve Müdahale Gruplarında Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evrelerinin Sürelerinin Dağılımı

	Birinci Evrenin Süresi (Saat)	İkinci Evrenin Süresi (Saat)
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)
PMU(n=30)	11:00 (4:15-24:00)	1:00 (0:20-2:35)
PSU(n=30)	9:15 (5:00-22:00)	0:57 (0:20-2:10)
PMU+ PSU(n=30)	10:10 (0:25-20:00)	1:00 (0:20-1:55)
Kontrol(n=30)	9:00 (4:00-30:00)	1:07 (0:15-4:30)
χ^2 ; p	2,024; 0,568	4,830; 0,185

χ^2 =Kruskal Wallis Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.10'da kontrol ve müdahale gruplarında doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin sürelerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgulara göre birinci evre süresinin en kısa olduğu grup kontrol grubu (9:00), en uzun olduğu ise PMU (11:00) grubudur. İkinci evre süresinin en kısa olduğu grup ise PSU (0:57), en uzun olduğu grup kontrol grubu (1:07) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Perine travması, doğum eyleminde oluşan yırtık, laserasyon ya da epizyotomi uygulanması sonucunda ortaya çıkan hasardır (5,6). Doğumda yaşanan perine travması ve rutin epizyotomi uygulaması, kadının hayatını kısa ve uzun vadede etkileyen pekçok komplikasyona yol açabilmekte ve özellikle primiparların rutin epizyotomi ile ilişkili birçok sorun yaşamasına neden olabilmektedir (11,32,71). Aynı zamanda perine travması ve epizyotomiye bağlı olarak kanama ve ağrı gibi sorunlar yaşanabilmekte, bunlarla ilişkili olarak doğum konforunda ve memnuniyetinde azalma olabilmektedir (26,27,40,41,44-46). Bu nedenle perineye esneklik kazandırarak; epizyotomi ve perineal travma oranlarını azaltmayı sağlayan perine masajı ve perineye sıcak uygulamanın, doğumun birinci ve ikinci evrelerinde yapılması önerilmektedir (11,29,31-33).

Bu araştırma ile doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın; perineal travma ve ağrıyı azaltmadaki etkinliği araştırılmıştır. Ayrıca perine masajı ve perineal sıcak uygulamanın doğum konforu ve memnuniyetinin artırılmasındaki etkinliği değerlendirilmiştir. Bunların yanı sıra doğum sonu kanama miktarı, epizyotomi uzunluğu, birinci ve ikinci evrenin süresi gibi bulgularda incelenmiştir. Bu bölümde; doğum eyleminde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın etkinliğine ilişkin bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

Müdahale ve kontrol gruplarının sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında sosyodemografik özellikler (yaş, eğitim durumu, yaşadınılan yer, beden kitle indeksi) ve obstetrik özellikler (düşük/kürtaj, gebelik haftası, gebelikte alınan kilo, gebeliğin istenme durumu) açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde intrapartum dönemde yapılan perine masajının olumlu etkilerine yönelik sonuçlar yer almaktadır. Özellikle son yıllarda yapılan araştırma sonuçları; perineal masajın, perine hasarını ve yırtıkların şiddetini azaltmada etkili olduğu yönündedir (10,30,43,115). Çalışmamızda; perine masajı ve perineal sıcak uygulamanın, perine travmasına olan etkisi değerlendirilmiştir (Tablo 4.3). PMU grubunda perineal travma görülme oranı %6,7, PSU grubunda %3,3, PMU+PSU grubunda %10 ve kontrol grubunda %60 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda

perineal travma yaşayanların oranı müdahale gruplarındaki travma oranından anlamlı derecede daha fazladır. Perine travması gelişmesi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Ki Kare Test=40,417, $p<0,001$).

Dame ve Safranek'in antenatal perineal masajı yaptığı araştırmada; masaj grubunda, perineal travma oranının %10, epizyotomi insidansının %15 azaldığı belirlenmiştir (130). Araújo ve Oliveira'nın likit petrolium jel ile perine masajı yaptığı çalışmada müdahale grubunda perineal travmanın %63,2, kontrol grubunda %60,5 oranında görüldüğü belirtilmiştir (126). Geranmayeh ve ark.'nın vazelin ile perine masajı uyguladığı çalışmada müdahale grubunda perineal travma %73,3, kontrol grubunda %96 bulunmuş; sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (38). Mohamed ve ark.'nın perineal masaj ve sıcak uygulamayı karşılaştırdığı çalışmasında masaj grubunda %23, sıcak uygulama grubunda %10 oranında perineal travma görüldüğü ifade edilmiş ve perineal sıcak uygulamanın, perine masajından daha etkili olduğu belirtilmiştir (138). Yaşar'ın çalışmasında perine masajı uygulanan grupta %37,4 oranında, kontrol grubunda %56 oranında perine travması geliştiği ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (147). Doğum eyleminde perine masajı yapılan bir başka çalışmada intakt perine oranının masaj uygulanan grupta %78, kontrol grubunda %10 olduğu belirlenmiş ve perine masajının travmaları azalttığı ifade edilmiştir (22). Demir'in perine masajının etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında masaj grubunda perine travması oranı %20, kontrol grubunda %43 olarak bulunmuştur (164).

Perineal sıcak uygulama dokulara gerilebilme ve esneyebilme özelliği kazandırırken, kaslara gevşeyebilme özelliği kazandırmaktadır (33,41). Böylece perine hasarını azaltmada etkili olduğu yönünde bazı çalışmalar yer almaktadır (27,40,137). Akbarzadeh ve ark.'nın perineal sıcak uygulamanın etkinliğini değerlendirdiği çalışmada müdahale grubunda perineal travma gelişme oranı %73, kontrol grubunda %93,3 olarak bulunmuş, sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ifade edilmiştir (27). Ganji ve ark.'nın perineal sıcak ve soğuk uygulamanın etkinliğini değerlendirdiği araştırmada; perineal travma oranı müdahale grubunda %33,3, kontrol grubunda %66,7'dir (137). Fatemeh ve ark.'nın perineal sıcak uygulamanın travmalara etkisini incelendiği araştırmada epizyotomi oranlarının azaltıldığı, intakt perine oranlarının artırıldığı ifade edilmiştir (42).

Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan perine masajı ve sıcak uygulamanın perine travmasını azalttığı ve literatür bulguları ile araştırma sonuçlarımızın benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda **H1a, H1f ve H1k hipotezleri kabul edilmiştir**. Ayrıca, perineal masaj ve sıcak uygulamanın birlikte kullanımı bir farklılık yaratmamıştır. Uygulama süresi, sağlık ekibinin iş gücü ve maliyet düşünüldüğünde; perineal masaj ya da sıcak uygulama yöntemlerinden biri tek başına uygulanabilir.

Perineal travmaların yarattığı komplikasyonlar ve uzun vadeli etkiler göz önüne alındığında; görülme durumu kadar şeklinin ve şiddetinin önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle ağrı, düşük konfor, doğum sonu iyileşmede gecikme, seksüalitenin başlatılamaması, inkontinans gibi olumsuz sonuçlar üçüncü ve dördüncü derece travmalar ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada perineal travmaların oluş şekli ve derecelerini incelemek amacıyla laserasyon görülme durumu değerlendirilmiştir. Tablo 4.4'te perineal travma görülenlerde; travma şekli ve derecesinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Perineal travmaların şekline bakıldığında; PMU grubunda laserasyon ve perine yırtık oranları %50 olarak bulunmuştur. PSU grubunda yer alanların hiç birinde perineal yırtık ve hematoma gelişmediği, ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). PMU ve PSU gruplarında perineal alanda hematoma görülmediği, kontrol ve PMU+PSU gruplarında %33,3 oranında görüldüğü belirlenmiştir. Perineal travma şekli açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (Fisher's Exact Test=4,207, $p>0,05$) (Tablo 4.4). Demirel ve Gölbaşı'nın araştırmasında perine masajı grubunda %9,2, kontrol grubunda %4,2 oranında laserasyon görüldüğü belirtilmiş, bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ifade edilmiştir (32). Dönmez ve Kavlak'ın çalışmasında perine masajı grubunda laserasyon %16,7, egzersiz grubunda %56,3 ve kontrol grubunda %82,1'dir (127). Karaçam ve ark.'nın ikinci evrede uygulanan perine masajının etkinliğini değerlendirdiği çalışmada masaj grubunda %44,4, kontrol grubunda %35,9 oranında laserasyon görüldüğü belirtilmiştir (11). Bayraktar'ın zeytiyağı ile perine masajı uyguladığı çalışmada müdahale ve kontrol gruplarında yırtık görülme oranı sırasıyla %17,7 ve %38'dir (36). Essa ve Ismail'in araştırmasında perineal sıcak uygulama grubunda %5, kontrol grubunda %35 oranında perine hasarı geliştiği

belirtilmiştir (141). Benzer biçimde Ganji ve ark.'nın çalışmasında sıcak/soğuk uygulanan grupta %33,3, kontrol grubunda %66,7 oranında perine hasarı görüldüğü ifade edilmiştir (137). Peksoy'un antenatal masaj uyguladığı çalışmada müdahale grubunda %18,2, kontrol grubunda %32,4 oranında laserasyon geliştiği belirtilmiştir (112). Literatür bulguları araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Bulgularımız doğrultusunda perineal masaj ve sıcak uygulamanın travma şeklinde etkisi olmadığı söylenebilir. Bu durumun, primiparlarda rutin epizyotomi uygulaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, PSU grubunda birinci derece travma gelişmediği gösterilmiştir. PMU ve PMU+PSU gruplarında %3,3, kontrol grubunda ise %26,7 oranında birinci derece travma görülmüştür. PSU grubunda perineal yırtık görülme oranı, kontrol grubunda perineal yırtık görülme oranından anlamlı derecede yüksektir (Fisher's Exact Test=13,386, $p<0,05$). Ayrıca grupların hiç birinde ikinci, üçüncü ve dördüncü derece perine travması gelişmemiştir.

Cochrane veri tabanında 15,181 kadını kapsayan bir meta-analizde perine masajı uygulanan grupta üçüncü/dördüncü derece perine travma oranlarında azalma olduğu, birinci/ikinci derece perine hasarına ilişkin belirgin bir fark olmadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada perineal sıcak uygulamanın ikinci derece perine travması açısından avantaj sağlamadığı belirtilmiştir. Ancak bu çalışmada sıcak uygulamanın üçüncü ve dördüncü derece perine travmalarının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (30).

Stamp ve ark.'nın 1340 gebe ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada birinci/ikinci derece perineal travmalar açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada üçüncü derece perine travması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (23). 2130 katılımcının yer aldığı bir meta-analizde sıcak uygulamanın, üçüncü ve dördüncü derece perineal travma oranlarında azalma sağladığı belirtilmiştir (139).

Dahlen ve ark.'nın 717 katılımcı ile yaptığı araştırma sonuçları perineal sıcak uygulamanın, üçüncü/dördüncü derece perine travmalarının azaltılmasında etkili olduğunu desteklemektedir (40). Akbarzadeh ve ark.'nın çalışmasında perineal sıcak uygulama grubunda birinci/ikinci derece travma oranı %19, kontrol grubunda %3'tür (27). Benzer şekilde Geranmayeh ve ark.'nın araştırmasında vazelin ile yapılan

perine masajının, birinci derece travmayı arttırdığı; müdahale grubunda %45, kontrol grubunda %9 oranında travma görüldüğü belirtilmiştir (38). Attarha ve Bekhradi'nin lavanta ile perine masajı uyguladığı araştırmada masaj grubunda %27,3 oranında birinci derece travma görülmüştür (125). Benzer şekilde Araújo ve Oliveira'nın araştırmasında masaj grubunda %66,7, kontrol grubunda %78,3 oranında birinci derece travma tespit edilmiştir (126). Perine masajı uygulanan bir başka çalışmada birinci derece perine travması müdahale grubunda %16, kontrol grubunda %25 olarak ifade edilmiştir (164). Karaçam ve ark.'nın araştırmasında perine masajı grubunda %42,9, kontrol grubunda %35,9 oranında birinci derece travma görüldüğü belirtilmiştir (11).

Literatürde; uygulanan müdahaleler ve perineal travmanın derecesine ilişkin pek çok çalışma mevcut olmakla birlikte, sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Araştırma bulgularımız değerlendirildiğinde müdahale gruplarında birinci derece travma oranları, kontrol grubundan düşük bulunmuştur. Burdan yola çıkılarak; doğum eyleminde uygulanan perineal masaj ve sıcak uygulamanın, travmaların şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca; perineal masaj ve sıcak uygulamanın travma şiddetini arttırmadığı, bu nedenle doğum eylemi sırasında güvenle kullanımı önerilebilir. Bu sonuçlar literatürdeki bazı çalışmalar ile desteklenmektedir. Literatürden farklı olarak araştırmamızın sonucunda ikinci, üçüncü ve dördüncü derece perine travması gelişmemesi önemli bir bulgu olarak kabul edilmektedir. Bu durum; eylemin etkin yönetilmesi ve doğum eylemine ilişkin doğru klinik prosedürlerin uygulanması ile açıklanabilir.

Yaptığımız araştırma verilerine göre perineal travmaların görülme alanları değerlendirildiğinde; müdahale gruplarının hiç birinde labial ve periüretal alanda travma gelişmediği belirlenmiştir. Kontrol grubunda perineal travmaların görülme dağılımına bakıldığında; labiada travma görülme oranı %11, iken, periüretal alanda %5,6'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Akbarzadeh ve ark.'nın ikinci evrede sıcak uygulamanın etkisini incelediği araştırmada labial/klitoral travma görülme oranı müdahale grubunda %6,7, kontrol grubunda %2,7'dir (27). Essa ve Ismail'in çalışmasında sıcak uygulama grubunda labial travma oranı %2,5, kontrol grubunda %7,5'tir (141). İbrahim ve ark.'nın araştırmasında masaj ve kontrol grubunda labial travma

görülmezken, sıcak kompres grubunda labial travma görüldüğü belirtilmiştir (136). Albers ve ark.'nın araştırmasında labiada travma görülme oranı perine masajı grubunda sırasıyla %49,1 ve %49'dur. Aynı çalışmada periüretal alanda travma oranı masaj grubunda %9,9, sıcak uygulama grubunda %14,4'tür (33). Demir'in çalışmasında periüretal alanda travma görülme durumu; perine masajı grubunda %4, kontrol grubunda %7,1'dir (164). Araştırma bulgularımızın, literatür sonuçlarından daha olumlu olduğu söylenebilir. Müdahale gruplarının hiç birinde labial/periüretal travma görülmemesi; masaj ve sıcak uygulamanın travmaları azaltmada olan etkisi ile açıklanabilir.

Perine travmasının vajende görülme durumu incelendiğinde; kontrol grubunda bu oran %88,9, PMU grubunda %50, PSU grubunda %100 ve PMU+PSU grubunda %66,7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$). Albers ve ark.'nın araştırmasında perine masajı ve sıcak uygulama yapılmış ve vajinal travma oranları sırasıyla %40,9 ve %40,1 olarak bulunmuştur (33). Primipar gebelere perineal sıcak uygulama yapılan bir çalışmada vajinal travma oranı müdahale grubunda %5, kontrol grubunda %35'tir (141). Ibrahim ve ark.'nın çalışmasında perine masajı grubunda %21,7, sıcak kompres grubunda %32,6 ve kontrol grubunda %45,7 oranında vajinal travma görülmüştür (136). Araştırmamız sonucunda perineal masaj ve sıcak uygulamanın vajinal travma görülme oranlarını azaltmada etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu durumun, primiparlarda rutin epizyotomi uygulaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Perineal travmanın servikte görülme durumu değerlendirildiğinde; PMU grubunda %50, PMU+PSU grubunda %33 ve kontrol grubunda %5,6 olarak belirlenmiştir. PSU grubunda servikal travma görülmediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$). Albers'in çalışmasında masaj grubunda servikal travma görülmediği, sıcak uygulama grubunda %0,5 oranında görüldüğü belirlenmiştir (33). Demir'in araştırmasında servikal travmaya ilişkin bulguların diğer perineal alanlar ile kombine olarak verildiği, tek başına servikal travma oranının %4 olduğu görülmüştür (164). Benzer şekilde Ibrahim ve ark.'nın çalışmasında servikal alan travmasına ilişkin sonuçlar kombine olarak verilmiş, ancak perine masajı grubunda farklı olarak hiç servikal travma görülmediği ifade edilmiştir (136). Yaptığımız çalışmada; literatürden farklı olarak

servikal travma görülme durumu ayrıca değerlendirilmiş ve perineal masaj ve sıcak uygulamanın, bu alandaki travmaların azaltılmasında etkili olmadığı görülmüştür.

Literatürde; rutin epizyotomi ve perineal travmalara bağlı olarak kanama miktarının arttığı ve perineal travmaların, doğum sonu kanamaların %20'sinden sorumlu olduğu ifade edilmektedir. (82,90,91,112). Yaptığımız araştırmada doğum sonu kanama miktarları ve epizyotomi uzunlukları değerlendirilmiştir (Tablo 4.6). Müdahale gruplarındaki kanama miktarı, kontrol grubundan anlamlı ölçüde daha az bulunmuştur (χ^2 =Kruskal Wallis Testi=25,158, $p<0,05$). Epizyotomi uzunlukları değerlendirildiğinde müdahale gruplarının ölçümlerinin, kontrol grubundan anlamlı derecede daha küçük olduğu saptanmıştır (χ^2 =Kruskal Wallis Testi=36,434, $p<0,05$).

Fukami ve ark.'nın 1,068 vajinal doğumu değerlendirdiği çalışmada, doğum sonu kanamaların %26,9'unun şiddetli perineal travma ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (111). Bir başka çalışmada doğum sonu kanama nedenleri incelenmiş, perine travmasının ilk sırada yer aldığı ifade edilmiştir (112). Bu nedenle ilk müdahalenin yapılabilmesi ve gerekli önlemlerin alınabilmesi açısından objektif ölçüm araçları ile erken doğum sonu dönemde kanama takibi yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir (93,110).

Husic ve Hammoud'un araştırmasında; epizyotomi uygulanan grupta kanama miktarı ortalama 279 ml, uygulanmayan grupta 218 ml olarak bulunmuştur (90). Sooklim'in epizyotomi şeklinin kanama miktarına etkisini değerlendirdiği çalışmasında; gruplarda ortalama 200 ml kanama görüldüğüve epizyotomi şekli açısından farklılık olmadığı belirtilmiştir (94). Benzer biçimde Fodstad'ın çalışmasında %74 vakada 400 ml ve altında kanama görüldüğü, epizyotomi şeklinin miktara etki etmediği ifade edilmiştir (165). Peksoy'un doğum sonu kanamaları azaltmaya yönelik olarak antenatal perine masajı uyguladığı araştırmasında; ilk 1 saat ve 24 saat doğum sonu kanama miktarlarının müdahale grubunda anlamlı ölçüde daha düşük olduğu belirtilmiştir (112). Erkaya ve ark.'nın çalışmasında uterus masajı uygulanan grupta %51,1, kontrol grubunda %78,4 oranında 151-300 ml aralığında kanama olduğu belirlenmiş, gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu belirtilmiştir (166).

Literatürde erken doğum sonu kanamaya yönelik bulgular perine travması ile bağlantılı olarak epizyotomi ile ilişkilendirilmektedir. Yaptığımız çalışmada;

epizyotomi primipar kadınlara sıklıkla rutin olarak uygulandığından, epizyotomi oranları tüm gruplarda yüksektir ve benzerlik göstermektedir. Araştırma bulgularımız doğrultusunda perine travmasını azaltmak amacıyla yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın epizyotomi oranlarında değişiklik yaratmamakla birlikte daha kısa epizyotomi açılması ile sonuçlandığı ve dolaylı olarak kanama miktarını azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca epizyotominin yanı sıra perineal laserasyon ve yırtık görülmesi ile ilişkili olarak, kontrol grubunda kanamanın fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Epizyotomi uygulamasını perine travmasını arttırdığı birçok çalışmada belirtilmekte ve rutin epizyotomi uygulamasından vazgeçilmesi önerilmektedir (76,87,97,152). Araştırma kapsamında; doğumu gerçekleştiren hekimin tercihi doğrultusunda rutin epizyotomi sıklıkla uygulanmıştır. Ancak perinenin esneklik durumu değerlendirilerek sınırlı ölçülerde kesi uygulanmasına özen gösterilmiştir. Fodstad'ın araştırmasında epizyotomi şekilleri ve uzunlukları değerlendirilmiş; bu uzunlukların 2,4 cm ile 3,5 cm aralığında değiştiği belirlenmiştir. Epizyotomi uzunluğu ile kanama miktarları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilirken, kanama miktarının fazla olması perineal travmalar ile ilişkilendirilmiştir (165). Rizk ve ark.'nın çalışmasında epizyotomi uzunlukları 2-5,5 cm aralığında belirlenmiş ve perine travmasının epizyotomi uzunluğu ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (167). Akbarzadeh ve ark.'nın 150 gebe ile yaptığı çalışmada epizyotomi uzunlukları perineal sıcak uygulama grubunda ortalama 3,38 cm, kontrol grubunda 5,2 cm olarak ölçülmüştür. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (27). Literatürde perineal masaj ve sıcak uygulamanın epizyotomi uzunluklarına etkisine ilişkin yeterli veri olmadığı, mevcut veriler doğrultusunda epizyotomi ölçümlerimizin literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ayrıca perineal masaj ve sıcak uygulama gruplarında epizyotomi uzunluklarının daha kısa olması sebebiyle müdahalelerin epizyotomi ile ilişkili perine travmasını azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle; perineal masaj ve sıcak uygulamanın; travmaları azaltması ve sınırlı ölçülerde epizyotomi açılmasına katkı sağlaması nedeniyle doğum sonu kanamaların azaltılmasında da etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda; **H1d, H1i ve H1n hipotezleri kabul edilmiştir.**

Çalışmamızda kabul sırasında, servikal dilatasyon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda, kontraksiyon aralarında perineal ağrı skorları değerlendirilmiştir (Tablo 4.7). Servikal dilatsayon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda Ayrıca PMU, PSU ve PMU+PSU gruplarında müdahale öncesi ve sonrası VAS skorları karşılaştırılmıştır.

Tüm gruplarda servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda perineal ağrı skorları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Servikal dilatasyon 5-7 cm olduğunda yapılan değerlendirmede; kontrol grubunun VAS skorları, PSU ve PMU+PSU grubun VAS skorlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca servikaldilatasyon 8-10 cm olduğunda VAS skorları, kontrol grubunda, PSU ve PMU+PSU grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arasındaki bu farklılığın yapılan sıcak uygulama ve perine masajı+sıcak uygulama müdahaleleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Perineal masaj ve sıcak uygulamanın; perineal ağrıya etkisini değerlendirmek amacı ile müdahale gruplarında, uygulama öncesi ve sonrası VAS skorları değerlendirilmiştir (Tablo 4.7). Müdahale gruplarında VAS skorları değerlendirildiğinde; PSU grubunda, 1., 2. ve 3. müdahale öncesi-sonrası VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale sonrası VAS skorları, müdahale öncesine göre anlamlı şekilde azalmıştır. Masaj ve masaj+sıcak uygulama gruplarında, müdahale sonrası fark olmamasının; perine masajının dokularda yarattığı gerilme ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Perineal ağrı, fetal başın ilerlemesiyle perine dokusunda oluşan gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (113,168). Yapılan çalışmalar perineal ağrının sıklıkla doğumun ikinci evresinde ve doğum sonrası dönemde yaşandığını göstermektedir (40,101-103,105,167). Doğum sonrası perineal ağrı ise perinede oluşan hasar, epizyotomi ve sütur ile ilişkilendirilmektedir (40,103). Perineal ağrının azaltılması amacıyla perine masajı ve sıcak uygulama gibi perineyi koruyucu yaklaşımlar önem kazanmaktadır (4,40,106). Yapılan bu gibi nonfarmakolojik uygulamalar ile ağrının azaltılmasının mümkün olduğu bazı çalışmalarda gösterilmektedir (29,32-35,118,136,137,141,142).

Dönmez ve Kavlak'ın antenatal perine masajı ve Kegel egzersizi uyguladığı çalışmada doğum sonrası 24 saat ve 15 gün perineal ağrı açısından istatistiksel olarak

anlamli bir fark olduğu bulunmuştur (127). Yaşar'ın araştırmasında perine masajının müdahale grubunda ağrının azaltılmasında etkili olduğu ifade edilmiştir (147). Karaçam ve ark.'nın çalışmasında doğum sonrası birinci gün ve üçüncü hafta sonunda perineal ağrı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirtilmiştir (11). Shahoei ve ark.'nın araştırmasında, benzer şekilde Zhang ve ark.'nın araştırmasında perine masajının, perineal ağrıyı azaltmada etkili olduğu ifade edilmiştir (31,104). Stamp ve ark.'nın çalışma sonuçları da perine masajının, perineal ağrıya etkisi olmadığı yönündedir (23). Demir'in perine masajının ağrıya etkisini incelediği çalışmada masaj grubunda perineal ağrı oranları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (164). İbrahim ve ark.'nın çalışmasında perine masajının ağrıyı azaltmada anlamlı derecede etkili olduğu belirtilmiştir (136).

Ganji ve ark.'nın primiparlar ile yaptığı araştırmada doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı bulunmuştur (137). Benzer biçimde Dahlen ve ark.'nın çalışmasında; doğumun ikinci evresinde perineal sıcak kompres uygulamanın ağrıyı hafiflettiği belirtilmiştir. (102). Akbarzadeh ve ark.'nın çalışmasında doğum sonrası birinci günde ortalama ağrı yoğunluğu perineal sıcak uygulama yapılan grupta daha düşük bulunmuştur. Aynı araştırmada postpartum ağrının sıcak uygulama grubunda daha düşük olduğu belirlenmiştir (27). Ahmad ve Turkey'nin çalışmasında perineal sıcak paket uygulamasının perine ağrısını azaltmada etkili olmadığı belirtilmiştir (140). Mamuk ve Gençalp'in çalışmasında doğum eyleminde perineal sıcak uygulamanın ağrıyı azaltmada anlamlı derecede etkili olduğu belirtilmiştir (41). İbrahim ve arkadaşlarının çalışmasında sıcak uygulama sonrası ağrı şiddetinde azalma olduğu, benzer şekilde Essa ve İsmail'in primiparlar ile yaptığı çalışmada, ikinci evrede yapılan perineal sıcak uygulamanın ağrının azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (136,141). Vaziri ve ark. ikinci evrede ve doğum sonrası birinci günde ağrı şiddetinin, perineal sıcak uygulama yapılan grupta daha düşük olduğunu göstermişlerdir (142). Türkmen'in araştırmasında ise servikal dilatasyon 4-5 cm ve 6-7 cm olduğunda yapılan perineal sıcak uygulamanın ağrıyı anlamlı ölçüde azalttığı belirtilmiştir (169). Araştırma bulgularımız literatür ile benzer biçimde doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde

yapılan perineal sıcak uygulamanın, perine ağrısını azaltılmada etkili olduğunu göstermektedir.

Servikal dilatasyona göre grupların VAS skorlarına ilişkin bulgular sonucunda; kontrol grubu ile kıyaslandığında sıcak ve masaj+sıcak uygulamalarının, VAS skorlarının azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir. Müdahale öncesi ve sonrası VAS skorlarına ilişkin bulgular sonucunda; perineal sıcak uygulamanın, perineal ağrının azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir. Bu durumun; sıcak uygulamaya bağlı dokularda gevşeme ve rahatlama ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu veriler doğrultusunda **H1g ve H1l hipotezi kabul edilmiş, H1b hipotezi reddedilmiştir.**

Yaptığımız araştırmada doğum konforu ve memnuniyetine ilişkin bulgular incelenmiş ve değerlendirilmiştir (Tablo 4.8). Doğum konforu değerlendirildiğinde; kontrol grubunda DKÖ puan ortalamaları (30,20±4,999), PSU (36,47±5,818) ve PMU+PSU (35,33±4,302) gruplarından anlamlı derecede düşüktür (ANOVA=9,345, p<0,05). DKÖ fiziksel alt boyutunda kontrol grubu puan ortalamaları PSU ve PMU+PSU gruplarından anlamlı derecede düşüktür (ANOVA=5,192, p<0,05). DKÖ psikospiritüel ve çevresel alt boyutlarında kontrol ve PMU gruplarında puan ortalamaları, PSU ve PMU+PSU gruplarından anlamlı derecede daha düşüktür (ANOVA=7,511 ve 9,031, p<0,05).

Doğum eyleminde ağrının konforu azalttığı belirtilmekte, bu nedenle kadını rahatlatmaya yönelik nonfarmakolojik uygulamaların yapılması önerilmektedir. Masaj ve sıcak uygulama gibi nonfarmakolojik yöntemlerin ağrıyı azalttığı ve dolaylı olarak konforu arttırdığı belirtilmektedir. Bu gibi uygulamalar, kadının olumlu doğum deneyimi yaşamasına katkıda bulunmakta ve konfor düzeylerini arttırmaktadır (44,46,145,146). Türkmen'in araştırmasında masaj ve sıcak uygulamanın konfor düzeyine etkisi incelenmiş; 4-5 cm dilatasyonda uygulanan müdahalenin doğum konforuna etki etmediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada 8-9 cm dilatasyonda yapılan müdahalelerden sadece sıcak uygulamanın doğum konforunu arttırdığı ifade edilmiştir (169). Bir başka çalışmada doğumda uygulanan masajın doğum konforu üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (145). Normal doğum ve sezaryen doğumda konforun incelendiği bir çalışmada normal doğum yapanlarda konfor düzeyinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (148). Yaşar'ın çalışmasında

perine masajının doğum konforunun arttırılmasında etkili olduğu; DKÖ puan ortalamalarının masaj grubunda 30.53 ± 8.78 , kontrol grubunda 26.83 ± 7.78 olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada alt boyutlara ilişkin olarak fiziksel, çevresel ve psikospiritüel alt boyutların hepsinde kontrol grubu puan ortalamaları, perine masajı grubundan anlamlı derecede düşük bulunmuştur (147). Araştırma bulgularımız literatür ile uyumludur. Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde uygulanan sıcak uygulamanın ve masaj+sıcak uygulamanın birlikte kullanımının; doğum konforunu anlamlı biçimde arttırdığı belirlenmiştir. Yapılan bu uygulamalar gebenin rahatlamasını sağlamış; fiziksel, çevresel ve psikospiritüel açıdan iyilik halini destekleyerek konfor düzeylerinin arttırılmasında etkili olmuştur. Burdan yola çıkılarak **H1h ve H1m hipotezleri kabul edilmiştir**. Perine masajının doğum konforu ve alt boyutlarına etkinliğine ilişkin sonuçlar anlamlı bulunmamıştır. Perineal masajın, dokularda gerilme etkisi yaratması nedeniyle doğum konforuna etki etmediği düşünülmektedir. Bu kapsamda **H1c hipotezi reddedilmiştir**.

Doğum memnuniyetine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; müdahale gruplarında DMÖ puan ortalamaları, kontrol grubu puan ortalamalarından ($112,83 \pm 12,551$) anlamlı derecede daha yüksektir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (ANOVA=10,065, $p < 0,05$).

Doğum memnuniyetinin değerlendirilmesi; gebenin bakım gereksinimlerinin ve doğuma yönelik müdahalelerin belirlenmesi, olumlu doğum deneyimine katkı sağlanması açısından önemlidir. Literatürde doğum memnuniyeti, sıklıkla ağrının hafifletilmesi ve doğum konforunun sağlanması ile ilişkilendirilmiş ve bu konuda birçok araştırma yapılmıştır. Ganji ve ark.'nın doğumun ikinci evresinde perineal sıcak-soğuk terapi uyguladığı çalışmasında; müdahale grubunda doğum memnuniyetini yüksek olarak tanımlayanların oranı %43,8, çok yüksek olarak tanımlayanların oranı %12,5'tur. Kontrol grubunda gebelerin %65,6'sının memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu, gruplar arası farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ifade edilmiştir (137). Çıtak ve ark.'nın doğum memnuniyetine ilişkin çalışmasında, vajinal doğum yapanların memnuniyet düzeyinin sezaryen olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (150). Özcan ve Aslan'ın çalışmasında normal doğum yapanların memnuniyet durumunun, sezaryen doğum yapanlardan

daha fazla olduğu belirtilmiştir (149). Çakıl'ın travayda verdiği destekleyici hemşirelik bakımının doğum memnuniyetini arttırdığı; müdahale grubu memnuniyet puanlarının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (170). Erenoğlu'nun; ekspresif dokunmanın, doğum memnuniyetine etkisini incelediği çalışmada müdahale grubunda memnuniyet puanları daha yüksek bulunmuştur (171). Ghani'nin doğumun birinci evresinde sıcak-soğuk terapi uyguladığı çalışmada; müdahale grubu memnuniyet puan ortalaması (6.40 ± 0.53), kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (172). Gönenç ve Terzioğlu'nun çalışmasında masaj grubunun %96,7'si, akupressür grubunun %93,3'ü ve her ikisinin birlikte uygulandığı grubun tamamı uygulamadan memnun kaldığını belirtmiştir (173). Zahrani'nin araştırmasında; istatistiksel açıdan anlamlı olmasada masaj grubunun memnuniyet oranları, bakım destek grubu ve müdahale grubundan yüksek bulunmuştur (174). Taavoni ve ark.'nın sakral-perineal sıcak terapisi uyguladığı araştırmasında müdahale grubunun memnuniyet skorları (8,04), kontrol grubundan (5,88) anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (175). Doğum memnuniyetine ilişkin araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Gebeyi rahatlatmaya yönelik bu gibi uygulamaların; ağrı algısını azaltarak ve doğum konforunu arttırarak, olumlu doğum deneyimine katkı sağladığı; böylece memnuniyeti arttırdığı düşünülmektedir. Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde uygulanan nonfarmakolojik yöntemlerden perineal masaj ve sıcak uygulamanın doğum memnuniyetinin arttırılmasında etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada gebelerin; yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamaya ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir (Tablo 4.9). Perine masajı ve perineal sıcak uygulama grubunda yer alan gebelerin tamamı; bu uygulamayı faydalı bulduklarını, sonraki doğumda tekrar yaptırmak istediklerini ve doğum yapacak gebelere tavsiye edebileceklerini ifade etmişlerdir. Perine masajı ve sıcak uygulamanın birlikte uygulandığı grupta yer alan gebelerden sadece bir kişi perine masajının faydalı olmadığını, tekrar yaptırmak istemeyeceğini ve tavsiye etmediğini ifade etmiştir. Bu gruptaki gebelerin tamamı sıcak uygulamayı faydalı bulduğunu, tekrar yapabileceğini ve tavsiye edeceğini belirtmiştir.

Literatürde doğumda kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin gebelerin memnun kalma durumlarını gösteren bazı çalışmalar yer almaktadır (169,171,173).

Türkmen'in çalışmasında sakral sıcak uygulama yapılan gruptaki gebelerin %50'si, sakral masaj yapılan gebelerin %56,7'si müdahaleden oldukça memnun kaldığını belirtmiştir. Aynı çalışmada sıcak uygulama grubundakilerin %23,4'ü, masaj grubundakilerin %30'u oldukça etkili bulmuşlardır. Ayrıca sıcak uygulama grubunun %66,7'si, masaj grubunun %60'ı yöntemi diğer gebelere oldukça önerebileceklerini ifade etmişlerdir (169). Gönenç ve Terzioğlu'nun çalışmasında masaj grubunun %96,7'si, akupressür grubunun %93,3'ü ve her ikisinin birlikte uygulandığı grubun tamamı sonraki doğumda bu yöntemleri kullanmak istediklerini ve başkalarına tavsiye edebileceklerini ifade etmişlerdir (176). Mamuk ve Gençalp'in çalışmasında perineye sıcak uygulama yapılan gebelerin %86,6'sı bakımın çok yararlı olduğunu belirtmiştir (143). Dahlen ve ark.'nın çalışmasında doğumun ikinci evresinde yapılan sıcak uygulamayı gebelerin 85,7'si beğendiğini, %86'sı arkadaşlarına tavsiye edebileceğini belirtmiştir (102). Araştırma sonuçlarımızdan elde edilen bulgular literatür ile uyumludur. Doğum eylemi sırasında yapılan perineal masaj ve sıcak uygulama, gebelerin doğuma ilişkin görüşlerini olumlu yönde etkilemiştir. Bu uygulamaların; gebelerde doğum desteği algısı yaratmasının ve kendileri ile bireysel olarak ilgilenilmesinin olumlu görüşlerine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Perineal masaj ve sıcak uygulama gibi nonfarmakolojik yöntemlerin, eylemin süresine etki ettiği düşünülmekte, ancak bazı çalışma sonuçları bunun aksini göstermektedir (39,177). Bu çalışmada perineal masaj ve sıcak uygulamanın, doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin sürelerine etkisi değerlendirilmiştir (Tablo 4.10). Birinci evre süresinin en kısa olduğu grup kontrol grubu (9:00), en uzun olduğu ise PMU (11:00) grubudur. (Kruskal Wallis Testi=2,024, $p>0,05$). İkinci evre süresinin en kısa olduğu grup ise PSU (0:57), en uzun olduğu grup kontrol grubu (1:07) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Kruskal Wallis Testi=4,830, $p>0,05$).

Ibrahim ve ark.'nın araştırmasında ikinci evre süresi perine masajı grubunda 67.23 ± 15.41 , sıcak kompres grubunda 68.17 ± 12.78 ve kontrol grubunda 68.94 ± 15.13 dakika olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki istatistiksel fark olmadığı ifade edilmiştir (136). Akbarzadeh ve ark.'nın araştırmasında; sıcak uygulama ve kontrol gruplarında birinci evre süreleri anlamlı farklılık göstermezken, ikinci evre süreleri müdahale grubunda anlamlı derecede düşük bulunmuştur (39).

Ganji ve ark.'nın çalışmasında sıcak uygulama grubunda birinci evre süresi anlamlı derecede kısa bulunurken, ikinci evre sürelerinde anlamlı farklılık görülmemiştir (137). Geranmayeh ve ark.'nın araştırmasında ikinci evre süresi perine masajı grubunda 37 ± 20 dakika, kontrol grubunda 46 ± 19 dakika bulunmuş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (38). Karaçam'ın araştırmasında birinci evre süreleri perine masajı ($7,71\pm 4,21$) ve müdahale ($7,87\pm 4,31$) gruplarında benzer bulunmuştur. Aynı çalışmada ikinci evre süreleri arasında perine masajı ($34,07\pm 4,21$) ve müdahale ($33,78\pm 18,91$) gruplarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (11). Bayraktar'ın çalışmasında ikinci evre süreleri açısından perine masajı ve müdahale grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (36). Essa ve Ismail'in çalışmasında ikinci evre süreleri sıcak uygulama ve müdahale gruplarında benzer bulunmuştur (141). Ghani ve ark.'nın sıcak-soğuk terapisinin etkisini değerlendirdiği çalışmada birinci evre süreleri anlamlı farklılık göstermiş, ikinci evre süreleri benzer bulunmuştur (172). Mamuk ve Gençalp'in araştırmasında ikinci evre süreleri açısından perineal sıcak uygulama ve müdahale grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (143). Ott ve ark.'nın çalışmasında perine travması görülen ve görülmeyen vakaların ikinci evre süreleri incelenmiş ve gruplar arasında bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (153). Ugwu ve ark.'nın perine masajı uyguladığı araştırmasında birinci ve ikinci evre süreleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmiştir (26). Araştırma bulgularımız literatür bulguları ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Perineal masaj ve sıcak uygulamanın, doğumun birinci ve ikinci evresinin süresinin azaltılmasında etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu durumun; hekim tercihleri doğrultusunda oksitosin kullanılması ve doğum eyleminin aktif yönetilememesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle **H1e, H1j ve H1o hipotezleri reddedilmiştir.**

Yaptığımız çalışmada; doğum eyleminde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulama, ayrı ayrı ve birlikte uygulandığında perine travmasının ve doğum sonu kanama miktarının azaltılmasında etkilidir. Eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan bu uygulamalar; epizyotomi uzunluklarının daha kısa olmasında, perine ağrısının azaltılmasında etkilidir. Ayrıca perineal masaj ve sıcak uygulama müdahaleleri; doğum eyleminin süresini etkilemezken, doğum konforunun ve memnuniyetinin artırılmasında etkilidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Bu randomize kontrollü deneysel araştırmanın amacı doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın; perineal travma, ağrı ve doğum konforu üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

Araştırma sonuçlarına göre;

1. Kontrol ve müdahale gruplarındaki gebelerin yaş, eğitim ve çalışma durumu, yaşadığı yer gibi sosyo-demografik özellikleri benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 4.1).
2. Kontrol ve müdahale gruplarındaki gebelerin düşük/kürtaj, gebelik haftası, gebelikte alınan kilo, gebeliği isteme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2).
3. Kontrol ve müdahale gruplarında perineal travma görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Perineal masaj ve sıcak uygulama, müdahale gruplarının hepsinde perine travmalarını azaltmada etkili olmuştur. Perineal masaj ve sıcak uygulamanın birlikte kullanımı, diğer müdahale gruplarına göre üstünlük ortaya koymamakla birlikte, perineal travmaların azaltılmasında etkili bulunmuştur (Tablo 4.3).
4. PSU grubundaki gebelerin hiç birinde perineal yırtık ve hematoma görülmemiş, ancak kontrol ve müdahale gruplarında perineal travma şekli açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca PSU grubunda birinci derece travma görülmediği, kontrol ve müdahale gruplarında perineal travma derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca kadınların hiç birinde ikinci, üçüncü ve dördüncü derece perine travması gelişmemiştir. (Tablo 4.4).

5. Kontrol ve müdahale gruplarında; perineal travma görülme alanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.5).
6. Kontrol ve müdahale gruplarında doğum sonu kanama miktarları açısından istatistiksel bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda kanama miktarı, müdahale gruplarından anlamlı derecede fazladır. Perineal masaj, perineal sıcak uygulama ve masaj+sıcak uygulamanın, doğum sonu kanama miktarının azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).
7. Kontrol ve müdahale gruplarında epizyotomi uzunlukları açısından gruplar arasında istatistiksel bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda epizyotomi uzunlukları, müdahale gruplarından anlamlı derecede fazladır. Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde ayrı ayrı ve birlikte kullanılan masaj ve sıcak uygulama, epizyotomi uzunluklarının azaltılmasında etkili olmuştur (Tablo 4.6).
8. Kontrol ve müdahale gruplarında servikaldilatasyon 3-4 cm olduğunda, VAS skorları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Servikal dilatasyon 5-7 cm ve 8-10 cm olduğunda yapılan değerlendirmede; perineal sıcak uygulama ve perineal masaj+sıcak uygulama VAS skorlarının azaltılmasında etkili bulunmuştur (Tablo 4.7).
9. Müdahale gruplarında VAS skorları değerlendirildiğinde; PMU ve PMU+PSU gruplarında müdahale ile ilişkili anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p<0,05$). PSU grubunda ise; 1., 2. ve 3. müdahale öncesi-sonrası VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Birinci ve ikinci evrede yapılan perineal sıcak uygulama, perineal ağrının azaltılmasında etkili bulunmuştur (Tablo 4.7).
10. Kontrol ve müdahale gruplarında DKÖ ve DKÖ alt boyutları açısından istatistiksel anlamda fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol ve PMU gruplarının DKÖ puan ortalamaları, PSU ve PMU+PSU gruplarından daha düşüktür. Fiziksel alt boyutta; kontrol grubu puan ortalamaları anlamlı derece düşük bulunmuştur. Psikospiritüel ve çevresel alt boyutlarda; Kontrol ve PMU gruplarının puan ortalamaları daha düşüktür. Perineal masaj ve

sıcak uygulama; doğum konforunun arttırılmasında etkili bulunmuştur (Tablo 4.8).

11. Kontrol ve müdahale gruplarında DMÖ açısından istatistiksel anlamda fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubu DMÖ puan ortalamaları, müdahale gruplarının tamamından düşük bulunmuştur. Perineal masaj ve sıcak uygulamanın; doğum memnuniyetinin arttırılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

12. Müdahale gruplarının; perineal masaj ve sıcak uygulamaya ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; PMU ve PSU gruplarının tamamı uygulamayı faydalı bulduklarını, sonraki doğumda tekrar yaptırmak istediklerini ve başkalarına tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. PMU+PSU grubundaki gebelerin tamamının perineal sıcak uygulamaya ilişkin görüşleri olumlu bulunmuştur. Perineal masaja ilişkin sadece bir kişi olumsuz görüş bildirmiştir. Gebelerin doğumda uygulanan perineal masaj ve sıcak uygulamaya ilişkin görüşleri büyük ölçüde olumludur (Tablo 4.9).

13. Kontrol ve müdahale gruplarında doğum eyleminin birinci ve ikinci evre süreleri arasında istatistiksel anlamda fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Perineal masaj ve sıcak uygulama birinci ve ikinci evre sürelerini etkilememiştir (Tablo 4.10).

14. Perineal masaj ve sıcak uygulamanın birlikte kullanımın fark yaratmadığı, yöntemlerin tek başına da etkili olabildiği belirlenmiştir.

6.2.ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Perineal travmalara ve etkilerine ilişkin farkındalığının arttırılması,
- Perineal travmaların, travmaya bağlı ağrının, doğum sonu kanamanın azaltılması amacıyla yapılan perineal masaj ve sıcak uygulamanın kullanımının yaygınlaştırılması,

- Perineal masaj ve sıcak uygulamanın yaygınlaşması için uygulama tekniklerinin hizmet içi eğitimler ile öğretilerek, rutin klinik uygulamaya aktarılması,
- Doğum konforu ve memnuniyetinin artırılması amacıyla, gebeyi destekleyici perineal masaj ve sıcak uygulama gibi yöntemlerin kullanımının desteklenmesi,
- Perineal masaj ve sıcak uygulamanın birlikte kullanımının, ayrı ayrı kullanılması ile fark yaratmadığı, bu nedenle zaman ve maliyet açısından tek başına kullanılması ve mümkünse hasta tercihine bırakılması,
- Perineal ağrıyı detaylı değerlendirmede kullanılacak bir ölçek geliştirilmesi,
- Perineal travmaların önlenmesinde, perine ağrısının azaltılmasında, doğum konfor ve memnuniyetinin artırılmasında perineal masaj ve sıcak uygulamanın etkinliğini gösteren randomize kontrollü çalışmaların artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Moore KL., Dalley, AF. Clinically Oriented Anatomy. Lippincott Williams &Wilkins. USA Philadelphia, PA 19106. 2006, Pages 357-391. ISBN 0-7817-3639-0.
2. Erbaba, H., Pınar, G. (2016). Primipar Kadınların Perineal Travmaya İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 13(3);89-94.
3. Shoorab, NJ., Mirteimouri, M., Taghipour, A., Roudsari, RL.(2019).Women's Experiences of Emotional Recovery from Childbirth-Related Perineal Trauma: A Qualitative Content Analysis IJCBNM,7(3); 181-191.
4. Frolich, J., Kettle C. (2015). Perineal Care. Clinical Evidence, 03;1401.
5. Van Limbeek, S., Davis, D., Currie, M. Wong, N. (2016). Non-Surgical Intrapartum Practices for The Prevention of Severe Perineal Trauma: A Systematic Review Protocol. JBI Database System Rev Implement Rep., 14(4):30-40.
6. Royal College of Midwives. Midwifery Blue Top Guidance No.1. (2018). Midwifery Care in Labour Guidance For All Women in All Settings. <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf> , Erişim Tarihi: 08.01.2020.
7. ACOG PracticeBulletin. (2016). Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Number 165. 128(1), e1-15.
8. Bick, DE., Ismail, KM., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S., Kettle, C. (2012). How Good are We at Implementing Evidence to Support the Management of Birth Related Perineal Trauma? A UK Wide Survey of Midwifery Practice. BMC Pregnancy and Childbirth, 12:57.
9. Nassar, AH., Visser, GHA., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., Gupta, S. (2019). FIGO Statement: Restrictive Use Rather Than Routine Use of Episiotomy. Int J GynecolObstet, 146: 17-19.
10. Erbaba, H., Pınar, G. (2016). Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,13(3):272-281.
11. Karaçam, Z. (2012). The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-up of Postpartum Perineal Outcomes. Health Carefor Women International, 33:697-718.
12. D'Souza, J., Monga, A., Tincello, DG. (2019). Risk Factors for Perineal Trauma in the Primiparous Population During Non-Operative Vaginal Delivery. International Urogynecology Journal, May.
13. Silva dos Santos, RC., Riesco, MLG. (2016). Implementation of Care Practices to Prevent and Repair Perineal Trauma in Childbirth. Rev Gaúcha Enferm, 37(spe):e68304.
14. Frass, KA., Al-Harazi, AH. (2010). Episiotomy is Still Performed Routinely in Yemeni Women. Saudi Med J.,31(7):764-7.

15. Carroli, G., Mignini, L. (2014). Episiotomy for Vaginal Birth. *Cochrane Database Syst Rev.*, (1):CD00008.
16. Karaçam, Z. (2008). Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Turkish Journal of Research& Development in Nursing*, 10(1), p38-46.
17. Kütük SM., Özgün, MT., Uludağ, S., Dolanbay, M., Özdemir, F., Uysal, G., Öztürk, A. (2014). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi: Erciyes Üniversitesi Deneyimi. *Turkiye Klinikleri J GynecolObst*, 23(3):154-159.
18. Obioha, KC., Ugwu, EO., Obi, SN., Dim, CC., Oguano, TC. (2015). Prevalence and Predictors of Urinary/Anal Incontinence After Delivery: Prospective Study of Nigerian Women. *Int Urogynecol J.*, 26;1347-54.
19. Gurol-Urganci, I., Cromwell, DA., Edozien, LC., Mahmood, TA., Adams, EJ., Richmond, DH., Templeton, A., van der Meulen JH. (2013). Third- and Fourth-Degree Perineal Tears among Primiparous Women in England Between 2000 and 2012: Time Trends and Risk Factors. *BJOG*, 120(12);1516-25.
20. Ellington, JE., Rizk, B., Criso, S. (2017). Antenatal Perineal Massage Improves Women's Experience of Childbirth and Postpartum Recovery: A Review to Facilitate Provider and Patient Education on the Technique. *J Womens Health Issues Care*, 6(2).
21. Aguiar, M., Farley, A., Hope, L., Amin, A., Shah, P., Manaseki-Holland, S. (2019). Birth-Related Perineal Trauma in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. 23:1048–1070.
22. Sayiner, FD., Demirci, N. (2007). Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, (60);146-154.
23. Stamp, G., Kruzins, G., Crowther, C. (2001). Perineal Massage in Labour and Prevention of Perineal Trauma: Randomised Controlled Trial. *BMJ*, 322;1277-80.
24. Johanson, R. (2000). Perineal Massage For Prevention of Perineal Trauma in Childbirth. *THE LANCET*, 355(22);250-251.
25. Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth. *Clinical Practice Guidelines in SNHS Ministry for Health and Social Policy*. 2011, Pages 127-137. ISBN: 978-84-457-3090-4.
26. Ugwu, EO., Iferikiqwe, ES., Obi, SN., Eleje, GU., Ozumba, BC. (2018). Effectiveness of Antenatal Perineal Massage in Reducing Perineal Trauma and Post-Partum Morbidities: A randomized Controlled Trial. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 44(7); 1252-58.
27. Akbarzadeh, M., Vaziri, F., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S., Zare, N. (2016). The Effect of Warm Compress Bistage Intervention on the Rate of Episiotomy, Perineal Trauma, and Postpartum Pain Intensity in Primiparous Women with Delayed Valsalva Maneuver Referring to the Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in 2012-2013. *Advances in Skin&WoundCare*, 29(2), 79-84.

28. Johnson, K., Vander-Hart, C. (2012). Preventing Perineal Trauma during Labor. CedarvilleUniversity.https://digitalcommons.cedarville.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1031&context=pharmacy_nursing_poster_session , Erişim Tarihi: 07.01.2020.
29. Beckmann, MM., Stock, OM. (2013). Antenatal Perineal Massage for Reducing Perineal Trauma. *Cochrane Database SystRev*. Apr 30;(4).
30. Aasheim, V., Nilsen, ABV., Reinar, LM., Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD006672.
31. Shahoei, R., Zaheri, F., Nasab, LH., Ranaei, F. (2017). The Effect of Perineal Massage During the Second Stage of Birth on Nulliparous Women Perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician*, 9(10);5588-95.
32. Demirel, G., Golbasi, Z. (2015). Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy and Perineal Tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131;183-6.
33. Albers, LL., Sedler, KD., Bedrick, EJ., Teaf, D., Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *J Midwifery Womens Health*. 50(5), 365-372.
34. Kalichman, L. (2008). Perineal Massage to Prevent Perineal Trauma in Childbirth. *IMAJ*,10:531-533.
35. Queensland Clinical Guidlines. (2018). *MaternityandNeonatalClinicalGuideline-PerinealCare*.https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/142384/g-pericare.pdf , Erişimi Tarihi: 12.01.2020.
36. Bayraktar, E. Zeytinyağı ile Yapılan Perine Masajının Perine Bütünlüğü ve Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2011.
37. Davidson, K., Jacoby, S., Brown, MS. (2000). Prenatal Perineal Massage: Preventing Lacerations During Delivery. *JOGNN*, 29(5), 474-9.
38. Geranmayeh, M., Habibabadi, ZR., Fallahkish, B., Farahani, MA., Khakbazan, Z., Mehran, A. (2012). Reducing Perineal Trauma Through Perineal Massage with Vaseline in Second Stage of Labor. *Arch Gynecol Obstet*, 285:77-81.
39. Akbarzadeh, M., Nematollahi, A., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S. (2018). The Effect of Two-Stage Warm Compress on the Pain Duration of First and Second Labor Stages and Apgar Score in Prim Gravida Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 7 (1), 21-26.
40. Dahlen, HG., Homer, CSE., Cooke, M., Upton, AM., Nunn, R., Brodrick, BS. (2007). Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *BIRTH* 34:4.
41. Mamuk, R., Gençalp, NS. (2013). Vajinal Doğumda Perineye Sıcak Uygulamanın Perine Bütünlüğü ve Ağrıya Etkisi. *International Journal of Human Sciences*, 10(2), 48-66.

42. Fatemeh, A., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, MR., Hazeghi, N. (2018). Investigating the Effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomies and Perineal Tears in Primiparous Females. *Medical-Surgical Nursing Journal*,;7(1).
43. Karaöz, B., Saruhan, A. (2012). Perinenin Korunması İçin İntrapartum Girişimler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,1(4);323-332.
44. Potur, DC., Merih, YD., Külek, H.,Gürkan, ÖC. (2015). Doğum Konforu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18:4;252-258.
45. Cetin, FC., Sezer, A., Merih, YD. (2015). The birth satisfaction scale: Turkish adaptation, validation and reliability study. *North Clin Istanbul*, 2(2):142-150.
46. Schuiling, KD., Sampselle, CM., Kolcaba, K. (2011). Exploring the Presence of Comfort Within The Context of Childbirth. In: Rosamund Bryar, Marlene Sinclaires. *Theory for Midwifery Practic*. Second Edition, New York: PalgraveMacmillan Publisher; p. 197-212.
47. Gungor, I., Beji, NK. (2012). Development and Psychometric Testing of the Scales for Measuring Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth. *Midwifery*, 28,348-357.
48. Karaman, ÖE., Yıldız, H. (2018). Doğum Eylemi Travay Sürecinde Hareket Serbestliği: Nasıl? Ne Sağlar? Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü Nedir? *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*,10(1):78-87.
49. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (2011). L.Taşkın (Ed.) Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. ISBN: 975-94661-0-4.
50. Arslan, H. (2012). Doğum Eylemi. K.Tankuter (Ed.) *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (s.195-213). Koç Üniversitesi Yay. ISBN: 978-605-62575-6-8
51. Kömürcü, N, Ergin, AB. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Bedray Basın Yay. Ltd. Şti. ISBN: 978-605-5989-05-7.
52. Queensland Clinical Guidelines. (2017). Maternity and Neonatal Clinical Guideline- Normal Birth. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf , Erişimi Tarihi: 12.01.2020.
53. Care in Normal Birth: A Practical Guide (2017). Technical Working Group, World HealthOrganization, 24(2);121-3.
54. WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. (2017). Geneva, 2nd ed. ISBN 978-92-4-156549-3.
55. Kadın Sağlığı (2008). A.Şirin (Ed). Bedray Basın Yay. Ltd. Şti. ISBN: 978-605-5989-07-1.
56. Rathfisch, G. (2012) Doğal Doğum Felsefesi (Bölüm 2). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. ISBN: 978-975-420918-1.
57. Başgöl, Ş., Beji NK. (2015). Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3): 66-71.

58. Mamuk, R., Dişsiz, M., Dinç, H. (2018). Sağlık Profesyonellerinin Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulama ve Öğretme Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *JAREN*, 4(1);15-20.
59. Polat, B. Pelvik Taban Kas Zayıflığı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Eğitiminin Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2017.
60. Keith L. Moore, Arthur F Dalley. (2006). *Clinically Oriented Anatomy 2006 5th Ed.* Lippincott Williams &Wilkins in Philadelphia.
61. Paulsen, F., Waschke, J. Sobotta Urban&Fischer-Elsevier, 23. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ, İstanbul. 2010, Sayfa 250-253. ISBN 978-605-333-417-0.
62. Yıldırım, M. Resimli Sistemik Anatomi, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. İstanbul. 2013 Sayfa 303. ISBN 978-975-420-949-5.
63. Bolatlı, G. (2018). Perine Fasyaları Klinik Anatomisi. *SAUHSD*,1(1):2-15.
64. Kömürcü, Ö., Uğur, GM. (2017). Doğuma Bağlı Ortaya Çıkan Pelvik Taban Değişiklikleri. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*, 4: 25-34.
65. Ürinerİnkontinans Tanı ve Tedavi. (2015). Editörler: Rahmi Onur, Ömer Bayrak. Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2, ISBN: 978-975-00112-5-2.
66. Henry Gray; Peter L Williams; Lawrence H Bannister. (1995).*Gray's Anatomy*. New York : Churchill Livingstone.
67. Karahan, N. Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2010.
68. Canaz, E., Ark, HC., Alkış, İ., Han, A., Ölmez, H. (2013). Pelvik Organ Prolapsusu; Anatomik Temeller ve Cerrahi Yaklaşım. *JOPP Derg*, 5(2):47-61.
69. Dönmez, S. Doğum Öncesi Perine Masajı ve Kegel Egzersizlerinin Doğum Sonrası Perine Bütünlüğüne Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, 2014.
70. Royal College of Obstetricians&Gynaecologist. Green-top Guideline No. 29. (2015). The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf> , Erişim Tarihi: 10.01.2020.
71. East, CE., Lau, R., Biro, MA. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1):122-31.
72. Yildirim, G., Beji, NK. (2008). Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. *BIRTH*, 35(1);25-30.
73. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2018). Perineal Tears: A literature review. Sydney NSW 2000, ISBN: 978-1-925665-76-5, 1-48.
74. NICE Clinical Guideline 55. (2007). Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth.

75. Kaddoura, R., DeJonq, J., Zurayk, H., Abbyad, C., Mirza, FG. (2019). Episiotomy Practice in The Middle East: A Lebanese Teaching Tertiary Care Centre Experience. *Women and Birth*32;e223-e228.
76. Wu, LC., Malhotra, R., Allen, JC., Lie, D., Tan, TC., Østbye T. (2013). Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.*, 288;1249-56.
77. Memon, HU., Handa, VL. (2013).Vaginal Childbirth and Pelvic Floor Disorders. *Women's Health*, 9(3), 265-277.
78. Lai, CY., Cheung, HW., Hsi Lao, TT., Leung, TY. (2009). Is the Policy of Restrictive Episiotomy Generalisable? A Prospective Observational Study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(12):1116-1121.
79. Frankman, EA., Wang, Li., Bunker, CH., Lowder, JL. (2009). Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*, 200:573.e1-573.e7.
80. Chen, CY., Wang, KG. (2006). Are Routine Interventions Necessary in Normal Birth? *Taiwanese J Obstet Gynecol*, 45(4):302–306.
81. Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., Maguire, R., Higgins, S., Finan, A., Gormally, S., Doyle, M. (2011). Comparison of Midwife-led and Consultant-led Care of Healthy Women at Low Risk of Childbirth Complications in the Republic of Ireland: A Randomised Trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29;11:85.
82. Woolley, RJ. (1995). BenefitsandRisks of Episiotomy: A Review of the English-language Literature Since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv.*, 50(11);821-35.
83. Labrecque, M., Baillargeon, L., Dallaire, M., Trembly, A., Pinault, JJ., Gingras, S. (1997). Association Between Median Episiotomy and Severe Perineal Lacerations in Primiparous Women. *Can MedAssoc J.*, 156:797-802.
84. Bansal, RK, Tan, WM., Ecker JL., Bishop JT., Kilpatrick SJ. (1996). Is there a Benefit to Episiotomy at Spontaneous Vaginal Delivery? A Natural Experiment. *Am J Obstet Gynecol.*,175:897-901.
85. Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., Garner, P. (2017). Selective Versus Routine Use of Episiotomy for Vaginal Birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000081.
86. Borghi, J., Fox-Rushby, J., Bergel, E., Abalos, E., Hutton, G., Carroli, G. (2002). The Cost-Effectiveness of Routine Versus Restrictive Episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol*, 186(2):221-8.
87. Singh, S., Thakur, T., Chandhiok, N., Dhillon, BS. (2016). Pattern of Episiotomy Use&Its Immediate Complications Among Vaginal Deliveries in 18 Tertiary Care Hospitals in India. *Indian J Med Res.*, 143(4): 474-80.
88. EURO-PERISTAT Project, European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. (2013). Editors: Zeitlin, J., Mohangoo, A., Delnord, M.

89. Sweidan, M., Mahfoud, Z., DeJong, J. (2008). Hospital Policies and Practices Concerning Normal Childbirth in Jordan. *Studies in Family Planning*, 39(1); 59-68.
90. Husic, A., Hammoud, MM. (2009). Indications for the Use of Episiotomy in Qatar *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104;240–248.
91. Graham, ID., Carroli, G., Davies, C., Medves, JM. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*,32(3):219-23.
92. Ratfisch, G., Dikencik, BK., Beji, NK., Comert, N., Tekirdag, AI., Kadioglu, A. (2010). Effects of Perineal Trauma on Postpartum Sexual Function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12); 2640-9.
93. Çalik, KY., Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2018). First Do No Harm-Interventions During Laborand Maternal Satisfaction: A Descriptive Cross-Sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:415
94. Sooklim, R., Thinkhamrop, J., Lumbiganon, P., Prasertcharoensuk, W., Pttamadilok, J., Seekorn, K., Chongsomchai, C., Pitak, P., Chansamak, S. (2007). The outcomes of midline versus mediolateral episiotomy. *Reproductive Health*; 4:10.
95. Kalis, V., Laine, K., de Leeuw, JW., Ismail KM., Tincello DG. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*,119:522-526.
96. Twidale, E., Cornell, K., Litzow, N., Hotchin, A. (2013). Obstetric Anal Sphincter Injury Risk Factors and the Role of the Mediolateral Episiotomy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 53;17-20.
97. Revicky, V., Nirmal, D., Mukhopadhyay, S., Morris, EP., Nieto, JJ. (2010). Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology*, 150;142-6.
98. Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E., Norman, M. (2000). Is it Necessary to Suture All Lacerations After A Vaginal Delivery? *BIRTH*, 27:2; 79-85.
99. Hervas, MI., Sancgez, E., Espuna-Pons, M. (2015). Second Degree Perineal Tears in Primiparous Women with Spontaneous Vaginal Delivery. Risk Factors. *Int. Jour. Of Women's Health and Repr. Sci*,3(2);84-88.
- 100.Świeboda, P., Filip, R., Prystupa, A., Droz, M. (2013). Assessment of Pain: Types, Mechanism and Treatment. *Ann Agric Environ Med.*, Special Issue 1;2-7.
- 101.Sanders, J., Peters, Campbell, R. (2005). Techniques to Reduce Perineal Pain During Spontaneous Vaginal Delivery and Perineal Suturing: A UK Survey of Midwifery Practice. *Midwifery*, 21;154-160.
- 102.Dahlen, HG., Homer, CSE., Cooke, M., Upton, AM., Nunn, R., Brodrick, BS. (2009). Soothingthe Ring of Fire': Australian Women's and Midwives' Experiences of Using Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labour. *Midwifery*, 25, e39-e48.
- 103.Williams, A., Herron-Marx, S., Knibb, R. (2005). The Prevalence of Enduring Postnatal Perineal Morbidity and Its Relationship to Type of Birth and Birth Risk Factors. *Journal of Clinical Nursing*, 16;549-561.

- 104.Zhang, Y., Huang, L., Ding, Y., Shi, Y., Chen, J., McArthur, A. (2017). Management of Perineal Pain Among Postpartum Women in An Obstetric and Gynecological Hospital in China: A Best Practice Implementation Project. *JBIC Database System Rev Implement Rep.*, 15(1);165-177.
- 105.Albers, LL., Borders, N. (2007). Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. *J Midwifery Womens Health.* 52(3), 246-253.
- 106.Andrews, V., Thakar, R., Sultan, AH., Jones, PW. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia- A prospective study. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology* 137, 152-156.
- 107.Albers, L., Garcia, J., Renfrew, M., McCandlish, R., Elbourne, D. (1999). Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain. *BIRTH*, 26(1), 11-15.
- 108.Way, S. (2012). A Qualitative Study Exploring Women's Personal Experiences of their Perineum After Childbirth: Expectations, Reality and Returning to Normality. *Midwifery*, e712-e719.
- 109.Moini, A., Yari, RE., Eslami, B. (2009). Episiotomy and Third- and Fourth-Degree Perineal Tears in Primiparous Iranian Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104, 240-248.
- 110.ACOG PracticeBulletin. (2017). Postpartum Hemorrhage. Number 183. 130(4), e170-186.
- 111.Fukami, T., Koga, H., Goto, M., Ando, M., Matsuoka, S., Tohyama, A., Yamamoto, H., Nakamura, S., Koyangi, T., To, Y., Kondo, H., Eguchi, F., Tsujioka, H. Incidence and Risk Factors for Postpartum Hemorrhage Among Transvaginal Deliveries at a Tertiary Perinatal Medical Facility in Japan. *PLOS ONE*, 14(1). e0208873.
- 112.Peksoy, S. Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahalelerinin Doğum Sonu Kanamalarındaki Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi*, 2018.
- 113.Elharmeel, SMA., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., vanDrie, ML. (2011). Surgical Repair of Spontaneous Perineal Tears that Occur During Childbirth Versus No Intervention (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* Aug 10;(8):CD008534.
- 114.Pietras, J., Taiwo, BF. (2012). Episiotomy in Modern Obstetrics Necessity Versus Malpractice. *Adv Clin Exp Med.*, 21(4); 545-550.
- 115.Altuntuğ, K., Kızılırmak, A., Kartal, B., Başer, M. (2010). Vajinal Doğumlarda Perine Travmasının Önlenmesinde Perine Masajının Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 62-65.
- 116.Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. (2019). *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 48;455-460.
- 117.Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., Vendittelli, F.(2018). Practices During The Active Second Stage of Labor: A Survey of French Midwives. *Midwifery*, 60:48-55.
- 118.Güngör, İ., Yıldırım-Rathfisch, G. (2009). Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,2;56-65.

- 119.Koyucu, RG., Demirci, R. (2016). Doğumun İkinci Evresinde Kullanılan İkınma Tipleri: Literatür Gözden Geçirme Çalışması. JAREN, 2(1):33-39
- 120.Habek, D., Tikvica Luetić, A., Marton, I., Prka, M., Pavlović, G., Kuljak, Z., Svanjug, D., Mužina, Z. (2018). Modified Ritgen Maneuver in Perineal Protection-Sixty-Year Experience. Acta Clin Croat, 57;116-121.
- 121.WHO Recommendation on Techniques For Preventing perineal trauma during labour. (2018). <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-techniques-preventing-perineal-trauma-during-labour>, Erişim Tarihi: 10.01.2020.
- 122.DiFranco, JT., Romano, AM., Keen, R. (2007). CarePractice #5: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions. Journal of Perinatal Education, 16(3), 35-38.
- 123.Kaya, N., Demirel, G. (2018). İntrapartum Perine Masajı Uygulamasına Güncel Bakış. Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg.,(3)1:33-40.
- 124.Adler, BB., Bodner, K., Mayerhofer, K. (2002). Perineal massage during pregnancy in primiparous women. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 78, 51-53.
- 125.Attarha, M., Vakilian, K., Bekhradi, R. (2009). Effect of perineal massage with Lavender Essence on episiotomy and laceration. Journal of Babol University of Medical Sciences, 11(4), 25-30.
- 126.Araújo, NM., Vasconcellos de Oliveira, SMJ. (2008). TheUse of Liquid Petroleum Jelly in the Prevention of Perineal Lacerations During Birth. Rev Latino-am Enfermagemmaio-junho, 16(3), 375-81.
- 127.Dönmez, S., Kavlak, O. (2015). Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine. Health, 7, 495-505.
- 128.Antenatal perineal massage. Information for women. (2017). Oxford University Hospitals NHS. <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/10938Pmassage.pdf>, Erişim Tarihi: 07.01.2020.
- 129.Harlev, A., Pariente, G., Kessous, R., Aricha-Tamir, B., Weintraub, AY., Eshkoli, T., Dukler, D., Ayun, SB., Sheiner, E. (2013). Can We Find the Perfect Oil to Protect The Perineum? A Randomized-Controlled Double-Blind Trial. J Matern Fetal Neonatal Med.,26(13):1328-31.
- 130.Dame, J., Neher, J., Safranek, S. (2008). Does Antepartum Perineal Massage Reduce Intrapartum Lacerations? The Journal of Family Practice, Vol 57, No7;480-481.
- 131.Dönmez, S. (2011). Doğum Öncesi Perine Masajı. Dirim Tıp Gazetesi, 86:2;72-77.
- 132.Fact Sheet Perineal Massage. (2016). NSW Government, Women's&Newborn Health Westmead Hospital.
- 133.American College of Nurse-Midwives. (2016). Perineal Massage in Pregnancy. <http://www.mvmidwives.ca/wp-content/uploads/2018/06/BP-PerinealMassageJMWH.pdf> Erişim Tarihi: 07.01.2020.

134. Jones, LE., Marsden, N. (2008). The Application of Antenatal Perineal Massage: A Review of Literature to Determine Instruction, Dosage and Technique. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 102, 8-11.
135. Mei-dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A., Hallak, M. (2008). Perineal Massage during Pregnancy: A Prospective Controlled Trial. *IMAJ*, 10;499-502.
136. Ibrahim, HA., Elgzar, WTL., Hassan, HE. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), Ver. V. PP 64-76.
137. Ganji, J., Shirvani, MA., Rezaei-Abhari, F., Danesh, M. (2013). The Effect of Intermittent Local Heat and Cold on Labor Pain and Child Birth Outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 18(4), 298-303.
138. Mohamed, ML., Mohamed, SL., Gonied, AS. (2011). Comparative Study between Two Perineal Management Techniques Used to Reduce Perineal Trauma during 2nd Stage of Labor. *Journal of American Science*, 7(11);228-232.
139. Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, HB., Dahlen, GH., Akbarzadeh, M., Özcan, T., Berghella, V. (2019). Warm Perineal Compresses during the Second Stage of Labor for Reducing Perineal Trauma: A Meta-Analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240;93-98.
140. Ahmad, ER., Turky, HA. (2010). Effect of Applying Warm Perineal Packs During the Second Stage of Labor on Perineal Pain Among Primiparous Women. *AAMJ*, 8(3), 1-26.
141. Essa, RM., Ismail, NIAA. (2016). Effect of Second Stage Perineal Warm Compresses on Perineal Pain and Outcome Among Primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4);48-58.
142. Vaziri, F., Farahmand, M., Samsami, A., Forouhari, S., Hadianfard, MJ., Sayadi, M. (2014). The Effects of Warm Perineum Compress During The Second Phase Of Labor on First- Birth Outcomes. *Modern Care Journal*, 28-36.
143. Mamuk, R. Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2008.
144. Karakaplan, S., Yıldız, H. (2012). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1);55-65.
145. Schuiling, KD., Sampson, CM. (1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1); 77-81.
146. Simkin, P. (1995). Reducing Pain and Enhancing Progress in labor: A Guide to Nonpharmacologic Methods for Maternity Caregivers. *BIRTH*, 22(3);161-171.
147. Yaşar, H. Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının Doğum Konforu, Perineal Ağrı ve Travmaya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü üniversitesi, 2019.
148. Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg.*, 36(3); 184-190.

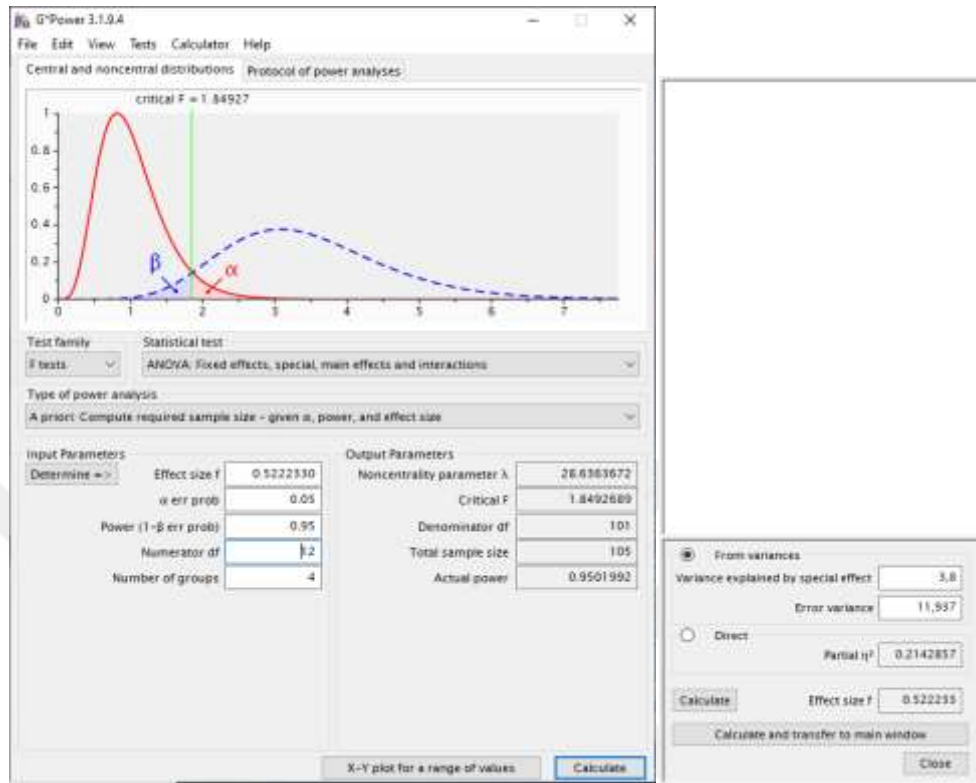
- 149.Özcan, Ş.,Aslan, E. (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg.*, 23(1):41-48.
- 150.Çıtak, NB., Ak, B., Potur, DC., Ayhan, F. (2018). Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. *HSP*, 5(3):342-352.
- 151.Kaya, N., Demirel, G. (2019). Perineal Travmayı Azaltmaya Yönelik Alternatif Yöntemler. *ACU Sağlık Bil Derg.*, 10(2):156-160.
- 152.Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., Smith, V. (2019). A Qualitative Exploration of Techniques Used by Expert Midwives to Preserve the Perineum Intact. *Women and Birth* 32:87–97.
- 153.Ott, J., Gritsch, E., Pills, S., Kratschmar, S., Promberger, R., Seemann, R., Fürst, S., Bancher-Todesca, D., Hauser-Auzinger, C. (2015). A Retrospective Study on Perineal Lacerations in Vaginal Delivery and the Individual Performance of Experienced Midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:270.
- 154.Dencker, A., Smith, V., McCann, C., Begley, C. (2017). Midwife-Led Maternity Care in Ireland – A Retrospective Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:101.
- 155.Mizrachi, Y., Leytes, S., Levy, M., Hiaev, Z., Ginath, S., Bar, J., Kovo, M. (2017). *Birth*, 44:161–166.
- 156.Çapık, A., Özkan, H., Apay, SE. (2014). Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *DEUHYO ED*, 7(3), 186-192.
- 157.Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, AK., Starrin, B., Larsson, G. (2011). Birth giving Women's Feelings and Perceptions of Quality of Intrapartal Care: A Nationwide Swedish Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Nursing*, 20;1168-77.
- 158.Ertem, G., Sevil, G. (2007). Geliştirilen Standartlar Doğrultusunda Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(2).
- 159.Timur, S., Hotun-Şahin, N. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1;29-40.
- 160.Eti-Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1);9-16.
- 161.Cline, ME., Herman, J., Show, F., Marton, RD. (1992) Standardization of the Visual Analogue Scale. *NursRes*, 41(6):378-379.
- 162.HollinsMartin, C.J., Fleming, V. (2011). The Birth Satisfaction Scale (BSS). *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2):124-135.
- 163.The Outcomes of Midline Versus Medio-Lateral Episiotomy. *Reprod Health*, 29;4:10.
- 164.Demir, S. Doğumun Birinci Evresinde Ebenin Uyguladığı Perine Masajının Genital Travmaları ve Postpartum Ağrıyı Azaltmadaki Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2011.
- 165.Fodstad, K., Laine, K., Staff, AC. (2012). Different Episiotomy Techniques, Postpartum Perineal Pain, and Blood Loss: An Observational Study. *Int Urogynecol J*.

- 166.Erkaya, R. Vajinal Doğum Sonrası Uterus Masajının Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisi Doktora Tezi, Kafkas Üniversitesi, 2019.
- 167.Rizk, DEE., Abadir, MN., Thomas, LB., Abu-Zidan, F. (2005). Determinants of The Length of Episiotomy or Spontaneous Posterior Perineal Lacerations During Vaginal Birth. *Int Urogynecol J.*, 16;395-400.
- 168.Kawasoe, I., Kataoka, Y. (2019). Prevalenceand Risk Factors for Postpartum Urinary Retention After Vaginal Delivery in Japan: A Case-Control Study. *Jpn J Nurs Sci.*, e12293.
- 169.Türkmen, H. Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, 2017.
- 170.Çakıl NA. Travaydaki Gebelere Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Annelik Hüznü ve Doğum Deneyiminden Memnuniyet Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2011.
- 171.Erenoğlu, R. Ekspresif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2013.
- 172.Ghani, RMA. (2014). Effect of Heat and Cold Therapy during the First Stage of Labor on Women Perception of Birth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 4(26),66-73.
- 173.Göneç, İM., Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3);129-144.
- 174.Tork Zahrani, SH., Honarjou M., Jannesari SH., Alavi Majd Hamid. (2006). Effects of Massage on Delivery Satisfaction in Primiparous Women Referring to Ayatollah Shaheed Beheshti Hospital in Isfahan. *Advances in Nursing and Midwifery (Faculty Of Nursing Of Midwifery Quarterly)*, 16(53);3-10
- 175.Taavoni, S., Abdolahian, S., Haghani, H. (2013). Effect of Sacrum-Perineum Heat Therapy on Active Phase Labor Painand Client Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial Study. *Pain Medicine*, 14; 1301-06.
- 176.Göneç, İ. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2013.
- 177.Erenel, AŞ., Çiçek, S. (2018). Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2);123-129.



8. EKLER

EK-1 ARAŞTIRMANIN GÜÇ ANALİZİ



EK-2 ETİK KURUL ONAY RAPORU

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 90057706-514.10
Konu : 2018/13 Etik Kurul Kararı

Sayın Prof. Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi
ANKARA

18.04.2018 tarihinde Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'u Prof. Dr. Aykan YÜCEL başkanlığında toplandı.

Toplantıda Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN ve Yardımcı Araştırmacı Gamze ACAVUT tarafından başvurusu yapılan "Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi " adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler incelenerek 2018/13 karar, kapalı zarf içerisinde Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ile ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
Başhekim

Ek:I Adet Kapalı Zarf

Adres: Etik Zübeyde Hanım KH EAH Yeni Etik Cad. No:35 Y.Mahalle/ANKARA
e-posta: ezhegitim@gmail.com

İletişim: Meral KARAYEL
312 567 47 24-4725
Telefon: 312 567 40 00 Fax: 312 322 01 84

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden #42e931e-75df-456d-a78a-b7a510f3db04 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2 ETİK KURUL ONAY RAPORU-DEVAM

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastanesi E.A.H Klinik Uygulamalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	YENİ ETLİK CADDESİ NO:55 KEÇİÖREN/ANKARA 06010
	TELEFON	0.312.5674000/4725
	FAKS	0312.3220184
	E-POSTA	etikkurul.ezh@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Tez Öğrencisi Gamze ACAVUT			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diger ise belirtiniz: Gözlemsel					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aykın YÜCEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2 ETİK KURUL ONAY RAPORU-DEVAM

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU		02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	Bulunmamaktadır		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	Bulunmamaktadır.	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/13	Tarih: 18.04.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurumumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına ve söz konusunu klinik araştırma başvuru dosyasının kabulüne oy birliği ile karar verilmiştir.			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aykan YÜCEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer olmadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ASLİ ÇİFTLİK

EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

“Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj Ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli bir araştırma yapmaktayız. Bu çalışma, doktora tezi olarak, araştırma amacıyla yapılmaktadır ve katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Bu araştırmaya davet edilmenizin nedeni normal doğum yaparken doku yırtılması riskinizin bulunmasıdır. Amacımız masaj ve sıcak uygulama teknikleri ile doku yırtıklarını ve ağrıyı azaltmaktır. Araştırma kapsamında tıbbi bir tedavi, ilaç uygulaması vb. yapılmamaktadır. Ayrıca araştırma kapsamında herhangi bir örnek, numune vb alınmamaktadır.

Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gülhane EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Uzm. Hemş. Gamze ACAVUT, Doç Dr. Gülten GÜVENÇ ve Prof. Dr. K.Emre KARAŞAHİN’in sorumluluğu altındadır.

Sizi bu çalışmaya dahil ederken masaj, sıcak uygulama ya da sıcak uygulama+masaj gruplarından herhangi birine dahil edebiliriz. Eğer bu uygulamalardan herhangi birini yaptırmak istemezseniz, sizi kontrol grubuna dahil edebiliriz. Hangi grupta olacağınız sizin seçiminize bırakılmaktadır.

Bu çalışma, doğumun gerçekleşmesini sağlayan (perineye) bölgeye masaj ve/veya sıcak uygulama yaparak doğuma yardımcı dokularda oluşabilecek hasarların azaltılabilmesi için yapılmaktadır. Ayrıca yapılan uygulamaların ağrıyı hafifletmesi ve doğum deneyimine konfor katması beklenmektedir.

Araştırmacılar, size ilişkin verileri sağlık alanında, eğitimde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Doğum sırasında doğuma yardımcı dokuların bulunduğu (perine) bölgede yırtık oluşma riski vardır. Yapılan araştırmalarda doğum eyleminde hasar/yırtık oluşmaması ve ağrının azaltılmasında (perine) doğuma yardımcı dokulara masajın faydalı olabileceği belirtilmektedir. Bu masajın herhangi bir zararı ve riski bulunmamaktadır.

Doğuma yardımcı dokulara (perineye) masaj yapılırken, araştırmacı ellerini yıkar ve eldivenlerini giyer. Sonrasında mahremiyetinizin korunmasını sağlar ve kayganlık sağlamak amacıyla masajı yapmaya başlar. Masaj için iki parmağını 3 - 4 cm haznenin (vajina) içine sokar, genişletme hareketi yaparak doğuma yardımcı kaslarınızı (perine) nazikçe genişletir. Parmaklarını bir ‘U’ hareketi yapar gibi hazne (vajina) çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirir. Yanlara yapılan her hareketle makata (antise) doğru hafifçe bastırır ve sonra 1 - 2 dakika bekler. Bu hareketin kasların esnekliğini arttırmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir. (Masajın nasıl yapılacağı resimler ile arka sayfada gösterilmektedir.)

Masaj uygulanırken yanma ve ağrı hissettiğinizde bunu araştırmacıya iletebilirsiniz. Masajın durdurulmasını istediğinizde masaja ara verilir. Eğer devam edilmesini istemezseniz masaj tamamen sonlandırılır.

Doğum eyleminde oluşabilecek hasarın/yırtıkların azaltılmasında ve ağrının hafifletilmesinde, sıcak uygulamanın faydalı olabileceği bazı araştırmalarda belirtilmektedir. Sıcak uygulamanın herhangi bir riski ve zararı bulunmamaktadır. Sıcak petler ile doğuma yardımcı dokuların (perine) olduğu alana 30 dakika hafif bastırılarak sıcak uygulama yapılacaktır. (Soğuyan, kirlenen petler yenisi ile değiştirilecektir.)

Araştırmada yer alıp almak size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz bir zamanda neden göstermeksiniz çalışmayı bırakabilirsiniz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, size herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Herhangi bir yaptırım ya da hak kaybınız olmadan araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Teşekkürler.

ADI : Prof. Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN

ADI : Uzm. Hemş. Gamze ACAVUT

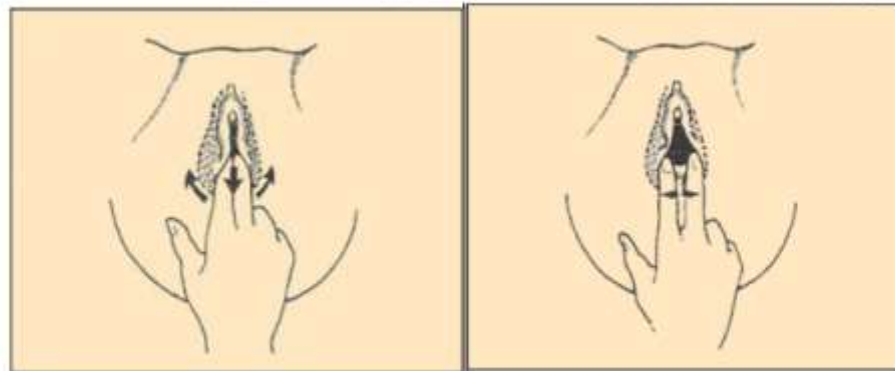
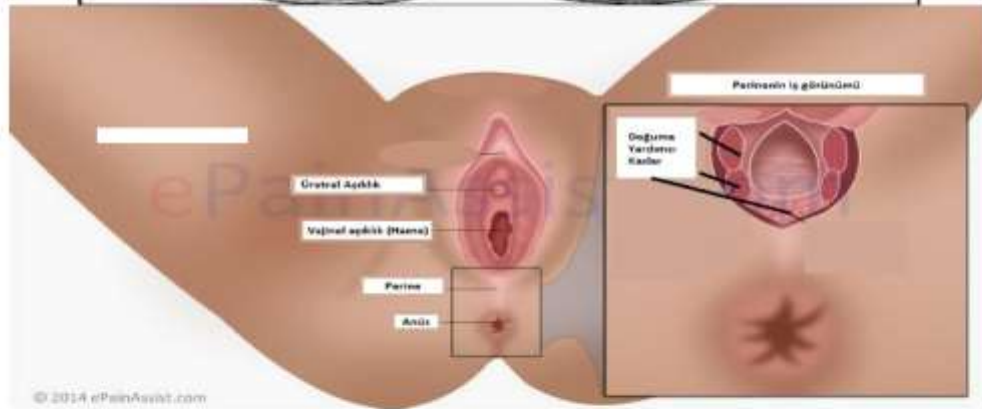
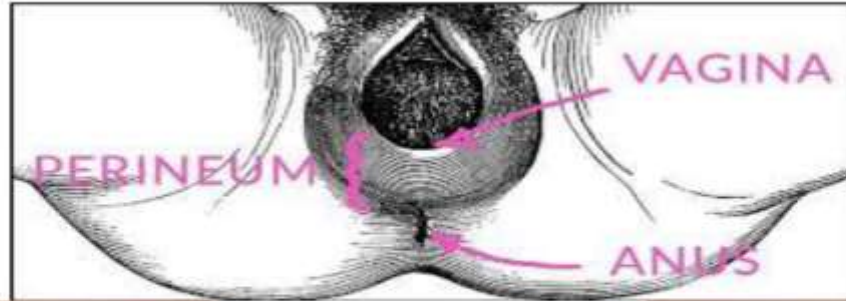
GÖREVI : Kadın Hast. ve Doğum BD. Bşk./Birim Sorumlusu

GÖREVI : Kadın Hastalıkları ve Doğum BD.

TLF : 0312 304 58 07

TLF : 0555 804 17 83

EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-DEVAM



EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-DEVAM

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında, Prof. Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN, Uzm. Hemş. Gamze ACAVUT ve Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Prof. Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN’i, 0312-304-58-07 ve Uzm. Hemş. Gamze ACAVUT’u 0555-804-17-83 numaralı telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Sorumlu Araştırmacının Adı: Kazım Emre KARAŞAHİN

Diğer Araştırmacıların Adı: Gamze ACAVUT-Gülten GÜVENÇ

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Sorumlu Araştırmacı

Adı, soyadı: K. Emre KARAŞAHİN

Adres: Gülhane EAH Etlik Keçiören Ankara

Tel: 0312-304-58-07

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-4 RANDOMİZASYONA GÖRE BELİRLENEN ÇALIŞMA GRUPLARI

IP: 176.88.87.155 -Timestamp: 2020-01-03 12:37:59 UTC

1. Perineal Sıcak	61. Perine Masajı
2. Perine Masajı+Perineal Sıcak	62. Perine Masajı+Perineal Sıcak
3. Perineal Sıcak	63. Perine Masajı+Perineal Sıcak
4. Perine Masajı	64. Perine Masajı
5. Perine Masajı+Perineal Sıcak	65. Kontrol
6. Perineal Sıcak	66. Kontrol
7. Perine Masajı	67. Perine Masajı+Perineal Sıcak
8. Perineal Sıcak	68. Kontrol
9. Kontrol	69. Kontrol
10. Perineal Sıcak	70. Perine Masajı
11. Perineal Sıcak	71. Perine Masajı+Perineal Sıcak
12. Perine Masajı	72. Perine Masajı
13. Perine Masajı+Perineal Sıcak	73. Perineal Sıcak
14. Perine Masajı	74. Perine Masajı+Perineal Sıcak
15. Kontrol	75. Perineal Sıcak
16. Perine Masajı+Perineal Sıcak	76. Perine Masajı
17. Perineal Sıcak	77. Perineal Sıcak
18. Perine Masajı	78. Perine Masajı
19. Perine Masajı	79. Kontrol
20. Perineal Sıcak	80. Perine Masajı+Perineal Sıcak
21. Perine Masajı+Perineal Sıcak	81. Kontrol
22. Perineal Sıcak	82. Perine Masajı+Perineal Sıcak
23. Perineal Sıcak	83. Perine Masajı
24. Perine Masajı	84. Kontrol
25. Kontrol	85. Kontrol
26. Perineal Sıcak	86. Perineal Sıcak
27. Perine Masajı+Perineal Sıcak	87. Perineal Sıcak
28. Perine Masajı	88. Perine Masajı
29. Perine Masajı+Perineal Sıcak	89. Perineal Sıcak
30. Perine Masajı	90. Kontrol
31. Perine Masajı+Perineal Sıcak	91. Perine Masajı+Perineal Sıcak
32. Perineal Sıcak	92. Perine Masajı+Perineal Sıcak
33. Perine Masajı	93. Perineal Sıcak
34. Perine Masajı	94. Perineal Sıcak
35. Kontrol	95. Perine Masajı+Perineal Sıcak
36. Perineal Sıcak	96. Perineal Sıcak
37. Perine Masajı+Perineal Sıcak	97. Kontrol
38. Kontrol	98. Perine Masajı
39. Perineal Sıcak	99. Kontrol
40. Perine Masajı+Perineal Sıcak	100. Kontrol
41. Perine Masajı+Perineal Sıcak	101. Perineal Sıcak
42. Perine Masajı+Perineal Sıcak	102. Perine Masajı+Perineal Sıcak
43. Perine Masajı	103. Perineal Sıcak
44. Perine Masajı+Perineal Sıcak	104. Kontrol
45. Kontrol	105. Perine Masajı+Perineal Sıcak
46. Perine Masajı+Perineal Sıcak	106. Kontrol
47. Perine Masajı	107. Kontrol
48. Perine Masajı	108. Kontrol
49. Perine Masajı	109. Perineal Sıcak
50. Kontrol	110. Kontrol
51. Perineal Sıcak	111. Kontrol
52. Perineal Sıcak	112. Perineal Sıcak
53. Perine Masajı	113. Perine Masajı+Perineal Sıcak
54. Perine Masajı	114. Kontrol
55. Kontrol	115. Perine Masajı
56. Perine Masajı	116. Perine Masajı+Perineal Sıcak
57. Perine Masajı+Perineal Sıcak	117. Kontrol
58. Perineal Sıcak	118. Kontrol
59. Perine Masajı+Perineal Sıcak	119. Perine Masajı
60. Perine Masajı	120. Kontrol

**EK-5 SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER VERİ
TOPLAMA FORMU**

A.SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU	
I. BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
1. Yaş:	
2. Boy:	
3. Kilo:	
4. Gebelikte alınan kilo:	
5. Eğitim durumu:	<input type="checkbox"/> Okur-Yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Orta Öğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans
6. Çalışma durumu:	<input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor
7. Sosyal güvence:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
8. Yaşanılan yer:	<input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> Diğer
II. BÖLÜM: OBSTETRİK ÖZELLİKLER	
1. Düşük/kürtaj:	<input type="checkbox"/> Evet (Sayısı.....) <input type="checkbox"/> Hayır
2. Gebelik haftası:	
3. Gebeliğin istenme durumu:	<input type="checkbox"/> İsteyerek <input type="checkbox"/> İstemeyerek
4. Gebeliğin nasıl oluştuğu:	<input type="checkbox"/> Doğal <input type="checkbox"/> Yardımcı üreme tekniği
5. Doğum eylemine yönelik korku:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
6. Gebelikte yaşanan problem:	<input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> Yok
7. Gebelikte ilaç kullanımı:	<input type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> Hayır

EK-6 DOĞUM EYLEMİ I. VE II. EVRE İZLEM FORMU

B. DOĞUM EYLEMİ I. ve II. EVRE İZLEM FORMU	
I. BÖLÜM: DOĞUM SALONUNA KABUL-KULLANILAN İLAÇLAR-UYGULAMALAR	
1. Travaya kabul saati:	
2. Eylemin başlama saati:	
3. Dilatasyon:	
4. Silinme:	
5. Amnion/Membran: <input type="checkbox"/> Açık (Saat.....) <input type="checkbox"/> Kapalı	
6. Tahmini doğum ağırlığı:	
7. Yaşam bulguları: <input type="checkbox"/> TA: <input type="checkbox"/> Nb: <input type="checkbox"/> Ateş:	
8. Dinoproston (Propes): <input type="checkbox"/> Evet (Doz:.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
9. Oksitosin: <input type="checkbox"/> Evet (Doz:.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
10. Antibiyotik: <input type="checkbox"/> Evet (Doz:.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
11. Hiyosin-n-Butilbromür: <input type="checkbox"/> Evet (Doz:.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
12. Lavman: <input type="checkbox"/> Evet (Doz:.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
13. Petidin: <input type="checkbox"/> Evet (Doz:.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
14. Oksijen: <input type="checkbox"/> Evet (Saat.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
15. Amniyotomi: <input type="checkbox"/> Evet (Saat.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
16. Epidural anestezi: <input type="checkbox"/> Evet (Saat.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
17. Mesane kateterizasyonu: <input type="checkbox"/> Evet (Saat.....) <input type="checkbox"/> Hayır	
18. 1.evrenin süresi:	

B. DOĞUM EYLEMİ I. ve II. EVRE İZLEM FORMU-DEVAM	
II. BÖLÜM: DOĞUM EYLEMİ	
1. Doğum pozisyonu:	
2. Müdahale: <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps	
3. Lokal anestezi: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
4. Kristeller: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
5. Perineyi koruma: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
6. İkinme Biçimi: <input type="checkbox"/> Açık glottis <input type="checkbox"/> Kapalı glottis	
7. Doğum saati:	
8. 2.evrenin süresi:	

EK-7 DOĞUM KONFOR ÖLÇEĞİ (DKÖ)/(CCQ)

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


EK-8 YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ VERİ TOPLAMA FORMU

D. YENİDOĞANA İLİŞKİN ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU
1. Geliş pozisyonu:
2. Boy:
3. Kilo:
4. 1. dk APGAR skoru:
5. 5. dk APGAR skoru:
6. Amnion rengi:
7. Resusitasyon ihtiyacı / Yenidoğan Yoğun Bakım Nakil:

EK-9 PERİNEAL TRAVMA VE KANAMA TAKİP/ÖLÇÜM FORMU

E. PERİNEAL TRAVMA VE KANAMA TAKİP/ÖLÇÜM FORMU
1. Epizyotomi uygulama : <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
2. Epizyotomi şekli: <input type="checkbox"/> Mediolateral <input type="checkbox"/> Median (Midline)
3. Epizyotomi uzunluğu (Sütur-cm):
4. Perineal travma: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5. Perineal travma şekli: <input type="checkbox"/> Laserasyon(Sütur gerektirmeyen) <input type="checkbox"/> Perineal yırtık <input type="checkbox"/> Epizyotomi+Perineal Yırtık <input type="checkbox"/> Hematom
6. Genital yırtığın derecesi: <input type="checkbox"/> I. Derece <input type="checkbox"/> II. Derece <input type="checkbox"/> III. Derece <input type="checkbox"/> IV. Derece
7. Perineal travmanın yeri: <input type="checkbox"/> Vajina <input type="checkbox"/> Labialar <input type="checkbox"/> Periüretral alan <input type="checkbox"/> Klitoris <input type="checkbox"/> Serviks
8. Kanama miktarı (İlk 1 saat-cc):
9. Doğum sonu anormal kanama: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
10. Anormal kanama nedeni: <input type="checkbox"/> Atoni <input type="checkbox"/> Perineal travma <input type="checkbox"/> Belirlenemedi
11. Doğum sonu kanamaya müdahale: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
12. Kanamaya yapılan müdahale: <input type="checkbox"/> Uterotonik <input type="checkbox"/> Transfüzyon <input type="checkbox"/> Cerrahi
13. Kanama öncesi ve sonrası Lab. Bulguları: <input type="checkbox"/> Hb: <input type="checkbox"/> Htc: <input type="checkbox"/> Plt:

EK-10 VİSUAL (GÖRSEL) ANALOG SKALA (VAS)

F. VİSUAL ANALOG SKALA / GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VAS)	
Hiç Ağrı Olmaması	En Şiddetli Ağrı
	
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
Kabul:	
Saat:	
Servikal Dilatasyon 3-4 cm	
- Müdahale öncesi:	
- Müdahale sonrası:	
Saat:	
Servikal Dilatasyon 5-7 cm	
- Müdahale öncesi:	
- Müdahale sonrası:	
Saat:	
Servikal Dilatasyon 8-10 cm	
- Müdahale öncesi:	
- Müdahale sonrası:	
Saat:	
Doğum sonrası 1. saat:	
Saat:	

EK-11 DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (DMÖ)/(BSS)

G. DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (DMÖ)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Doğumumla iyi baş edebildim.	1	2	3	4	5
2. Doğumhane personeli istediğim doğum şekli konusunda beni cesaretlendirdi.	1	2	3	4	5
3. Doğumum için iyi hazırlandım (örn:çok kitap okudum ve/veya doğuma hazırlık sınıfına katıldım, vs).	1	2	3	4	5
4. Benim için doğum stresli bir deneyimdi.	1	2	3	4	5
5. Doğumum çok kolay oldu.	1	2	3	4	5
6. Sağlıklı normal bir doğum yaptım.	1	2	3	4	5
7. Doğum süresince etkin bir tıbbi bakım aldım.	1	2	3	4	5
8. Doğumumda birçok tıbbi müdahale uygulandı (Ör: Suni sancı, forseps, epizyotomi).	1	2	3	4	5
9. Doğumum çabuk ve hızlı oldu.	1	2	3	4	5
10. Doğum eylemim süresince partnerim bana çok iyi destek oldu.	1	2	3	4	5
11. Doğumdan sonra zamanımın büyük bir kısmında bebeğimi kucağıma almam konusunda cesaretlendirildim.	1	2	3	4	5
12. Doğumum planladığımdan çok farklı oldu.	1	2	3	4	5
13. Doğumumun başından sonuna kadar benimle aynı ebe ilgilendi.	1	2	3	4	5
14. Doğumhanenin tehlikesiz ve rahat olduğunu hissettim.	1	2	3	4	5

F. DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (DMÖ)- DEVAM	1	2	3	4	5
15.Doğum süresince ve doğumda çok endişeliydim.	1	2	3	4	5
16.Doğumumu kontrol edemediğimi hissettim.	1	2	3	4	5
17.Doğum süreci hakkında önceden bilgi sahibi olmasam daha iyi olurdu diye hissettim.	1	2	3	4	5
18.Doğum süresince hiçbir sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
19.Bu doğumdaki tecrübemde çok hasar görmüş ve vücudumdan bir parça gitmiş gibi hissettim.	1	2	3	4	5
20.Çok kolay bir şekilde engellenebilecekken, bebeğim doğumda zarar gördü.	1	2	3	4	5
21.Doğumum sırasında benimle ilgilenen personel bana yetersiz tıbbi bakım uyguladı.	1	2	3	4	5
22.Doğal doğum yaptım (ör: Çok az tıbbi girişim uygulandı).	1	2	3	4	5
23.Doğumumun çok uzun sürdüğünü düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24.Doğum eylemim süresince ve doğumda doğum ekibi tarafından iyi desteklendiğimi hissettim.	1	2	3	4	5
25.Doğumdan sonra oldukça uzun bir süre bebeğimden ayrı kaldım.	1	2	3	4	5
26.Doğumum planladığım gibi gerçekleşti.	1	2	3	4	5
27.Doğum eylemim süresince ekibinin benimle iletişimi güzeldi.	1	2	3	4	5
28.Doğum odası temiz ve hijyenikti.	1	2	3	4	5
29.Doğum yapmak inanılmaz derecede ağrılı bir olaydı.	1	2	3	4	5
30.Doğum tahmin ettiğim kadar ağrılı bir olay değilmiş.	1	2	3	4	5

**EK-12 PERİNE MASAJI VE PERİNEAL SICAK UYGULAMA
MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME FORMU**

H. PERİNE MASAJI VE PERİNEAL SICAK UYGULAMA MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME FORMU	
PERİNE MASAJI UYGULAMASI VE MEMNUNİYET	
1. Periyot: Saat:..... Uygulama süresi:..... Servikal açıklık:.....	
2. Periyot: Saat:..... Uygulama süresi:..... Servikal açıklık:.....	
3. Periyot: Saat:..... Uygulama süresi:..... Servikal açıklık:.....	
A. Perine masajı sizce faydalı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
B. Bir daha doğum yaptığınızda perine masajı yaptırmak ister misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
C. Doğum yapacak olanlara perine masajını tavsiye eder misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
D. Bu uygulamaya ilişkin ne söylemek istersiniz? Bu uygulamada beğenmediğiniz yönler nelerdir?	
PERİNEAL SICAK UYGULAMA VE MEMNUNİYET	
1. Periyot: Saat:..... Uygulama süresi:..... Servikal açıklık:.....	
2. Periyot: Saat:..... Uygulama süresi:..... Servikal açıklık:.....	
3. Periyot: Saat:..... Uygulama süresi:..... Servikal açıklık:.....	
A. Sıcak uygulama sizce faydalı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
B. Bir daha doğum yaptığınızda sıcak uygulama yaptırmak ister misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
C. Doğum yapacak olanlara sıcak uygulamayı tavsiye eder misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
D. Bu uygulamaya ilişkin ne söylemek istersiniz? Bu uygulamada beğenmediğiniz yönler nelerdir?	

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı :Gamze ACAVUT
Doğum yeri ve tarihi :Ankara-1986
Uyruğu :T.C.
Medeni durumu :Evli
İletişim adresi ve telefonu :gmzkyl86@yahoo.com
Yabancı dili :İngilizce

II- Eğitimi

Doktora: 2014-2020
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD

Yüksek Lisans: 2009-2012
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Lisans: 2004-2008
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu

Lise: 2000-2004
Gölbaşı Doktor Şerafettin Tombuloğlu YDA Lisesi

III- Mesleki Deneyimi

2016-2020: Gülhane EAH-Kadın Hastalıkları ve Doğum BD.

2014-2016: Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu

2014: Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Anesteziyoloji ve Reanimasyon BD.

2009-2014: Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları BD.

2008-2009: Gülhane Askeri Tıp Akademisi (Stajyer Hemşire)

IV- Bilimsel İlgi Alanları

-KINCI MF., YEŞİLÇINAR İ., ACAVUT G., KARAŞAHİN KE. The opinions and thoughts of the women who had applied hysterosalpingography for the first time: Letter to editor. Journal of the Turkish German Gynecology Association. 2018 May 14. DOI: 10.4274/jtgga.2018.0047. PMID: 29755028.

-YEŞİLÇINAR İ., ACAVUT G., İYİGÜN E., TAŞTAN S. Eight-Step Concept Analysis: Spirituality in Nursing. International Journal for Human Caring, Volume 22, Number 2, 2018. DOI: 10. 20467/ 1091- 5710. 22. 2. 34.

-YEŞİLÇINAR İ., ACAVUT G., ŞAHİN E. Perinatal Kayıp Yaşayan Kadına Yönelik Roy Uyum Modeline Göre Hazırlanan Hemşirelik Bakım Planı, EGE HFD, 2019, 35 (2):85-92.

-ACAVUT G., KURT G., UĞURLU M.: Hemşirelerin Profesyonel Tutumlarının İncelenmesi, Sözel Bildiri+Tam metin. 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya 15-17 Kasım 2018.

-ACAVUT G., GÜVENÇ G.: A Review Of Qualitative Studies On Sexual Life Of Women Diagnosed With Gynaecological Cancer, Poster Presentation, 19th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO), Nice, France, October 24-27, 2015.

-ACAVUT G., GÜVENÇ, G.: Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesinin Önündeki Engeller ve Hemşirenin Destekleyici Rolü, Sözel Bildiri, Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, İzmir 5-7 Kasım, 2015.

V- Diğer Bilgiler

-Serviks Kanseri Farkındalığı Paneli Düzenleme Kurulu. T.C. Sağlık Bakanlığı-Sağlık Bilimleri Üniversitesi -Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 18 Ocak 2018.

-I. Uluslararası II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi Düzenleme Kurulu. T.C. Sağlık Bakanlığı-Sağlık Bilimleri Üniversitesi -Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 2-3 Mayıs 2019.

-Üreme Sağlığı Modül Eğitimleri Sertifika Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şube Md., Ankara 2019.

-Doğumda Bel Ağrısı ile Baş Etme: Lumbosakral Bölgeye İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (İSSE) Beceri Kursu, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, İstanbul, 22 Mart 2018.

-Aile Planlaması Klinik Uygulama Sertifika Programı (RİA Uygulama), T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şube Md., Ankara 31 Ekim-20 Kasım 2018.