



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**DOĞUMDA VAZELİNLE UYGULANAN PERİNEAL MASAJIN
DOĞUM SÜRECİNE ETKİLERİ**

YAĞMUR İRMAK ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. MELTEM DEMİRGÖZ BAL

İSTANBUL

2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUMDA VAZELİNLE UYGULANAN PERİNEAL MASAJIN
DOĞUM SÜRECİNE ETKİLERİ**

YAĞMUR İRMAK ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. MELTEM DEMİRGÖZ BAL

İSTANBUL

2020

TEZ ONAY FORMU

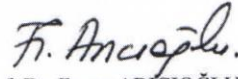
Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Yağmur İRMAK ÇELİK
Sınav Tarihi ve Saati : 22/01/2020-13.00
Tez Başlığı : Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza
Danışman	Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ (Biruni Üniversitesi)	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun05.02.2020.....tarih ve81.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Öğrencinin Adı, Soyadı

YAĞMUR İRMAK ÇELİK

İmza



TEŞEKKÜR

Bir Türk kadını olarak bu tezi yazabilmemi sağlayan Türk Milletinin banisi, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu ebedi BaŐkomutanımız Gazi Mustafa Kemal Atatürk'e,

Tez çalışmam sürecinde sonsuz sabır ve anlayıŐıyla yardımlarını gördüğüm, kendisini tanıma Őerefine nail olduğm, ğrencisi olmaktan gurur duyduğm tez danıŐmanım Doç. Dr. Meltem Demirgöz Bal'a,

Tez çalışmam süresince her türlü öneri, yardım ve kolaylığı sağlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Op. Dr. Hüseyin Dayan'a,

Tez çalıŐmamın veri toplama aşamasında yardım ve desteklerini gördüğüm Arnavutköy Devlet Hastanesi yöneticilerine, doktor, ebe ve diğer hastane personeline, yapmıŐ olduğ çevirilerle katkıda bulunan Ceren Danacı'ya,

Hayatımın her anında yanımda olan, hayatımı kolaylaŐtıran annem Fetiye İrmak'a desteklerini esirgemeyen babam İsmet İrmak'a ve kardeŐlerime,

Hayattaki en büyük Őansım olduğna inandığım eŐim mer elik'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

BEYAN

TEŞEKKÜR i

İÇİNDEKİLER ii

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi iv

Şekiller Listesi v

Tablolar Listesi vi

Ekler Listesi vii

1. TÜRKÇE ÖZET..... 1

2. İNGİLİZCE ÖZET..... 2

3. GİRİŞ ve AMAÇ 3

4. GENEL BİLGİLER 5

4.1. Normal Doğum Eylemi ve Doğum.....5

4.2.Maternal Anatomi 5

4.3.Doğumda Perineal Travma..... 11

4.4.Perineal Travmayı Azaltmayı Amaçlayan Uygulamalar.....16

4.5.Perineal Masaj.....17

5. GEREÇ ve YÖNTEM 19

5.1. Araştırmanın Tipi 19

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 19

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 19

5.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
5.5. Verilerin Toplanması	24
5.6.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	29
6. BULGULAR	31
7. TARTIşMA	45
8. KAYNAKLAR	60
9. EKLER.....	73
10. ÖZGEÇMİş	91

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

NST: Non Stres Test

REEDA: Redness (Kızarıklık), Edema (Ödem), Ecchymosis (Ekimoz), Discharge (Akıntı), Approximation (Yara dudaklarının kapanması)

Ort: Ortalama

PT: Perineal Travma

PA: Perineal Ağrı

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma

ND: Normal Doğum

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

MASF: McGill Melzack Ağrı Soru Formu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICM: The International Confederation of Midwives (Uluslararası Ebeler Derneği)

SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Kanada Obstetri ve Jinekologlar Birliği)

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

Şekiller Listesi

Şekil 1 Kadın Dış Üreme Organları

Şekil 2 Perine Anatomisi

Şekil 3 Epizyotomi Açılması ve Onarımı

Şekil 4 Perineal Masaj

Şekil 5 Consort Akış Şeması

Şekil 6 Araştırma Akış Şeması



Tablolar Listesi

TABLO 6.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

TABLO 6.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

TABLO 6.3. Katılımcıların Yenidoğanlarının Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.4. Katılımcıların (Multipar) Önceki Doğumları Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.5. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travma Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.6. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travma Oluşma Yerleri Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.7. Katılımcıların REEDA Skalası Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.8. Katılımcıların Doğum Süreleri Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.9. Katılımcıların Doğum Sonu Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6.10. Katılımcıların Ağrının Yeri ve Ağrının Özelliği Bulgularının Karşılaştırılması

Tablo 6-11. Katılımcıların Ağrının Zamanla İlişkisi ve Artıran/Azaltan Faktörlerin Karşılaştırılması

TABLO 6.12. Katılımcıların Hissettikleri Ağrının Şiddetini Tanımlayan Sözcüklerin Karşılaştırılmaları

Ekler Listesi

Ek – 1: Gebe Tanılama Formu	73
Ek – 2: REEDA Skalası	77
Ek – 3: Görsel Kıyaslama Ölçeği.....	78
Ek – 4: McGill Melzack Ağrı Formu.....	79
Ek – 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	83
Ek – 6: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	88
Ek – 7: Marmara Üniversitesi Tez Öneri Formu Onayı.....	89
Ek – 8: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Onayı.....	90
Ek – 9: Hastane Ön İzin Formu	96

Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri

Öğrencinin Adı: Yağmur İRMAK ÇELİK

Danışmanı: Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Anabilim Dalı: Ebelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu araştırma doğum eyleminin birinci evresinden (aktif faz) ikinci evresine kadar vazelin ile yapılan perineal masajın perineal travma, postpartum perineal ağrı ve perineal iyileşme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

Gereç- Yöntem: Çalışma Kasım 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında 120 masaj grubu (vazelinle perineal masaj, vazelinsiz perineal masaj) ve 60 kontrol grubu (hastane rutinleri uygulanmıştır) olmak üzere toplam 180 gebe ile travay süresince yapılmıştır. Masaj grubuna araştırmacı tarafından, doğum eyleminin aktif fazında toplam 5 kez vazelin ile 10 dk boyunca perineal masaj uygulanmıştır. Veriler GKÖ, REEDA ve McGill Melzack Ağrı Anketi ile elde edilmiştir.

Bulgular: Vazelin ile perineal masaj yapılan grupta %42, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta %50 ve perineal masaj yapılmayan kontrol grubunda %87 oranında perineal travma gelişmiştir ($p<0,00$). Kontrol grubunda 2. derece perine yırtığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır ($p <0,04$). Vazelinle perineal masaj yapılan grupta doğumun toplam süresi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa olduğu belirlenmiştir ($p<0,00$). Postpartum 3-4.saat perineal iyileşme deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0,00$).

Sonuç: Vazelin ile perineal masaj perineal travmayı azaltmakta ve perineal iyileştirmeyi hızlandırmakta ve doğum süresini kısaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Perineal masaj, perineal travma, ağrı, perineal iyileşme, vazelin

Effects of Perineal Massage with Vaseline on Labor Process

Student's Name: Yağmur İRMAK ÇELİK

Consultant: Assoc Prof. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Department: Midwifery

2. SUMMARY

Objective: This study is a randomized controlled experimental study to determine the effect of vaseline and vapilan perineal massage on perineal trauma, postpartum perineal pain and perineal healing level from the first to second stage of labor.

Materials and Methods: A randomized controlled experimental study was performed between November 2018 and April 2019 with 120 massage groups (vaseline, perineal massage without vaseline) and 60 control groups (hospital routines have been applied). The massage group received perineal massage with vaseline 5 times in total during the active phase of labor by the researcher. The data were obtained from the PDQ, REEDA and McGill Melzack Pain Questionnaire.

Findings: Perineal trauma developed in the perineal massage group with 42% vaseline, 50% in the perineal massage group without vaseline and 87% in the control group without perineal massage ($p < 0.00$). In the control group, 2nd degree perineum rupture was found to be statistically significantly higher ($p < 0.04$). It was determined that the total duration of delivery in the perineal massage group was shorter than the control group ($p < 0.00$). Postpartum 3-4 hours perineal recovery was statistically significantly higher than the experimental group ($p < 0.00$).

Conclusion: Perineal massage with vaseline; It reduces perineal pain and trauma and accelerates perineal healing. Suitable pregnant women are recommended to use as routine at birth.

Key words: Perineal massage, perineal trauma, pain, perineal healing, vaseline.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) normal doğumu, “verteks pozisyonda, 37-42 hafta tamamlandıktan sonra, spontan olarak başlayan ve düşük riskli olan, doğum süresince ve sonunda da bu şekilde seyreden spontan şekilde infantın doğumu” olarak tanımlamıştır (WHO, 2018).

Uluslararası Ebeler Derneği (ICM) ise; normal doğumu, fetüs ve annenin fizyolojik ve psikososyal etkileşime girdiği, anne ve bebeğin iyi olduğu dinamik ve eşsiz bir yaşam deneyimi olarak değerlendirmektedir. Derneğe göre normal doğum, kadının, herhangi bir cerrahi, tıbbi veya farmasötik girişim olmaksızın, fetüsün sefalik şekilde ve spontan geldiği, devam ettirdiği ve sonlandırdığı durumdur ve girişim ancak gerektiğinde uygulanmalıdır (ICM, 2008).

Kanada Obstetri ve Jinekologlar Birliği (SOGC) de normal doğuma DSÖ’nü tanımasına ilaveten “normal doğum, doğum yaptıktan sonra emzirme ve anne bebek ten tene teması en kısa sürede mümkünse bir saatte olmalıdır” ifadesini eklemiştir (Simkin ve Ancheta, 2016). Bütün bu tanımlamaların ortak noktası, doğumun normal olabilmesi için gerekmedikçe hiçbir girişimde bulunulmaması ve eylemin kendi doğasına uygun şekilde spontan olarak başlaması, devam etmesi ve sonlanmasıdır.

Ancak modern dünyada doğumun doğal olmaktan hızla uzaklaşması ve medikalize edilmesi nedeniyle doğumda perineal travma oranı artmıştır. Perineal travma (PT), doğum sırasında ya da doğum sonu kadınların bedenlerini algı şekillerini ve cinsel durumunu etkileyen bir durumdur (Erbaba ve Pınar, 2016; Kaya ve Demirel; 2019). Perineal travma doğum esnasında genital alanda spontan veya cerrahi insizyon sonucu meydana gelen hasardır (Schantz ve ark., 2015; Kaya ve Demirel, 2019). Perineal travmaya bağlı olarak kadının ilerleyen yaşamında ağrılı cinsel ilişki, fekal ve üriner inkontinans, sürekli perineal ağrı oluşabilmektedir (Altuntuğ ve ark, 2010).

Güncel istatistiklere göre; ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65’ine, primiparların ise neredeyse tamamına (%90 üzeri) epizyotomi rutin olarak uygulanmaktadır (Bekdemir, 2013). Bu çerçevede ülkemizdeki doğumlar incelendiğinde; çoğunluğunun girişimli kategorisinde olduğu ve normal doğum olarak değerlendirilebileceği gözlenmektedir. Ne yazık ki artık ülkemizde epizyotomi

girişimi ile normal doğum özdeşleşmiş haldedir. Oysa, DSÖ epizyotomiye; zorunlu olmadığı müddetçe başvurulmaması gereken, yarattığı riskin yararından daha fazla olduğu ve sadece sınırlı endikasyonla kullanılması ve %20 oranını aşmaması gereken bir girişim olarak tanımlanmaktadır (Dönmez ve Sevil, 2009; Karacaahmet ve Yazıcı, 2017; Atay, 2018).

Epizyotomi annenin ve bebeğin sağlığının korunması amacıyla yapıldığı iddia edilmesine rağmen, doğumun ikinci evresini kısalttığına ve bebekte Apgar skorunu yükselttiğine, perinatal asfiksiyi azalttığına ve perineal hasarı önlediğine dair veriler birbiriyle tutarsızdır (Kütük ve ark,2014; Atay, 2018). Epizyotominin daha çok başvurulduğu ülkelere bakıldığında perineal travma düzeyinin daha fazla olduğu belirtilmekte ve bunun sonucunda kadının kendisi ile ilgili olumlu görüşlerini, ve cinsel hayatını etkilediği düşünülmektedir (Dannecker ve ark, 2004; Kaya ve Aslan, 2015). Bu nedenle epizyotomi mutlaka sınırlandırılmalı ve rutin olarak kesinlikle başvurulmamalıdır (Durmaz ve Buğdaycı, 2013; ACOG, 2016). DSÖ'nün Güvenli Annelik raporuna göre; epizyotominin sürekli baş vurulması gereken yararlı bir uygulama olduğu ile ilgili hiçbir güvenilebilir veri yoktur. Fakat epizyotominin komplikasyonlarını gösteren kanıtlar çok açıktır (Velioğlu, 2014; Uzel ve Yanikkerem, 2018). Ayrıca epizyotomi girişimi SOGC'e (2004) göre erken dönemde altın zaman olarak tanımlanan zamanda ten tene teması ve erken emzirmeyi engellemektedir (<https://sogc.org/guidelines/guidelines-foroperative-vaginal-birth>, Erişim tarihi: 6 Ocak 2019; Kaya ve Demirel, 2019).

Perineal travmanın önlenmesi için perineal masaj, kegel egzersizleri, yoga, pilates gibi uygulamaların 35.gestasyonel haftadan itibaren doğuma kadar herhangi bir zamanda yapılması durumunda perineal travma ve perineal ağrıyı azaltacağı bildirilmektedir. Doğumda perineal travmayı azaltmaya yönelik sıklıkla başvuru alan yöntemlerden biri perineal masajdır ve etkinliğine dair önemli çalışmalar da mevcuttur (Shahoei, 2017; Aguino ve ark, 2017; Kaya ve Demirel, 2019).

Literatürde, perineal masaj gebelik döneminden başlanarak, doğuma kadar ya da sadece intrapartum dönemde yapılabileceği bildirilmektedir (Sayiner ve Demirci, 2007; Mei-dan ve ark, 2008; Kaya ve Demirel, 2019). Perineal masaj yapılırken intrapartum dönemde masajın etkisini artırmak amacıyla kayganlaştırıcı (Mohamed ve ark, 2011), lavanta yağı (Araujo ve Oliveria, 2008), sıvı petrol jeli (Araujo ve Oliveria,

2008) ile badem ve zeytinyağı karışımı (Harlev ve ark, 2013), gliserin (Harlev ve ark, 2013) ve özel hazırlanmış obstetrik jel (Harlev ve ark, 2013) kullanılmıştır.

Vazelin renksiz, kokusuz, yoğun bir kayganlık etkisi oluşturan katı ve likit formları olan bir kremdir. Vazelinin ilaç, kozmetik, masaj yağı, bebe yağı, losyon ve deri kremleri gibi pek çok kullanım alanları mevcuttur. Literatürde vazelinin kullanımı sonrasında ilişkin herhangi bir risk bildirilmemiştir (Geranmayeh, 2012). Vazelinin yoğun kayganlık etkisi göstermesi, vücut ısısına hemen uyum sağlaması, güvenli olması nedeniyle perineal masaj için kullanılabilmesi öngörülmektedir.

Vazelin; içerisinde ham petrol, mineral yağlar ve bal mumu bulunan bir tür yağlı bir krem ya da merhem olarak bilinmektedir. Vazelin eczacılıkta cilt tahrişi tedavisi ve cilt bakım ürünü, özel işlemlerden geçirildikten sonra yara bakımı ve yara pansumanı olarak da kullanılmaktadır. Vazelin deriyi yumuşatarak rahatlatıcı etki gösteren, yüzeyin düzgünleşmesini sağlayan, kuruma gibi rahatsızlıklar için etkili yağlı bir maddedir. Cilt üzerinde nemlendirici etki göstererek cildin canlanmasına yardımcı olur. Vazelin hemoroid, anal fissür, anüs ve rektum ağrılı hastalıklarda yararlanır (<https://www.jpharmsci.org/>).

Ülkemizdeki doğumların büyük bir bölümünün epizyotomi ve perineal travma ile sonlanması öncelikle kadını, eşini ve dolaylı olarak emzirme döneminde verdiği rahatsızlık nedeniyle bebeğini ve maliyetinin yüksek olması nedeniyle ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışma ile doğumda vazelinle perineal masaj, vazelinsiz perineal masaj ve rutin uygulamanın (perineal masaj uygulanmaksızın) epizyotomi/yırtık, perineal ağrı, perineal iyileşme ve doğum süreci üzerine olan etkilerinin incelenmesi planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.Normal Doğum Eylemi

Doğum, uterus kontraksiyonlarının düzenli sık aralıklarla başlamasından plesanta ve eklerinin çıkmasına kadar geçen aralıktır (Taşkın, 2009; Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019).

Doğum Eyleminin Evreleri: Doğumun dört evresi vardır.

Dilatasyon (Açılma) Evresi (Birinci Evre): Uterus kontraksiyonlarının düzenli aralıklarla başlamasından, servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Dilatasyon evresi latent, aktif ve geçiş fazından oluşur (Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Lindsay ve ark, 2018; Özkan ve Bilgin 2019; Özkan, 2019).

- **Latent Faz:** Sık ve düzenli kontraksiyonlar ile başlar, silinme tamamlandığında (%100), dilatasyon 2-3 cm olduğunda sonlanır. Primiparlarda ortalama 8 saat, multiparlarda ortalama 5 saat sürer. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dkda bir gelir ve 15- 20 saniye sürer (Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; <https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid>, Erişim tarihi: 18 Aralık 2019; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019).

- **Aktif Faz:** Servikal dilatasyon 3 cm ile başlar, 8 cm'de biter. Kontraksiyonlar 3-5 dk'da bir ve ortalama 45-60 saniye sürer. Aktif faz ortalama primiparlarda 4 saat, multiparlarda 2 saat sürer (Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Stephenson, 2017; <https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid>, Erişim tarihi: 18 Aralık 2018; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019).

- **Geçiş Fazı:** Servikal açılma yaklaşık 8 cm ile başlar, 10 cm olduğunda sonlanır. Kontraksiyonlar 1-2 dk'da bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. Geçiş fazının süresi primiparlarda yaklaşık 1 saat, multiparlarda ise 30 dkdir. Gebeler için doğum eyleminin en zor evresidir (Demir, 2011; Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Stephenson, 2017; <https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid>, Erişim tarihi: 18 Aralık 2018; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019).

Ekspulsiyon (İtilme) Evresi (İkinci evre): Serviksin tam olarak dilate olması ile başlar, bebeğin doğması ile sona erer. Kontraksiyonlar 1-2 dk'da bir gelir, ortalama

60-90 saniye sürer. Bu evre serviksin açılmasından sonra primiparlarda 30 dk ile 2 saat, multiparlarda 5 ile 30 dk kadar sürer (Cunningham, 2010; Demir, 2011; Sevil ve Ertem, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Beji, 2017; Chapman, 2018; <https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid>, Erişim tarihi: 18 Aralık 2018; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019).

Halas (Plasentanın Ayrılması) Evresi (Üçüncü Evre): Bebeğin doğumu ile başlar, plasenta ve membranlarının atılması ile sona erer. Bu evre yaklaşık 15-30 dk sürer (Cunningham, 2010; Demir, 2011; Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Chapman, 2018; <https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid>, Erişim tarihi: 18 Aralık 2018; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019)

Kanama Kontrol Evresi (Dördüncü Evre): Plasentanın ayrılması ile başlar, ilk 4 saatlik süreyi kapsar. Doğum sonu dönem olduğu için olası riskler nedeniyle bebek ve anne sık aralıklarla izlenmelidir (Cunningham, 2010; Demir, 2011; Sevil ve Ertem, 2016; Beji, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Chapman, 2018; <https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid>, Erişim tarihi: 18 Aralık 2018; Özkan ve Bilgin, 2019; Özkan, 2019).

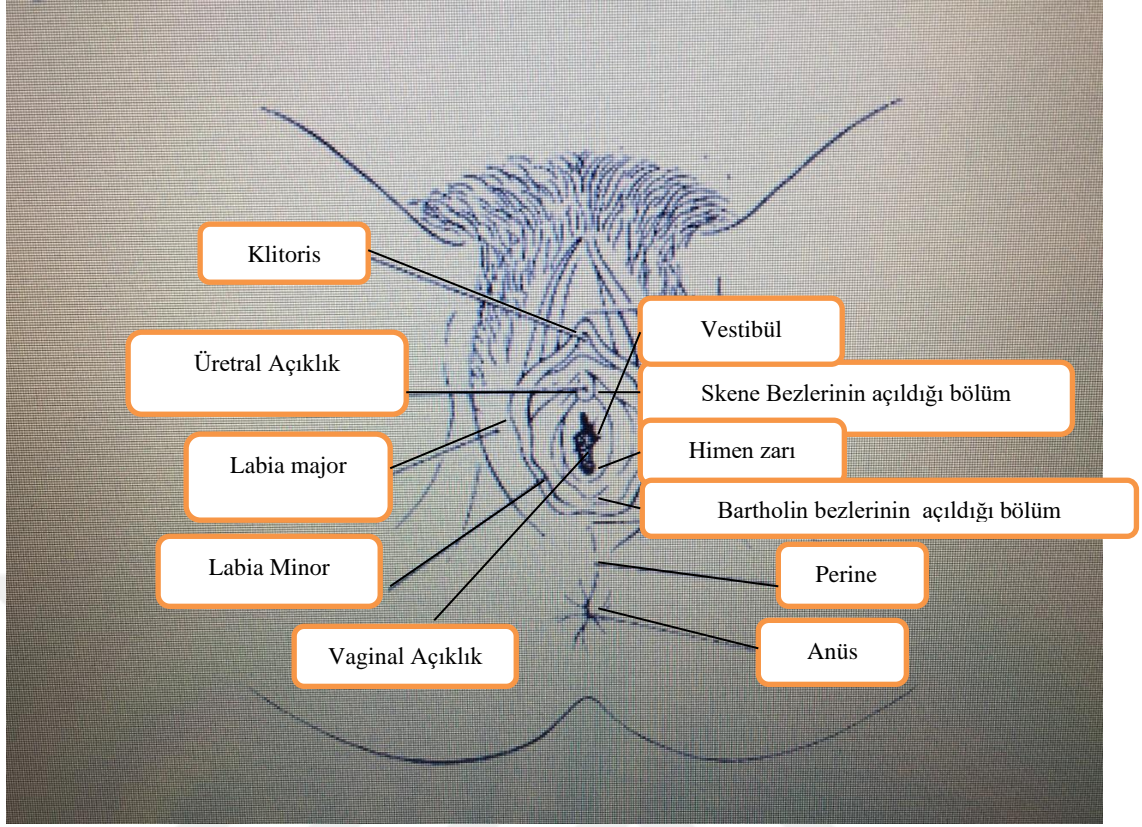
4.2. Maternal Anatomi:

Maternal genital anatomi; dış genital organlar, iç genital organlar ve perine anatomisi şeklinde sınıflandırılacaktır.

Dış Genital Organlar

Vulva: Pudenta (genellikle vulva olarak adlandırılır) pubisten perineal cisme kadar dıştan görünen tüm organları içerir. Bunlar mons pubis, labia majora ve labia minora, klitoris, himen, vestibül, üretral açıklık, bartholin bezleri ile parauretral bezlerdir (Şekil 1) (Cunningham ve ark, 2010; Netter, 2012; Yıldırım, 2015; Özkan 2019).

Mons Pubis: Aynı zamanda mons veneris olarak adlandırılan bu yapı, simfiz pubisin üstünde yer alan yağ dokulu bir yastıkcıktır. Kadında, tabanı simfizin üst sınırınca oluşturulan bir üçgen şeklindedir. Puberteden sonra mons pubis derisi kıllarla kaplanır (Şekil 1) (Cunningham ve ark, 2010; Netter, 2012; Yıldırım, 2015; Özkan, 2019).



Şekil 1 Kadın dış genital organları

Kaynak: Akyürek F. Aile Sağlığı. (2002), Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

Labia Major: Embriyolojik olarak labia majora erkekte skrotum ile özdeşdir. Temel olarak dokuların içerdikleri yağ miktarına bağlı olarak bu yapının görünümü farklılıklar gösterebilir. Labia major, ortalama olarak 7-8 cm uzunluğunda, 2-3 cm genişliğinde ve 1-1,5 cm kalınlığındadır (Şekil 1) (Netter, 2012; Yıldırım, 2015; Özkan, 2019).

Labia Minor: Labia minörler, labia majörlerin devamında, perineye doğru, önde klitoris, arkada frenilum ile birleşen, kılsız, yağ bezleri ve kan damarları bakımından zengin bölgedir. Klitoristen daha az, erektil bir yapıya sahiptirler. Labia minor yukarı doğru uzanır ve iki lamele ayrılır (Şekil 1) (Yıldırım, 2015; Özkan, 2019).

Klitoris: Temel kadın erojen organı olan klitoris penisin erektil özdeşidir ve üretranın üzerine yerleşmiştir. Labia minoranın dallanmış uzantıları arasından aşağıya uzanır ve vaginal açıklığın içine doğru serbest uçlar verir (Şekil 1) (Duman; 2019).

Himen: Vaginal açıklığın önünde bulunan ince, elastik bir muköz membrandır. Şekil ve üzerindeki delikler kişide kişye göre değişebilir. İlk cinsel ilişki ile bütünlüğü bozulur (Şekil 1) (Yıldırım, 2015; Beji, 2017; Özkan, 2019; ACOG, 2019).

Vestibül: Vestibül önde klitoris, arkada frenilum, yanlarda labia minörlerin çevrelediği boşluktur. Vaginal ve üretral orifislerle birlikte bartholin bezlerinin boşaltma kanalları da buraya açılırlar (Şekil 1) (Gürkaş, 2009; Yıldırım, 2015; Beji, 2017; Özkan, 2019).

Üretral Açıklık: Kadın uretrası yaklaşık 4-5 cm uzunluğunda ve 8-9 mm çapındadır. Üretranın 2/3 alt kısmı vagina ön duvarının hemen üzerinde yer almaktadır. Üretral açıklık veya meatüs pubik kemerin 1-1,5 cm altındadır ve vaginal açıklığın üzerine yerleşmiştir (Şekil 1) (Netter, 2012; Yıldırım, 2015; Özkan, 2019).

Bartholin Bezleri: Vaginal açıklığın her iki yanına yerleşmiş bir çift bezdir. Bartholin bezleri cinsel ilişki sırasında kadın vaginasının kayganlaşmasını sağlayan sıvı salgılar (Şekil 1) (Gürkaş, 2009; Özkan, 2019).

Paraüretral Bezler: Üretral açıklığın her iki yanına açılır (Yıldırım, 2015).

İç Genital Organlar

Kadın iç üreme/genital organları; dıştan içe doğru vagina, uterus, tubalar ve overlerden oluşur.

Vagina: Bu muskulo-membranöz yapı vulvadan uterusu doğru uzanır, önde ve arkada mesane ile rektumun arasında yer alır. Vagina uzunluğu çeşitlilik gösterebilir, fakat çoğunlukla, ön duvar ve arka duvar sırayla 6-8 cm ve 7-10 cm uzunluğundadır (Mazloomdoost ve ark, 2017; Yıldırım, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017).

Uterus: Mesane ve rektum arasına yerleşmiş muskuler bir organdır. Uterus, doğum yapmamış kadınlarda 7-8 cm uzunluğunda ve 4 cm genişliğinde iken, multipar kadınlarda bu boyutlar sırası ile ortalama 9 ve 6 cm'dir. Ağırlığı 60 gr kadardır. Gebelikte büyür ve genişler. Doğum sonrası eski boyutlarına yaklaşır. Menopozdan sonra belirgin şekilde küçülür. Dört kısımda oluşur. Fundus uterusun en üst kısmıdır, tuba uterinalar ile bağlantı yapar. Korpus, fundus ile istmus arasındaki bölgedir. İstmus, uterusun aşağıya doğru daraldığı kısımdır. Serviks, istmus ile beraber uterusun alt segmenti olarak bilinir. Serviksin uzunluğu 2,5-3 cm'dir. Ortasında uterus boşluğu

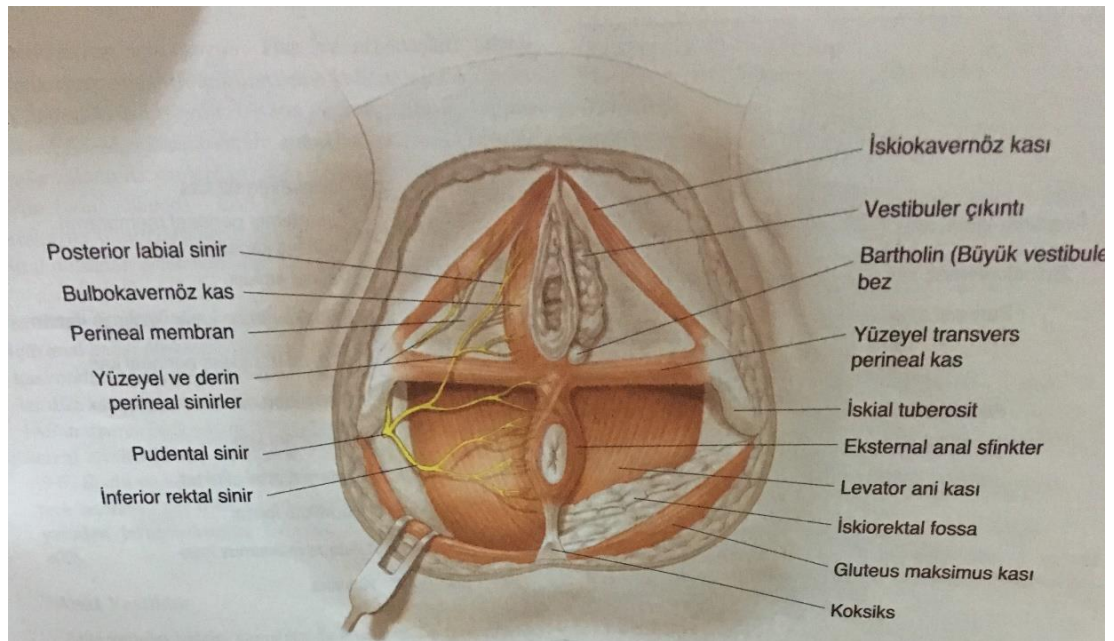
ile vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Kanalin uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os denir (Yıldırım, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017).

Tuba uterina: Uterusun üst yan köşesinden abdomen boşluğuna açılan, yaklaşık 10 cm uzunluğunda, 0,6 cm çapında, uzun, ince tüp şeklinde oluşumlardır. Overlere en yakın kısmına infundibulum, uçlarındaki saçak şeklindeki oluşumlara fimbria, tüplerin ortasındaki en geniş kısma ise ampulla denir. Sperm ve ovumun birleştiği kısımdır. Tüplerin uterusu en yakın kısmı isthmus'tur (Yıldırım, 2015).

Overler: Uterusun her iki yanında, tuba uterinaların fimbrial uçlarına yakın olarak yerleşmişlerdir. Badem şeklinde, 4 cm uzunlukta, 2 cm genişlikte, 1 cm kalınlığındadır. Overlerin görevi, ovulasyon ve üreme siklusunun gerçekleşmesinden sorumlu olan hormonları salgılamaktır (Yıldırım, 2015).

Perine Anatomisi

Perine önde simfiz pubis, yanlarda iskiopubis kolları ve tuber ischiadicum, arkada os coccygis ile sınırlandırılan dörtgen şeklindeki sahadır. Kas ve fasyalardan oluşan perine pelvisin alt açıklığını kapatır. Perine, dış genital organlar ile sindirim kanalının son bölümünü içerir. Bu bölgedeki organları alttan destekler (Bolatlı, 2018). Perine her bireyde farklı tonüs, kalınlık ve yapıda olabilir. Her iki tuberositas iskiom arasından transvers olarak geçen bir hat, perineyi ortadan ikiye böler, önde ön üçgen, arkada ise arka üçgen adını alır (Şekil 2) (Rock ve Jones, 2013; Bakan ve Karakoç, 2015; Yıldırım, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017; Bolatlı, 2018).



Şekil 2 Perine Anatomisi

Kaynak: Cunningham G, Leveno J, Bloom S, Rouse D, (2010). Williams Obstetrik, Çeviri Edi: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A. Nobel Tıp Kitabevleri, Birinci Baskı, İstanbul

Ön Üçgen

İskial tuberositleri birleştiren hayali bir çizgi perineyi ürogenital üçgen olarak da adlandırılan ön üçgen ve anal üçgen olarak tanımlanan arka üçgene ayırır. Ön üçgen perineal membran tarafından yüzeysel ve derin boşluğa ayrılır. Ön üçgenin yüzeysel boşluğu derinde perineal membran ve yüzeysel colles fasyasıyla sınırlanır. Kapalı bir alandır ve içindeki kanı ya da enfeksiyonu sınırlar. Ön üçgende, iskokavernöz, bulbokavernöz ve yüzeysel transvers perineal kaslar, bartholin bezler, klitoral cisim, pudental damarlar ve sinirlerin damarları gibi birçok önemli yapılar bulunur (Şekil 2) (Cunnigham, 2010; Lemaan ve ark., 2003; Yıldırım, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017). Ön üçgenin derin boşluğu, perineal membranın altında bulunur ve pelvisin içine doğru uzanır, derin boşluk üstte pelvis boşluğuyla devam eder. Bu bölge üretra, üretrovaginal sfinkter kası, eksternal üretral sfinkter, üretra ve vaginanın bölümleri, internal pudental arterin dalları ve klitoris dorsal siniri ve venini içerir (Leeman ve ark, 2003; Rock ve Jones, 2013; Bakan ve Karakoç, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017; Özkan, 2019).

Arka Üçgen

Bu üçgen iskiorektal fossa, anal kanal, anal sfinkter kompleksi ve internal pudental damarlar ve sinirlerin dallarını içerir (Şekil 2) (Taşkın, 2009; Rock ve Jones, 2013; Bakan ve Karakoç, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017; Özkan, 2019).

İskiorektal Fossa

Anal kanalın her iki yanında bulunan yağ dolu kama şeklinde iki adet boşluktur. Çevre dokulara destek sağlar, defekasyon sırasında rektumun gerilmesine ve doğum sırasında vaginanın uzamasına izin verir (Şekil 2) (Taşkın, 2009; Rock ve Jones, 2013; Bakan ve Karakoç, 2015; Yıldırım, 2015; Özkan, 2019).

4.3. Doğumda Perineal Travma

Perineal travma girişimli doğum esnasında genital alanda spontan ya da epizyotomiye bağlı ortaya çıkan hasar olarak tanımlanmaktadır (Elad Mei-dan ve ark, 2008; Kaya ve Demirel; 2019). Perineal travmanın derecelendirilmesi için sıklıkla aynı sınıflama sistemi kullanılmaktadır. Rektal muayene ile yapılan değerlendirmede; “Birinci derece”; perine vulva cildi ve vagina mukozası, “İkinci derece”; birinci derece

yırtığa ek olarak perine kasları, “Üçüncü derece”; ikinci derece yırtığa ilave olarak anal sfinkterin tamamının veya bir kısmının zarar görmesi, “Dördüncü derece”; ise rektal mukozanın tamamen zarar görmesi şeklindedir. Perineal travma doğum sırasında sık rastlanan durumdur (Kaya ve Demirel, 2019; Ma ve ark, 2019). Yapılan bir çalışmada normal doğum sonrasında kadınların büyük çoğunluğunda (%85) PT’nin oluştuğu ve bunlara (%70) onarım yapıldığı saptanmıştır (Kettle, 2002). Sanders ve ekibi (2005) kadınların büyük çoğunluğunda PT’ye bağlı kanama ve enfeksiyon gibi kısa dönem komplikasyonlarını belirlemiştir, uzun dönemde ise; cinsel disfonksiyon, perineal ağrı (PA), pelvik organ prolapsusu, üriner ve fekal inkontinans, pelvik organ prolapsu ve postpartum depresyon saptanmıştır. PT’nin en önemli bileşenini epizyotomi oluşturmaktadır.

Epizyotomi

Epizyotomi obstetrik pratikte en sık kullanılan cerrahi işlemdir. Epizyotomi sıklıkla; bebek başının kolay, tehlikesiz ve hızlı olduğu düşüncesiyle yapıldığı düşünülmektedir. İlaveten fetal hipoksiyi önleği, aktif fazı kısalttığı, laserasyonları önlediği, anal sfinkteri koruduğu inancıyla yapılan insizyondur. Epizyotomi de bulbo-kavernos kasa insizyon yapılmaktadır. Geçmiş yıllarda distoside kullanılan epizyotomi günümüzde rutin olarak kullanılmaktadır. Rutin kullanımda doğumların hastane yapılması, antibiyotik ve anestezi tekniklerin gelişmesi etkili olmuştur. (Dündar, 2009; Dönmez ve Sevil, 2009; Kartal ve ark, 2014). Ancak epizyotominin doğum sonu; perineal ağrı, perineal travma ve inkontinans sorunlarına yol açtığı belirlenmiştir (Dündar, 2009; Dönmez ve Sevil, 2009; Kartal ve ark, 2014). İlaveten epizyotominin ikinci evreyi kısalttığı, Apgar puanını artırdığı, perinatal asfiksiyi azalttığı kesin olarak belirlenmemiştir. Hatta epizyotomi sık kullanıldığında perineal travmayı arttırmakta kadının cinselliğini ve özgüvenini etkilemektedir (Ayhan, 2008; Başgöl ve Beji, 2015; Pietras ve Taiwo, 2012). Bu nedenle epizyotominin kesinlikle sınırlandırılması gerekmektedir. DSÖ’ü bu nedenlerden dolayı rutin kullanılmamasını önermektedir. ABD’de epizyotomi uygulaması %65’lerde, İngiltere’de %15-96 civarında iken, ülkemizde ise nulliplarlarda kullanımı neredeyse %100 civarındadır (Karaçam, 2008; Bal ve Yılmaz, 2017; Kaya ve Demirel, 2018; Kaya ve Demirel, 2019).

Epizyotominin Tarihçesi

Epizyotomi İrlanda'lı Ould tarafından (1742) uygulanmıştır. Fakat yaygın kullanımı 20. Yüzyılda başlanmıştır (Dündar, 2009; Pietras ve Taiwo, 2012; Durmaz ve Buğdaycı, 2013). Sir Fielding tarafından yapılan epizyotomi tanımlanan, ilerleyen yıllarda Michaelis tarafından midline epizyotomi şeklinde uygulanmıştır. Dubois tarafından mediolateral epizyotomi uygulanmaya başlanmıştır (Dündar, 2009). İlerleyen yıllarda bütün ülkelerde rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır. Ancak ebelik bakım hizmetlerinin kaliteli olduğu gelişmiş ülkelerde bu oran kabul edilebilir düzeydedir (Dündar, 2009; Karaçam, 2008). Ülkemizde ise primiparlara rutin, multiparlara sıklıkla epizyotomi uygulaması yapılmaktadır (Sayiner ve Demirci, 2007; Şahin ve ark, 2007). Karaçam ve arkadaşları yaptıkları çalışmada epizyotomi oranını %64-74,2 olarak belirlemiştir (Ayhan ve ark., 2008). Ülkemizde yapılam retrospektif çalışmada nulliparlarda %90 ve multiparlarda %88 olduğu belirlenmiştir (Kütük, 2014).

Epizyotominin uygulandığı durumlar;

- Doğum yolunu genişleterek doğumu kolaylaştırmak
- Perineal kasların tonüsünü koruyarak, laserasyonları engellemek
- Fetal başın kolay, hızlı ve sorunsuz doğmasını sağlamak
- Vaginal genişliği sağlamak
- Fetal hipoksiyi önlemek
- Forseps ve vakum kullanımı gerektiren girişimleri kolaylaştırmak
- Makat doğumlarda ikinci evreyi kısaltmak
- Spontan perineal yırtıkları önlemek
- Anal sfinkteri korumak
- Düzgün kesi olmasını sağlayarak onarımı kolaylaştırmak
- Doğum sonu perineal sorunları azaltmak
- Prematür doğumlarda fetal hasarı azaltmak
- Annenin aşırı ıkınmasını önlemek (ileri derecede kalp hastalığı)
- Rijit perine varlığı
- İri fetüs
- Fetüsün gelen kısmı perineye dayanmasına rağmen doğumun uzun sürmesi

- Önceki doğumlarda skar dokusu varlığı gibi gerekçelerle uygulanması önerilmektedir (Dündar, 2009; Ayhan ve ark., 2008; Yılmaz, 2010; Sapmaz ve Altungül, 2012; 2014; Durmaz ve Buğdaycı, 2013; Raisenan ve ark., 2010).

Fakat halen vakum, forseps gibi girişimli olan doğumlarda, fetüsün test sonuçlarının anormal olduğu durumlarda, permatür doğumlarda, makat doğumlarda, makrozomik bebeklerde ve girişimli doğumlarda yırtık epizyotominin gerekliliğine dair kanıt bulunmamaktadır (Berghella ve ark., 2008). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Doğum sırasında anne ya da bebek kaynaklı riskli durumlarda epizyotomiye baş vurulması gerektiği ve kullanılmasının kesinlikle sınırlandırılmasını tavsiye etmektedir (ACOG, 2006; Boujenah ve ark., 2018).

American College of Nurse-Midwives (ACNM): Normal doğumda sıklıkla epizyotomiye ihtiyaç olmadığını, ancak bebeğin hızlı ve kolay bir şekilde doğması gerektiği düşüldüğünde epizyotomiye baş vurulması gerektiğini önermektedir (<http://www.midwife.org/>, Erişim tarihi: 4 Aralık 2018). Bu şekilde epizyotomiye baş vurulacaksa anneye mutlaka detaylı açıklamanın yapılması gerektiği bildirilmektedir (ACNM, 2006).

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC): Rutin epizyotominin sadece gerekli durumlarda kullanılabilceği görüşündedir. (<https://www.sogc.org>, Erişim tarihi: 5 Kasım 2018; Boujenah ve ark., 2018).

Epizyotomide Risk Faktörleri

Epizyotominin yapılan çalışma sonuçları doğrultusunda rutin kullanımının sınırlanması önerilmektedir (http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr03-31-06-2.cfm, Erişim tarihi: 30 Aralık 2018; http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Procedures/Episiotomy_P71_P75.html 2009, Erişim tarihi: 6 Ocak 2019). Epizyotomi sonrası gelişen birçok sağlık sorunları şunlardır:

- Vajinal tonüste azalma
- Postpartum perineal ağrı
- Ağrılı cinsel ilişki
- Kan kaybında artma
- Dördüncü derece yırtık ve inkontinans artışı
- Üriner inkontinansının azalmaması ve neonatal sonuçların iyileşmemesi

- Spontan laserasyonla kıyaslandığında geç iyileşme
- Pelvik relaksasyonda azalma olmaması
- Median epizyotominin 3-4. derece perineal travmaya yol açması
- Perineal alanda ağrı ve enfeksiyon
- Kadının öz bakımını yetersizlik
- Maternal morbidite ve kadının yaşam kalitesinin etkilenmesi
- Perineal alanın nemli olması, idrar ve gaita ile kontamine olma riski nedeniyle enfeksiyon, ağrı ve iyileşme sürecinin uzaması
- Anne-bebek iletişiminin ve doğum sonu cinsel yaşamı olumsuz etkilemesidir (Signerollo ve ark, 2001; Buhling ve ark, 2005; Banaei ve ark, 2018; Gebuza ve ark, 2018; Quoc ve ark, 2019; Deane, 2019; Huang ve ark, 2019).

Epizyotomi doğum yapan kadının onayı olmadan kesinlikle uygulanmamalıdır. Vakum ve forseps uygulamalarında gerekli ise uygulanmalıdır. Yarar ve zararlar göz önüne alındığında yapılması gerektiğine karar verildiğinde epizyotomi için öncelikle yeterli düzeyde bir anestezi uygulanmalıdır. Sakral 2-4 arasının pudental bloğu, lokal infiltrasyon ya da ya da epidural analjezi sağlanmalıdır (Şekil 3). Rutin olarak epizyotomi iki şekilde uygulanır. Hangi insizyon yapılırsa yapılsın perine fetal baş tarafından iyice inceltildiğinde yapılmalıdır (Bal ve Yılmaz, 2017).

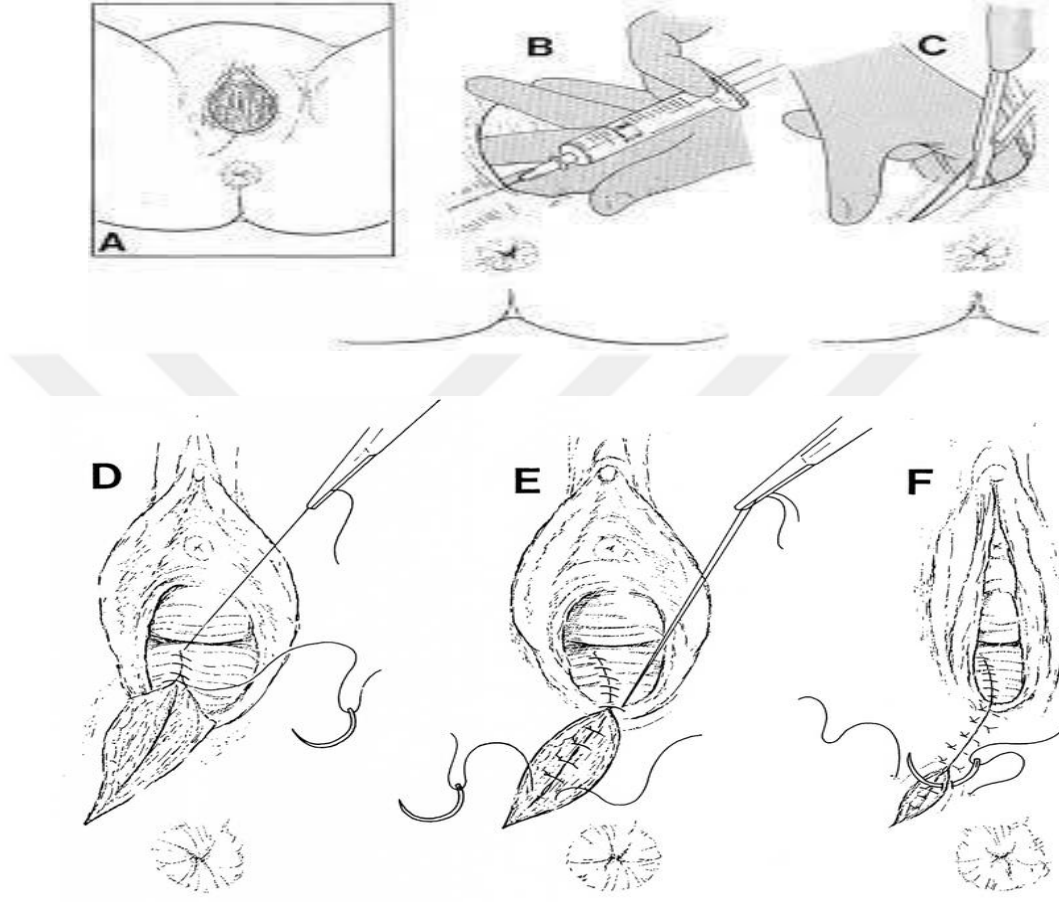
Median Epizyotomi:

Posterior forşetten anüse doğru perinenin orta hattından itibaren yapılan vertikal kesidir. Bu kesi kanama miktarını ve ağrıyı azaltmakta, iyileşmeyi hızlandırmakta, tamiri kolay olduğu için daha çok tercih edilmektedir. Fakat rektuma doğru uzama riski bulunmaktadır. Birçok ülkede bu epizyotomi kullanılmaktadır. Bunun nedeni medio-lateral epizyotomiye göre daha az kanama, daha az ağrı ve daha hızlı iyileşmeyi sağlamasıdır (Velioğlu, 2014; Bal ve Yılmaz, 2017; Karacaahmet ve Yazıcı, 2017; Speksnijder ve ark, 2019).

Mediolateral Epizyotomi:

Orta hattın uzakta olan bu keside kanama miktarı artmaktadır. Ancak rektuma uzama riski düşüktür. Tamiri median epizyotomiye göre daha zor ve postpartum dönemi daha ağırlıdır. Median insizyonlarda kanamanın azalmasının sebebi teknikten

değil, alandaki kanlanmanın daha az olmasındandır (Veliöğlu, 2014; Bal ve Yılmaz, 2017; Karacaahmet ve Yazıcı, 2017; Speksnijder ve ark., 2019).



Şekil 3 Epizyotomi Açılması ve Onarımı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Epizyotomi ve Perine Yırtıkları. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara, 90-95

4.4.Perineal Travmayı Azaltmayı Amaçlayan Uygulamalar

Pelvik taban kas egzersizleri ile perineal tonüsün güçlendirilmesi ve doğum sırasında perineal esneklik sağlanarak laserasyon ve yırtılmaların daha azaltılması amaçlanmaktadır. Perineal esneme; progresif gevşeme egzersizleri, etkili ıkınma teknikleri ile perineal kasların güçlendirilmesi ise; dijital perineal masaj, kegel egzersizi, yoga ve pilates uygulamaları ile sağlanabilmektedir. Araştırmalar 35. gestasyonel haftadan itibaren başlanan antenatal perineal masajın PT ve PA neyin kısaltılması ilk kullanıldığı yerde açık hali yazılmalı yakınmalarını azalttığını

belirtmektedir (Berghella, 2008; Ducarme ve ark, 2019). Multipar kadınlarla yapılan bir çalışmada doğumlarından bir ay önce dijital masaj öğretilmiştir. Çalışma sonucunda postpartum travma azalmış, ancak kadınların bu masajı nasıl yapacakları ile ilgili ciddi bir bilgilendirmeye ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Beckmann ve Garrett, 2006). Yapılan bir meta analizde 34. haftasından sonra perineal masaj ve pelvik taban kas egzersizleri'nin PT'yı (Kanıt Düzeyi A) önlediği gösterilmiştir (Beckmann ve Garrett, 2006).

4.5.Perineal Masaj

Doğumda perineye masaj yapmak, perine bölgesini korumaya ve ağrıyı azaltmaya yönelik girişimler arasında gösterilmektedir (Altuntuğ ve ark, 2010; Kaya ve Demirel, 2018; Dieb ve ark, 2019). Doğum da perineal masaj ve sıcak uygulamanın üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarını azalttığı saptanmıştır (Aasheim ve ark., 2017; Uzel ve Yanikkerem, 2018). Masaj yalnız venler ve lenf damarları içindeki sıvıların, elle sıvazlanarak kaydırılması anlamı taşımamaktadır. Deri, deri altı yağ dokusuyla aralarında bulunan sinirler ile damarlar, kaslar, tendonlar ve derindeki sinir sistemi de masajdan etkilenmektedir. Oluşan etkilerin sonuçları, masajın yapıldığı yerde lokal olarak görülebileceği gibi, sinir sistemi ve vücut sıvıları aracılığıyla tüm vücuda yayılır. Örneğin sakrumdan enseye kadar omurga boyunca uzanan, iç organlarla zengin sinirler bağlantısı bulunan alana yapılacak masajla safra kesesinin, midenin ve bağırsakların fonksiyonlarını etkileme olanağı vardır. Genel masajda bireyin solunumunun derinleşmesi, uyuklaması ve masajın bitiminde kendini zinde ve dinlenmiş hissetmesi, masajın genel sonucudur (Kutner ve ark, 2008). Perineal masaj, epizyotomi insidansını azaltmaya yönelik yapılan uygulamalar içinde güncel ve etkin bir yöntemdir (Beckmann ve Garrett, 2006; Sayiner ve Demirci, 2007; Mei-dan ve ark, 2008; Zare ve ark, 2014; Demirel ve Gölbaşı, 2015; Aasheim ve ark, 2017).

Literatüre göre, perineal masaj, 34.haftadan başlanarak gün aşırı ve 5-10 dk sürecek şekilde kadınların kendisine uygulaması önerilmektedir. Elle perineal masaj sırt üstü uzanarak gebeler tarafından, ılık duş altında, sandalyede ya da tuvalette çömelerek yapılabilir (İsmail ve ark, 2013). Masaja başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boş olmalıdır. Masaja, kayganlaştırıcı bir madde sürülerek (badem yağı gibi) başlanır. El parmakları vaginanın içerisine, parmakların birinci boğumuna

kadar yerleştirilir, rektuma bası yaparak, baş ve işaret parmakları birlikte hareket ettirilerek yavaşça “U” şekli çizilerek hareket ettirilir (Şekil 5). Masaj esnasında perineal kasların gevşemişi sağlanmalıdır. Pelvik masaj esnasında soluk tutulur, mesane sıkıştırılır, idrar akışını engellemeye çalışılmış gibi hayalen perineal kaslar kasılır. Kasılmalar 10 saniye tut, bırak şeklinde 10 dk boyunca devam ettirilir (Bloom ve ark, 2006).



Şekil 4 Perineal Masaj

Kaynak: Atay B (2018). Doğumun Bilgeliği, Kuraldışı Yayınevi, İstanbul

Kadın sağlığını büyük ölçüde etkileyen perine bütünlüğünü korumak için doğumun ikinci aşamasının kontrolünün iyi sağlanması gerekmektedir. Çünkü perine ne kadar çok esnerse o kadar az yırtılmaktadır. Doğumun ikinci aşamasını inceleyen çalışmalar doğumda perineal yırtığı önlemek için doğum pozisyonu, ıkınma teknikleri ve perineal masaj üzerinde durmuştur.

Ancak perineal masajın yalın mı yoksa başka bir malzeme (losyon, krem, jel vb) kullanılarak mı yapılması gerektiği ve ne zaman yapılmaya başlanması gerektiğine dair çelişkili araştırma sonuçları yayınlanmaya devam etmektedir. Perineal yırtığa yol açan en önemli nedenin epizyotomi olması ve ülkemizde çok yoğun şekilde

kullanılması dolayısıyla farklı bir çözüm önerisi sunmanın son derece önemli olacağı öngörülmektedir.



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, doğumun birinci evresinden (aktif fazdan) itibaren ikinci evresine kadar vazelinle uygulanan perineal masajın perineal travma, postpartum perineal ağrı ve perineal iyileşme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İli Arnavutköy İlçesi Arnavutköy Devlet Hastanesi'nin Doğum Servisinde Kasım 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

5.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini belirlenen tarihler arasında İstanbul İli Arnavutköy İlçesi Arnavutköy Devlet Hastanesi'nin doğum servisine başvuran gebeler oluşturdu.

5.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada deney ve kontrol grubunu oluşturacak gebe sayısını belirlemek amacıyla güç analizi yapılmıştır. Araştırmanın yapılacağı Arnavutköy Devlet Hastanesine bir yılda başvuran gebe sayısı 773 olarak saptanmıştır. Örneklem büyüklüğü, %80 güç, 0,05 hata payı ve 0,65 etki düzeyi ile G*Power (3.0.10) Programı kullanılarak hesaplandığında, deney ve kontrol gruplarının her biri için en az 43 gebenin alınması gerektiği belirlenmiştir. Olası kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak deney ve kontrol gruplarına 60'ar gebe alınarak toplamda 180 kadın ile çalışma tamamlanmıştır. Multipar kadınların tamamı ikinci doğumlarını gerçekleştirmektedirler.

5.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı istemek
- Türkçe konuşup anlayabilmek
- 18-40 yaş arası olmak
- Gebeliğinde herhangi bir risk taşımamak
- Tekil gebeliği olmak
- 37.-40. gebelik haftasında olmak

- Sezaryen öyküsü olmamak

5.3.4. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Çoğul gebelik öyküsü olan,
- Okur-yazar olmayan,
- Doğum süresince kendisinde ya da bebeğinde komplikasyon gelişen,
- HPV ve benzeri enfeksiyona sahip olanlar
- Travayda indüksiyon kullanımı
- Doğumda fundal bası uygulanması
- Üçüncü ve daha fazla sayıda gebeliği olmak

Çalışmanın akışı CONSORT 2010 klavuzu doğrultusunda oluşturulmuştur (**Şekil 5**). Deney ve kontrol grubunun randomizasyonu randomizer programı (<https://www.randomizer.org/>) ile sağlanmıştır.

Vazelinli primipar perineal masaj grubu: 7 43 77 55 75 4 35 78 49 16 64 30 59 39 51 29 32 26 10 20 58 82 86 68 9 80 46 47 40 24 sırasındaki gebeler

Vazelinli multipar perineal masaj grubu:83 38 31 55 76 64 86 70 28 69 41 46 3 77 27 49 73 20 85 17 39 81 47 52 57 88 50 68 25 48 sırasındaki gebeler

Vazelinsiz primipar perineal masaj grubu: 6 41 17 50 88 27 56 65 3 72 25 76 60 90 89 31 85 70 28 71 2 5 61 44 13 19 45 36 34 54 sırasındaki gebeler

Vazelinsiz multipar perineal masaj grubu:54 30 16 61 22 12 35 1 23 79 15 19 42 53 13 2 66 90 74 10 37 40 14 11 21 9 51 44 45 75

Kontrol primipar grubu:15 81 79 14 62 12 23 74 11 18 33 38 63 69 42 22 37 8 84 1 57 66 48 53 87 21 52 73 67 83 sırasındaki gebeler

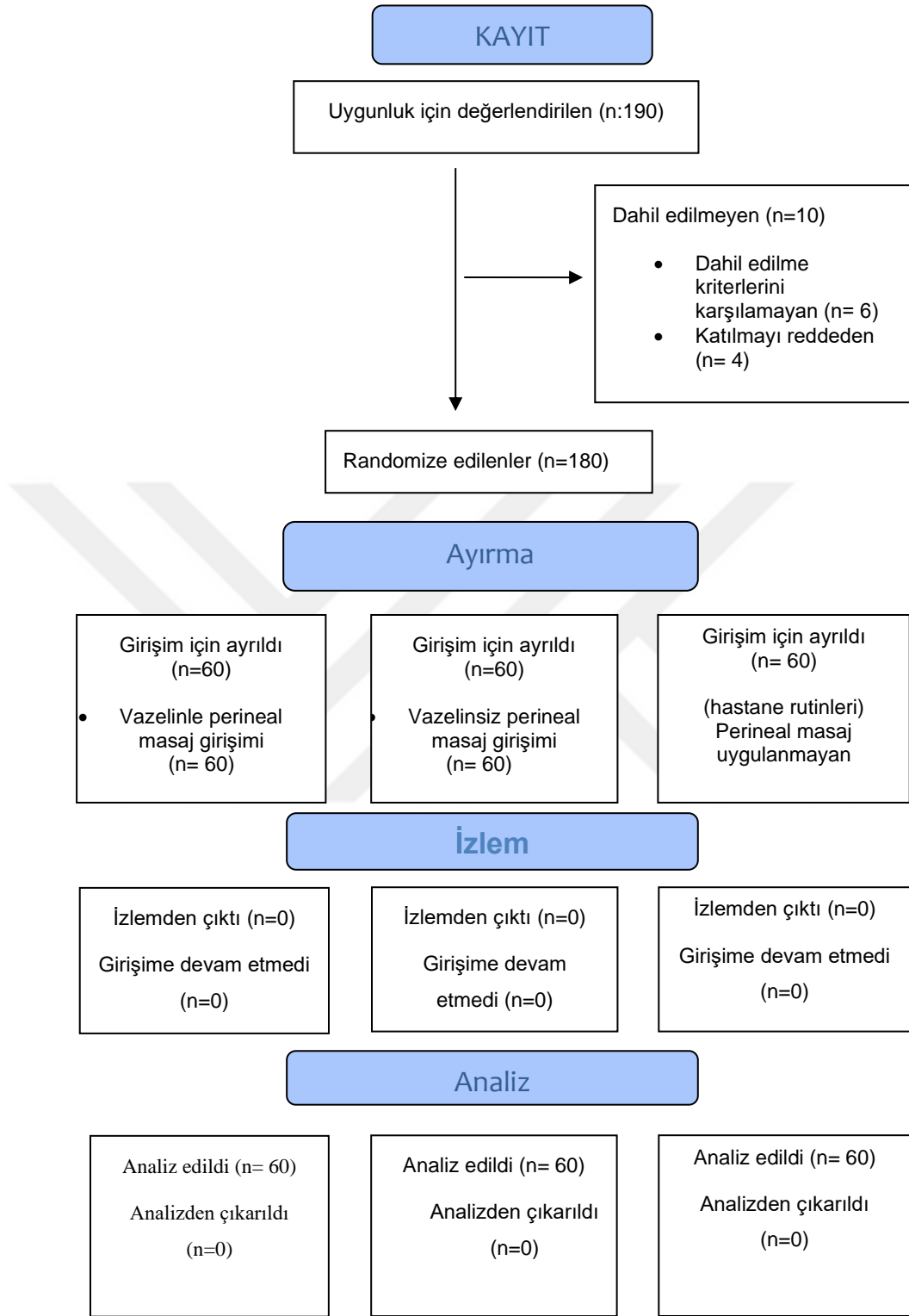
Kontrol multipar grubu:5 8 63 24 4 32 71 72 62 29 36 43 59 58 65 60 78 7 18 84 34 26 56 80 67 6 67 87 89 82 sırasındaki gebeler

İlk grup vazelinli perineal masaj (deney) grubuna alınan gebelerdir. Bu gebelere doğum eyleminin aktif fazında, servikal açıklık 5 cm ve üzerinde iken doğumun ikinci

evresine kadar kontraksiyon yok iken, vazelin ile perineal masaj uygulanmıştır. Dilatasyon 10 cm'ye ulaşana dek toplamda beş kez perineal masaj yapılmıştır. Perineal masaj uygulaması, mesane boş ve kontraksiyon yok iken, gebe sırtüstü pozisyonda yatarken yapılmıştır. Araştırmacı gebenin sağ tarafında ve gebe ile yüz yüze gelecek şekilde yatağın kenarına oturarak, iki parmağını (işaret ve orta parmak) 'U' hareketi yapar gibi 10 dk boyunca vagina çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirerek masaj uygulamıştır.

İkinci grup vazelinsiz perineal masaj (deney) grubuna alınan gebelerdir. Bu gebelere doğum eyleminin aktif fazında, servikal açıklık 5 cm ve üzerinde iken doğumun ikinci evresine kadar kontraksiyon yok iken, vazelinsiz (yalın olarak) perineal masaj uygulanmıştır. Dilatasyon 10cm'ye ulaşana dek toplamda beş kez perineal masaj yapılmıştır. Perineal masaj uygulaması, mesane boş ve kontraksiyon yok iken gebe sırtüstü pozisyonda yatarken yapılmıştır. Araştırmacı gebenin sağ tarafında ve gebe ile yüz yüze gelecek şekilde yatağın kenarına oturarak, iki parmağını (işaret ve orta parmak) 'U' hareketi yapar gibi 10 dk boyunca vagina çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirerek masaj uygulamıştır.

Kontrol grubu rutin hastane bakımı verilen gebelerdir. Bu gebelere çalışmanın yapıldığı klinikteki rutin uygulamaların dışında farklı herhangi bir girişimde bulunulmamış ve perineal masaj uygulanmamıştır. İlâveten katılımcıların hiçbirine travayda oksitosin ve doğumda fundal bası gibi girişimler uygulanmamıştır.



Şekil 5 Consort Akış Şeması

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

5.4.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

5.4.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Doğum eyleminin süresi, laserasyon ve travma durumu, REEDA skalası, McGİLL ölçeği araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

5.4.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz perineal masaj yapılan deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğum ağrısı ile baş etme açısından fark vardır.

H2; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğum süresi açısından fark vardır.

H3; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, perineal ağrı açısından fark vardır.

H4; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, postpartum perineal travma açısından fark vardır.

H5; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında perineal iyileşme açısından fark vardır.

H6; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında perineal ağrının niteliği açısından fark vardır.

5.4.4. Verilerin Toplandığı Kliniğin Özellikleri

Hastanenin doğum servisinde normal ve girişimli doğumlar yaptırılmaktadır. Hastane bölgedeki tek devlet hastanesi olduğu için sağlık hizmeti almak üzere tercih edilen bir hastanedir. Doğum servisinde 3 yataklı bir travay odası, 2 doğum salonu ve lohusaların 4 saat takip edildiği 2 yataklı lohusa odası mevcuttur. Doğum servisinde; travayda ve doğum yapmakta olan gebeler, lohusa odasında ise normal doğum yapan anneler yatmaktadır. Doğum odalarının hepsinde radyan ısıtıcı, oksijen tüpü, aspiratör, elektronik tartı ve ilaçlar ile gerekli malzemelerin bulunduğu dolaplar bulunmaktadır. Travay odasında 3 adet NST cihazı, doğum odasında 1 adet yatak bulunmaktadır. Gerekli durumlarda hasta başına ultrason ve NST cihazı getirilmektedir. Doğum salonunda 10 ebe görev yapmaktadır. Doğumhanede gündüz 08-16 saatlerinde 3 ebe, gece vardiyası olan 16-08 saatleri arasında ise 2 ebe görev yapmaktadır. Normal

doğumların çoğunu girişim (vakum ekstraksiyon, atoni kanaması, dördüncü derece yırtık onarımı, distosi) gerektirmedikçe ebeler yaptırmaktadır. Ayrıca epizyotomi girişimi ebelerin sorumluluğu altındadır. Travay süresince gebeleri takip eden ebeler normalden sapma durumlarında hekime haber vermektedirler. Doğumhanede spontan gebe takibi yapılmakta, gebeler gerekli durumlarda muayane edilmekte ve sürekli mobilize edilmektedir. Hasta doğum yaptıktan sonra 4 saat doğumhanede kanama kontrolleri yapıldıktan sonra durumu sabit olduğunda bebekle birlikte kadın doğum servisine teslim edilmektedir.

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Arnavutköy Devlet Hastanesinde, örnekleme alınmış gebelerde karşılıklı görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma için toplam 3 grup; sadece vazelinle perineal masaj yapılan 60 gebe (multipar/primipar) vazelinsiz perineal masaj yapılan 60 gebe (multipar/primipar) ve hastane rutinlerinin uygulandığı masaj yapılmayan 60 gebe (multipar/primipar) belirlenmiştir. Araştırma için kriterlere uygun olan gebeler araştırmacı tarafından belirlenmiş, araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözel ve yazılı izin alınmıştır. Doğum eyleminde tüm gruplarda hiçbir gişimde (oksitosin, fundal bası) bulunulmamıştır. Doğum salonuna başvuran gebelerden seçim kriterlerine uyan gebeler, deney ve kontrol gruplarına randomize şekilde seçilmiştir. Gebe tanıtım formunun doğum öncesi doldurulması gereken kısımları araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Verilerin toplanması sırasında doğum salonunun işleyişinde bir değişiklik yapılmadığından gebeler rutin bakım ve tedavilerini almışlardır. Girişim uygulanan her iki gruptaki gebenin dilatasyon evresinde 4-5 cm, 6-7 cm, 7-8 cm, 8-9 cm ve 9-10 cm olduğu süreçlerde 10 dk olmak üzere toplam 5 kez kontraksiyon yok iken, mesane boş iken vazelinle ve vazelinsiz perineal masaj yapılmıştır. Perineal masaj uygulanmaya başlandığında, gebe sırtüstü pozisyonda yatakta uzanmıştır. Araştırmacı gebenin sağ tarafında ve gebe ile yüz yüze gelecek şekilde yatağın kenarına oturmuştur. Perineal masaj uygulanacak gruba sadece perineal masaj, diğer gruba ise vazelinle perineal masaj uygulanmış olup kontrol grubuna hastane rutinleri uygulanmıştır. Araştırmacı iki parmağını (işaret ve orta parmak) ritmik bir 'U' hareketi yapar gibi vagina çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirmiştir. Yanlamasına yapılan her harekette rektuma ve anüse doğru hafifçe bastırmıştır. Tüm

doğumlar araştırmacının kendisi tarafından yaptırılmıştır. Doğum sonu travma varlığı aynı doğum uzmanı hekim tarafından değerlendirilmiştir. Derecelendirme 1. dereceden 4. dereceye kadar sık kullanılan dererecelendirme katman değerlendirmesi ile yapılmıştır. Epizyotomi 2. derece travmalar içinde değerlendirilmiştir. Laserasyonlar travma dışı olarak bırakılmıştır.

Lohusanın doğum sonu plasenta ve ekleri çıktıktan epizyo, deşürü ve laserasyon tamiri yapıldıktan sonra deney ve kontrol grubuna hastanın perinesinde hissettiği ağrının şiddetini belirlemek için görsel kıyaslama ölçeğinden yararlanılmıştır. Olası bir biası önlemek için postpartum 1. saat lohusanın doğum anında perine bölgesinde hissettiği ağrısını nasıl betimlediğini tespit etmek için deney ve kontrol grubunda McGill Melzac Ağrı Soru Formu (MASF) **bir başka ebe tarafından doldurulmuştur.** Postpartum 3-4.saatlerde ise doğum servisindeki görevli bir başka ebe (tek gözlemci) tarafından rutin olarak doldurulan REEDA doldurulmuştur. Normal doğum yapan gebeler hastaneden kısa sürede taburcu oldukları için REEDA skalasının yalnızca ilk üç parametresi değerlendirilebilmiştir. Doğum eylemi süresince anne ve bebekle ilgili tüm klinik kayıtlar değerlendirilerek ilgili formlara kaydedilmiştir. Doğum gerçekleşikten sonra gebe tanıtım formu tamamlanmıştır. Araştırmanın akışı Şekil 2’de verilmiştir.

5.5.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, gebe tanıtım formu, REEDA skalası, postpartum ağrı düzeyini belirlemek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ve McGill Melzac Ağrı Soru Formu (MASF) ile elde edilmiştir (Ek 1, Ek 2, Ek 3, Ek 4).

Gebe Tanılama Formu

Araştırmacıların literatür incelemesi sonucunda oluşturduğu gebe tanıtım formu, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu vb), önceki doğuma ilişkin bilgiler, doğumun özellikleri (uygulanan girişimler, doğumun süresi vb.) yeni doğanı içeren 43 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

REEDA Skalası

Epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi için REEDA Skalası kullanılmıştır. REEDA skalası ilk kez 1970 yılında Davidson tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır (Üstünsöz, 1996). Bu skala perineal yara iyileşmesini gösteren beş faktörü kapsar: Redness (Kızarıklık), Edema (Ödem), Echymosis

(Ekimoz), Discharge (Akıntı), Approximation (Yara dudaklarının kapanması). İyileşme faktörlerinin her biri 0, 1, 2 ve 3 puan verilerek değerlendirilir. Beş kategorinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen puanların toplamı REEDA skorunu oluşturur. En düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. En yüksek puan en ciddi perineal travmayı gösterir (Üstünsöz, 1996; Durmaz ve Buğdaycı, 2013) (Ek 2).

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Bu ölçek sık kullanılan ve çoğunlukla 10 cm uzunluğunda, yatay ya da dikey; "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir çizgide işaretleme yapılan bir çizelgedir. Bu çizelge sadece düz bir hat şeklinde olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı tanımlamada, hat üzerine konan tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. Genel olarak dikey hattın daha kolay anlaşıldığı kabul edilmektedir. Bu şekilde kullanımı ile çabuk sonuç vermesi ve kolay anlaşılır olması sayesinde GKÖ'nün ağrı, kaygı, başetme düzeyi, korku gibi birçok durumun ifadesi için güvenle kullanılabilir. GKÖ'nün diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Aslan, 2002) (Ek 3).

Görsel kıyaslama ölçeğinde "0" ağrı yok ifadesini "10" dayanılmaz ağrı ifadesini tanımlamaktadır. Bu çalışmada ölçek kadının ağrısı ile başedebilme düzeyi için kullanılmıştır. "0" hiç başedemiyorum ifadesini "10" ise oldukça başedebiliyorum ifadesini tanımlamaktadır.

McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)

Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan bu form dört bölümden oluşmaktadır. Formda ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı sorular bulunmaktadır.

Birinci Bölüm: Bu bölümde bireyin ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa "D", vücut yüzeyinde ise "Y", hem derinde hem de yüzeyde ise "DY" harfleri ile belirtmesi istenir.

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı duyuşal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Bireyin ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyuşal boyutunu, sonraki

beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

Üçüncü Bölüm: Bu bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer alır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.

Dördüncü Bölüm: Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir=hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve bireyin kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almıştır (Ek 4). Özetle McGill Melzack Ağrı Soru Formu kullanılarak yapılan ölçümde; ağrının yeri, zamanla ilişkisi, şiddeti hastada yarattığı his ve hasta için yaşanabilir ağrı düzeyi belirlenmektedir (Melzack, 1987; Aslan, 2002; Aytar ve ark, 2016).

Deneysel ve Kontrol Gruplarının Randomizasyonu:

[\(https://randomizer.org/\)](https://randomizer.org/)

Doğum için başvuran ve seçim kriterlerine uyan gebelerin, deneysel ve kontrol gruplarına seçilmesi

Yazılı ve sözlü onam alma, Gebelerin Tanıtım Formu'nun doldurulması (Ek 1)

Vazelinle Perineal Masaj Yapılan Grup (n=60)

- 5 kez 10 dk vazelinle perineal masaj
- Doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi ve perineal hasarın kaydedilmesi
- Perine tamiri yapıldıktan sonra perinedeki ağrının GKÖ ile değerlendirilmesi.

Vazelinsiz Perineal Masaj Yapılan Grup (n=60)

- 5 kez 10 dk vazelinsiz perineal masaj
- Doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi ve perineal hasarın kaydedilmesi
- Perine tamiri yapıldıktan sonra perinedeki ağrının GKÖ ile değerlendirilmesi.

Kontrol Grubu (n=60)

- Doğum salonunda yapılan rutin yaklaşım ve uygulamalar dışında hiçbir girişim ya da uygulama yapılmamıştır.
- Doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi ve perineal hasarın kaydedilmesi
- Perine tamiri yapıldıktan sonra perinedeki ağrının GKÖ ile değerlendirilmesi.

Postpartum 1. saatte McGill Melzack Ağrı Soru Formunun (MASF) doldurulması (Ek 4).

Postpartum 3-4. saatlerde perinedeki kızarıklık, ekimoz, ödem REEDA skalasının ilk üç parametresinin doldurulması (Ek 2)

Şekil 2 Araştırma akış şeması

Araştırmada, 1. deney grubuna vazelinle perineal masaj yapılacak olan 60 kadın, 2. deney grubuna vazelinsiz perineal masaj yapılacak olan 60 kadın olmak üzere toplam 120 kadın alınması planlanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece hastane rutinlerinin uygulandığı ve perineal masaj yapılmayan 60 kadın dahil edilmiştir. CONSORT 2010 kılavuzu doğrultusunda yapılmış çalışmada randomizasyon random org sitesi ile oluşturulmuştur. Randomizasyonun hem u grup için hem de gruplara dahil edilecek kadınlar için yapılması sağlanmıştır. Araştırmacı tarafından deney gruplarına doğum eyleminin aktif fazında servikal açıklık 5 cm ve üzerinde olan gebelere doğumun birinci evresinden (aktif fazdan) ikinci evresine kadar kontraksiyon yok iken, vazelin ile perineal masaj uygulanmıştır. Dilatasyon 5 cm'den tam dilatasyon olana dek toplamda beş kez perineal masaj yapılmıştır. Perineal masaj uygulaması, mesane boş ve kontraksiyon yok iken gebe gebe sırtuştu pozisyonunda iken yapılmıştır. Araştırmacı gebenin sağ tarafında ve gebe ile yuş yuşe gelecek şekilde yatağın kenarına oturarak, iki parmağını (işaret ve orta parmak) 'U' hareketi yapar gibi 10 dk boyunca vagina çevresinde bir kenardan diğerine doğru hareket ettirerek masaj yapmıştır. Kontrol grubuna ise sadece hastane protokolleri uygulanmış ve ek hiçbir girişimde bulunulmamıştır. Doğum sonu travma varlığı bir doğum uzmanı hekim tarafından değerlendirilmiştir.

Doğum sonu plasenta ve ekleri ayrıldıktan varsa epizyo ve laserasyonların tamiri yapıldıktan sonra hastaya masaj sonrası perine hissettiği ağrının şiddetini belirlemek için gorsel kıyaslama oleğinden, perinede olan ağrısını betimlemek için McGill Melzack ağrı soru formundan postpartum 1.saatte yararlanılmıştır. Postpartum 3-4. saatlerde perinedeki kızarıklık, ekimoz, oğem REEDA skalası ile olası biası engellemek için bir başka ebe tarafından değerlendirilmiştir.

5.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde verilerin normal dağılım gosterme durumunu belirlemek için Kolmogorov -Smirnov testi yapılmıştır. Test sonucunda normal dağılıma uymayan dağılımlar ($p>0,05$) parametrik olmayan testlerden ki-kare ve krusskal-wallis testleri ile yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Subscription trial versiyonu kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır.

Değişkenler	Analiz Yöntemi
Gebelerin (deney ve kontrol grubu) tanımlayıcı özellikleri	Ortalama, Medyan, Sayı, Yüzde, Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney-U Testi, Ki Kare Testi
-Ağrının şiddeti ile Baş Etme Durumu (GKÖ) -Doğum Doyumu (GKÖ) -Apgar skoru -Girişim durumu -Emzirmeye Başlama Zamanı -REEDA -Mc GILL Melzack Ağrı formu	Ortalama, Medyan, Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney-U Testi, Ki Kare Testi, Wilcoxon Rank Test

5.6.1. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu (02.11.2018/ 09.2018.709) (Ek 6) İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü onayı 22.01.2019 tarihinde (71211201-1900020720 sayılı) (Ek 8) hastane Başhekimliği'nden 15.09.2018 tarihinde (Ek 9) alınmıştır. Masaj grubundaki gebelere masaj hakkında bilgi verilmiş ve tüm gebelere aydınlatılmış onam formu doldurulmuş, istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri bilgisi verilip imzalatılmıştır (Ek 5). Katılımcılara önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmış, kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı garantisi verilmiştir. Araştırmaya katılan gebeleri belirlerken gönüllülük ilkesine uyulmuş, veriler araştırmacı tarafından bire bir görüşülerek elde edilmiştir.

5.6.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

- Ebelerin iş yükü ve hasta sayılarının fazla olması nedeniyle travayda vazelin kullanılarak perineal masajın tüm gebelere yapılamaması,
- Hastaların eğitim seviyesinin düşük olması ya da gebelik sınıflarına az katılım sağlamaları nedeniyle doğuma ve ebesine karşı ön yargılı olması olumsuz durum olarak değerlendirilmiştir.

5.6.3. Araştırmada Kullanılan Mevcut Olanaklar

- Araştırmacının kendi olanakları
- Marmara Üniversitesi kütüphanesi ve online veri tabanlar

6. BULGULAR

Doğum eyleminin birinci evresinden (aktif fazdan) ikinci evresine kadar ebe tarafından vazelinli ve vazelinsiz yapılan perineal masajın perineal travma, postpartum perineal ağrı ve perineal iyileşme düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

6.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,

6.1.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular,

6.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular,

6.2. Katılımcıların Yenidoğan Özelliklerine İlişkin Bulguları,

6.3. Katılımcıların (Multipar) Önceki Doğumlarına İlişkin Bulguları,

6.4. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travmalarına İlişkin Bulguları,

6.5. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travma Oluşum Yerlerine İlişkin Bulguları,

6.6. Katılımcıların REEDA Skalasına İlişkin Bulguları,

6.7. Katılımcıların Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular,

6.8. Katılımcıların Doğum Sonu Özelliklerine İlişkin Bulguları,

6.9. Katılımcıların Ağrının Yeri ve Ağrının Özelliği Bulguları,

6.10. Katılımcıların Hissettikleri Ağrının Zamanla İlişkisi ve Ağrıyı Arttıran/Azaltan Faktörlere İlişkin Bulguları,

6.11. Katılımcıların Hissettikleri Ağrının Şiddetini Tanımlayan Sözcük Bulguları'dır.

6.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların demografik (Tablo 6-1) ve obstetrik özellikleri (Tablo 6-2) incelendi.

6.1.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 180 katılımcının demografik özelliklerine ait bulguları Tablo 6-1' de sunuldu.

Tablo 6-1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=180)

Demografik özellikler	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş									
18-20 yaş	1	33,3	8	22,2	16	44,4	36	20,0	$\chi^2 = 6,667$ $p > 0,15$
21-24 yaş	23	27,4	32	38,1	29	34,5	84	46,7	
25 yaş ↑	25	41,7	20	33,3	15	25,0	60	33,3	
Eğitim									
8 yıl ↑	0	0,0	7	50,0	7	50,0	14	7,8	$\chi^2 = 7,590$ $p < 0,02$
8 yıl ve ↓	60	36,1	53	31,9	53	31,9	166	92,2	
Gebelik öncesi BKİ									
Normal kilolu (18,5-24,9)	24	47,1	8	15,7	19	37,3	51	28,5	$\chi^2 = 11,015$ $p < 0,02$
Fazla kilolu (25-29,9)	28	26,9	42	40,4	34	32,7	104	58,1	
Obez (30-34,9)	8	33,3	9	37,5	7	29,2	24	13,4	
Gebelikte alınan kilo									
6-10 kg	21	31,8	20	30,3	25	37,9	66	36,7	$\chi^2 = 3,365$ $p < 0,49$
11-15 kg	24	32,9	23	31,5	26	35,6	73	40,6	
16-20 kg	15	36,6	17	41,5	9	22,0	41	22,8	

Araştırma kapsamına alınan gebelerde vazelinle perineal masaj yapılan grubun %33,3'ü 18-20 yaş grubunda, %27,4'ü 21-24 yaş grubunda, %41,7'si 25 yaş ve üzeri grubundadır. Vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %22,2'si 18-20 yaş grubunda, %38,1'i 21-24 yaş grubunda, %33,3'ü 25 yaş ve üzeri grubundadır. Kontrol grubunun ise %44,4'ü 18-20 yaş grubunda, %34,5'i 21-24 yaş grubunda, %25'i 25 yaş ve üzeri

grubunda olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 6-1**).

Katılımcılarda vazelinle perineal masaj yapılan grubun tamamının, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %31,9'unun, kontrol grubunun %31,9'unun 8 yıl ve altı eğitim aldığı bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve fark vazelinli perineal masaj yapılan gruptan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$) (**Tablo 6-1**). 8 yıl ve altında eğitim alan kadınlar vazelinle perineal masaj yapılan grupta daha fazla olarak (%36,1) tespit edilmiştir.

Katılımcıların gebelik öncesi beden kitle indeksi incelendiğinde; vazelinle perineal masaj yapılan grubun %47,1'inin normal kilolu, %26,9'unun fazla kilolu, %33,3'ünün obez olduğu belirlenmiştir. Vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %15,7'si normal kilolu, %40,4'ü fazla kilolu, %37,5'inin obez olduğu ve kontrol grubunun %28,5'inin normal kilolu, %58,1'inin fazla kilolu, %13,4'ünün obez olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın vazelinle perineal masaj uygulanan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-1**). Normal kilolu kadınlar tesadüfen vazelinle perineal masaj yapılan grupta (%47,1) yığılmıştır.

Katılımcıların gebelik boyunca aldıkları kilo incelendiğinde; vazelinle perineal masaj yapılan grubun %31,8'i 6-10 kg, %32,9'u 11-15 kg, %36,6'sı 16-20 kg aldıklarını bildirmişlerdir. Vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %30,3'ünün 6-10 kg, %31,5'i 11-15 kg, %41,5'i 16-20 kg aldıkları ve kontrol grubunun %37,9'unun 6-10 kg, %35,6'sının 11-15 kg, %22'sinin 16-20 kg aldıkları saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 6-1**).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının çalışmadığı, kronik bir sağlık problemleri ve sürekli kullanmaları gereken bir ilaç olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6-1**).

6.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine ait bulgular **Tablo 6-2**'de gösterildi.

Tablo 6-2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri (n=180)

Obstetrik özellikler	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gravida									
Primipar	30	33,3	30	33,3	30	33,3	90	50,0	$\chi^2 =0,00$
Multipar	30	33,3	30	33,3	30	33,3	90	50,0	$p>1,00$
Gebelik haftası									
37. hafta	12	41,4	9	31,0	8	27,6	29	16,1	$\chi^2 =10,82$ $p>0,09$
38. hafta	21	34,4	24	39,3	16	26,2	61	33,9	
39. hafta	21	33,3	22	34,9	20	31,7	63	35,0	
40. hafta	6	22,2	5	18,5	16	59,3	27	15,0	
Egzersiz									
Hayır	58	34,9	53	31,9	55	33,1	166	92,2	$\chi^2 =2,943$
Evet	2	14,3	7	50,0	5	35,7	14	7,8	$p>0,23$
Düzenli Kontrol									
Hayır	10	33,3	12	40,0	8	26,7	30	16,7	$\chi^2 =0,960$
Evet	50	33,3	48	32,0	52	34,7	150	83,3	$p>0,61$
Doğuma Hazırlık Sınıfı									
Hayır	17	36,2	11	23,4	19	40,4	47	26,1	$\chi^2 =2,995$
Evet	43	32,3	49	36,8	41	30,8	133	73,9	$p>0,22$

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunun; yarısının primipar, diğer yarısının multipar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gebelik haftaları 37. ve 40. hafta arasında değişmektedir. Katılımcıların %92,2'si gebelik süresince egzersiz yapmazken, %83,3'ü gebelik süresince düzenli kontrole gitmiştir ve %73,9'u doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılım sağlamıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 6-2**). Katılımcıların tamamının mevcut gebeliğinde bebeklerine tanı konulmuş bir sağlık problemi bulunmamaktadır.

6.2. Yenidoğanların Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların Tablo 6-3’de yenidoğanlarının baş çevresi, doğum tartıları ve Apgar 1.dk ve Apgar 5.dk skoruna ilişkin özellikleri yer almaktadır.

Tablo 6-3. Katılımcıların Yenidoğan Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Yenidoğan özellikleri	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baş çevresi									
30-33 cm	16	35,6	15	33,3	14	31,1	45	25,0	$\chi^2 =2,843$ $p >0,58$
34-36 cm	36	30,5	42	35,6	40	33,9	118	65,6	
37-39 cm	8	47,1	3	17,6	6	35,3	17	9,4	
Yenidoğan tartısı									
1950-2500 gr	6	40,0	5	33,3	4	26,7	15	8,3	$\chi^2 =7,073$ $p >0,52$
2501-3000 gr	14	27,5	16	31,4	21	41,2	51	28,3	
3001-3500 gr	20	28,2	26	36,6	25	35,2	71	39,4	
3501-4000 gr	18	48,6	11	29,7	8	21,6	37	20,6	
4001 gr ↑	2	33,3	2	33,3	2	33,	6	3,3	
Apgar 1.dk									
7 puan	4	10,5	10	26,3	24	63,2	38	21,1	$\chi^2 =21,082$ $p <0,00$
8 puan	56	39,4	50	35,2	36	25,4	142	78,9	
Apgar 5.dk									
8 puan	1	16,7	0	0,0	5	83,3	6	3,3	$\chi^2 =7,241$ $p <0,02$
9 puan	59	33,9	60	34,5	55	31,6	174	96,7	

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların yenidoğanlarının baş çevresi 30 cm ile 39 cm arasında değişmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p >0,05$) (**Tablo 6-3**).

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların yenidoğanlarının doğum kiloları 1950-4000 gram arasında değişmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p >0,05$) (**Tablo 6-3**).

Araştırmaya katılan kontrol ve deney grubundaki katılımcıların yenidoğanlarının 1. dk Apgar skoru 7 puan ile 8 puan arasında olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın vazelinle perineal masaj yapılan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur ($p <0,00$) (**Tablo 6-3**).

Araştırmaya katılan kontrol ve deney grubundaki katılımcıların yenidoğanlarının 5. dk Apgar skoru 8 puan ile 9 puan arasında olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. 5. dk Apgar skoru vazelinle perineal masaj yapılan grup (%33,9) ile vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta (%34,5) birbirine yakın olmasına karşın; farkın tesadüfen vazelinsiz perineal masaj yapılan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6-3).

6.3. Katılımcıların (Multipar) Önceki Doğumlarına İlişkin Bulguları

Tablo 6-4' de araştırma kapsamında yer alan gebelerin (multiparların) önceki doğumlarına ilişkin bilgileri yer almaktadır.

Tablo 6-4. Katılımcıların (Multipar) Önceki Doğumları Açısından Karşılaştırılması (n=90)

Önceki doğuma ilişkin özellikler	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yenidoğanın doğum kilosu									
2000-3000 gr	8	30,8	7	26,9	11	42,3	26	28,9	$\chi^2 =1,406$ $p>0,49$
3001-4000 gr	22	34,4	23	35,9	19	29,7	64	71,1	
Doğumun zorluk algısı									
Kolay	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	2,2	$\chi^2 =4,091$ $p>0,12$
Zor	30	34,1	28	31,8	30	34,1	88	97,8	

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunda yer alan multipar katılımcıların, daha önceki doğumda bebeklerinin doğum tartılarının 2000 ile 4000 gr arasında değiştiği belirlenmiştir. Katılımcıların %97,8'inin daha önceki doğumlarının zor olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Multipar katılımcıların tamamı daha önceki doğumlarında epizyotomi olduğunu belirtmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 6-4).

6.4. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travmalarına İlişkin Bulguları

Tablo 6-5' de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların doğumdaki perineal travmalarına ilişkin özellikleri yer almaktadır.

Tablo 6-5. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travma Açısından Karşılaştırılması

Perineal travma özellikleri	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Travma Varlığı									
Var	25	41.6	30	50	52	86.6	107	59.4	$\chi^2 = 28,52$ p<0,00
Yok	35	58.4	30	50	8	13.4	73	40.6	
	Primipar				Multipar				
	n		%		n		%		
Travma var ¹	24		96		1		4		$\chi^2 = 36,27$ p<0,00
Travma yok ¹	6		17.2		29		82.8		
Travma var ²	19		66.7		11		33.3		$\chi^2 = 5,40$ p<0,00
Travma yok ²	11		33.3		19		66.7		
Travma var ³	28		53.8		24		46.2		$\chi^2 = 24,54$ p>1,27
Travma yok ³	2		25		6		75		

1 (Vazelinli grup) 2 (Vazelinsiz grup) 3 (Kontrol grubu)

(Travma varlığı hekim tarafından tespit edilmiştir. Epizyotomi açılan, 1.-2.-3.-4. Derece perine yırtığı olanlar travma var, hafif laserasyonu olanlar travma yok grubuna dahil edildi.)

Doğum esnasında perineal travma; vazelinle perineal masaj yapılan grupta 25 kadında (primipar 24 kadın, multipar 1 kadın), vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 30 (primipar 19 kadın, multipar 11 kadın) kadında, kontrol grubunda 52 (primipar 28 kadın, multipar 24 kadın) kadında perineal travma oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark kontrol grubundan kaynaklanmaktadır (p<0,00) (**Tablo 6-5**). Kontrol grubunda travayda perine masajının yapılmamış olması perineal travma oranını artırmıştır.

Perineal travma oranları; vazelinli perineal masaj yapılan primipar kadınlarda %96, vazelinsiz perineal masaj yapan kadınlarda %67 ve kontrol grubunda %54 olarak belirlenmiştir. Vazelinli ve vazelinsiz perineal masaj yapılan kadınlarda multipar olanlarda travma azalmış ve kontrol grubunda primipar ve multipar oranları birbirine oldukça yakın olarak belirlenmiştir (p<0,00) (**Tablo 6-5**). Gruplar arası fark kontrol grubundan kaynaklanmaktadır. Perineal travma oranı kontrol grubunda daha fazladır.

6.5. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travma Oluşum Yerlerine İlişkin Bulguları

Tablo 6-6'de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların doğumdaki perineal travma oluşum yerlerine ilişkin özellikleri yer almaktadır.

Tablo 6-6. Katılımcıların Doğum Kaynaklı Perineal Travma Oluşma Yerleri Açısından Karşılaştırılması (n=180)

Perineal Travma Oluşma Yerleri	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vagina									
Hayır	35	31,8	54	49,1	21	19,1	110	61,1	$\chi^2 = 38,47$ p<0,00
Evet	25	35,7	6	8,6	39	55,7	70	38,9	
Labium Minör									
Hayır	56	38,6	49	33,8	40	27,6	145	80,6	$\chi^2 = 13,69$ p<0,01
Evet	4	11,4	11	31,4	20	57,1	35	19,4	
Üretra									
Hayır	60	36,6	54	32,9	50	30,5	164	91,1	$\chi^2 = 10,42$ p<0,05
Evet	0	0,0	6	37,5	10	62,5	16	8,9	
Klitoris									
Hayır	60	38,0	52	32,9	46	29,1	158	87,8	$\chi^2 = 15,32$ p<0,00
Evet	0	0,0	8	36,4	14	63,6	22	12,2	
Epizyotomi									
Yok	40	40,4	30	30,3	29	29,3	99	55,0	$\chi^2 = 4,98$ p < 0,08
Var	20	24,7	30	37,0	31	38,3	81	45,0	
Epizyotomi Uzaması									
Yok	20	38,5	21	40,4	11	21,2	52	65,8	$\chi^2 = 22,28$ p<0,00
Var	0	0,0	8	29,6	19	70,4	27	34,2	
1.Derece Yırtık									
Yok	46	32,6	44	31,2	51	36,2	141	78,3	$\chi^2 = 2,55$ p>0,279
Var	14	35,9	16	41,0	9	23,1	39	21,7	
2.Derece Yırtık									
Yok	54	37,5	47	32,6	43	29,9	144	80,0	$\chi^2 = 6,45$ p<0,04
Var	6	16,7	13	36,1	17	47,2	36	20,0	
3.Derece Yırtık									
Yok	60	100,0	59	98,3	56	93,3	175	97,2	$\chi^2 = 5,349$ p>0,06
Var	0	0,0	1	1,7	4	6,7	5	2,8	

Laserasyon (Yüzeysel hasar)									
Yok	54	52,4	42	40,8	7	6,8	103	57,2	$\chi^2 = 81,20$ $p < 0,00$
Var	6	7,8	18	23,4	53	68,8	77	42,8	
Laserasyon Tamiri									
Yok	59	49,2	49	40,8	12	10,0	120	66,7	$\chi^2 = 91,95$ $p < 0,00$
Var	1	1,7	11	18,3	48	80,0	60	33,3	

(Doğum esnasında meydana gelen perine yırtık derecesi hekim tarafından değerlendirilmiştir.)

Doğum esnasında vaginada yırtık vazelinle perineal masaj yapılan grupta 25 kadında, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 6 kadında, kontrol grubunda 39 kadında vaginada perineal travma oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p < 0,00$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda vajinada daha fazla yırtık gelişmiştir.

Doğum esnasında labium minörde yırtık vazelinle perineal masaj yapılan grupta 4 kadında, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 11 kadında, kontrol grubunda 20 kadında oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p < 0,00$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda labium minörde daha fazla yırtık gelişmiştir.

Doğum esnasında vazelinle perineal masaj yapılan grupta üretrada yırtık oluşmazken, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 6 kadında, kontrol grubunda 10 kadın da üretrada yırtık saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$) (**Tablo 6-6**).

Doğum esnasında klitoriste yırtık vazelinle perineal masaj yapılan grupta oluşmazken, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 8 kadında, kontrol grubunda 14 kadında oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p < 0,05$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda klitoriste daha fazla yırtık gelişmiştir.

Doğumda epizyotomi vazelinle perineal masaj yapılan grupta 20 kadına, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 30 kadına, kontrol grubunda 31 kadına uygulanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$) (**Tablo 6-6**).

Doğumda epizyotomide uzama vazelinle perineal masaj yapılan grupta görülmezken, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 8 kadında, kontrol grubunda 19 kadında epizyotomi kesesinde uzama oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda epizyotomide uzama daha fazla gelişmiştir.

Doğum da 1. derecede yırtık vazelinle perineal masaj yapılan grupta 14 kadında, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 16 kadında, kontrol grubunda 9 kadında oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 6-6**).

Doğumda 2. derecede yırtık vazelinle perineal masaj yapılan grupta 6 kadında, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 13 kadında, kontrol grubunda 17 kadında oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda 2.derece yırtık daha fazla gelişmiştir.

Doğumda 3. derecede yırtık vazelinle perineal masaj yapılan grupta oluşmazken, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 1 kadında, kontrol grubunda 4 kadında oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 6-6**). Katılımcıların hiçbirinde 4.derece yırtık oluşmamıştır.

Doğumda laserasyon vazelinle perineal masaj yapılan grupta 6 kadında, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 18 kadında, kontrol grubunda 53 kadında oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda laserasyon daha fazla gelişmiştir.

Doğumda laserasyon tamiri vazelinle perineal masaj yapılan grupta 1 kadında, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 11 kadında, kontrol grubunda 48 kadında yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-6**). Kontrol grubunda laserasyonun tamir edilme oranı artmıştır.

6.6. Katılımcıların REEDA Skalasına İlişkin Bulguları

Tablo 6-7’de araştırma kapsamına alınan gebelerde REEDA Skalasına göre perineal alanda kızarıklık, ödem ve ekimoz oluşumunun masaj ve kontrol gruplarına göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 6-7. Katılımcıların REEDA Skalası Açısından Karşılaştırılması

REEDA Skalası	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kızarıklık									
Evet	0	0,0	5	16,1	26	83,9	31	17,2	$\chi^2 =44,50$ $p<0,00$
Hayır	60	40,3	55	36,9	34	22,8	149	82,8	
Ödem									
Evet	0	0,0	1	12,5	7	87,5	8	4,4	$\chi^2 =11,25$ $p<0,04$
Hayır	60	34,9	59	34,3	53	30,8	172	95,6	
Ekimoz									
Evet	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,6	$\chi^2 =2,01$ $p>0,366$
Hayır	60	33,5	60	33,5	59	33,0	179	99,4	
REEDA Ölçeği Toplam	0,17±0,13		0,18±0,57		1,20±1,52		1,55±2,22		F=27,653 p<0,00

Araştırmaya katılan katılımcıların postpartum 3.-4. saat REEDA skalasına göre; vazelinle perineal masaj yapılan grupta kızarıklık, ödem ve ekimoz saptanmamıştır. Vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %16,1’inde kızarıklık, %12,5’inde ödem görülmüş ve ekimoz oluşmamıştır. Kontrol grubunda ise %83,9’sinde kızarıklık, %87,5’inde ödem ve %100’ünde ekimoz saptanmıştır. Kızarıklık ve ödem açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda kızarıklık ve ödem gelişme durumu daha fazla olmuştur. Ekimoz açısından gruplar arası istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$) REEDA ölçeği toplam puan ortalamasında masaj ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 6-7).

6.7. Katılımcıların Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular

Tablo 6-8’de araştırma kapsamında yer alan gebelerin doğum sürelerine ilişkin özellikleri yer almaktadır.

Tablo 6-8. Katılımcıların Doğum Süreleri Açısından Karşılaştırılması

Doğum Süresi	Vazelinli	Vazelinsiz	Kontrol	Toplam	Analiz
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
1.Evre (4-5 cm'den 10 cm kadar) (dk)	384,85±139,17	434,50±154,31	485,50±101,17	434,95±138,94	F=8,53 p<0,00
1.Evre ve 2. Evre toplam süre (dk)	411,20±156,14	463,92±173,04	521,22±116,51	465,44±156,24	F=8,02 p<0,00

Farkı yaratan gruplar LSD, Tukey testleri ile saptandı

*One way ANOVA

Araştırmaya katılan katılımcılardan vazelinle perineal masaj yapılan grup doğumun birinci evresi ort 6 saat 24 dk, vazelinsiz perineal masaj yapılan grup doğumun birinci evresi ort 7 saat 14 dk, kontrol grubu doğumun birinci evresi ort 8 saat 5 dk sürmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-8**). Kontrol grubunda doğumun birinci evre süresi artmaktadır.

Doğumun birinci (aktif faz) ve ikinci evre toplam süresi vazelinle perineal masaj yapılan grupta ort 6 saat 51 dk, vazelinsiz perineal masaj yapılan grup ort 7 saat 43 dk ve kontrol grubunda ort 8 saat 41 dk bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-8**). Kontrol grubunda doğumun toplam süresi artmaktadır.

6.8. Katılımcıların Doğum Sonu Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 6-9'de katılımcıların ilk emzirmeyi başlatma zamanı, doğum doyumları, doğum anında hissedilen perineal ağrı ve doğum ağrısı ile başa çıkma puanlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Doğum sonu plasenta ve ekleri çıktıktan varsa epizyotomi ve laserasyon tamiri yapıldıktan sonra doğum anında hissedilen perineal ağrı ve doğum doyumunu değerlendirmek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)'den yararlanılmıştır. Doğum ağrısı ile baş etme durumu aktif fazın geçiş döneminde (dilatasyon 8-10 cm iken) aynı GKÖ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6-9.Katılımcıların Doğum Sonu Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Doğum Sonu Özellikler	Vazelinli	Vazelinsiz	Kontrol	Toplam	Analiz
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
İlk emzirmeye başlama (dk)	15,18±6,17	17,22±7,02	22,32±4,30	18,24±6,63	F=22,98 p<0,00
Doğum doyumu	9,88±,37	9,33±,66	6,38±1,73	8,53±1,88	F=179,40 p<0,00
Perineal ağrı	3,92±3,06	4,87±2,40	8,08±1,42	5,62±2,97	F=50,23 p<0,00
Ağrı ile baş etme	9,83±,59	9,08±,67	6,03±2,09	8,32±2,10	F=141,00 p>0,424

Farkı yaratan gruplar LSD, Tukey testleri ile saptandı

*One way ANOVA

Araştırmaya katılan katılımcıların emzirmeye başlama süreleri vazelinle perineal masaj yapılan grupta ortalama 15,18±6,17 dk, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta ortalama 17,22±7,02 dk, kontrol grubunda ise ortalama 22,32±4,30 dk olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (p<0,05) (**Tablo 6-9**). Kontrol grubunda ilk emzirmeye başlama süresi artmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcıların doğum doyumları vazelinle perineal masaj yapılan grupta 9,88±,37, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 9,33±,66, kontrol grubunda ise 8,53±1,88 bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (p<0,05) (**Tablo 6-9**). Kontrol grubunda doğumdan alınan doyum azalmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcıların doğumda hissettikleri perineal ağrı vazelinle perineal masaj yapılan grupta 3,92±3,06, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 4,87±2,40, kontrol grubunda ise 8,08±1,42 bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (p<0,05) (**Tablo 6-9**). Kontrol grubunda doğumda hissedilen perineal ağrı artmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcıların doğumun geçiş evresinde doğum ağrısı ile baş etme düzeyleri vazelinle perineal masaj yapılan grupta 9,83±,59, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 9,08±,67, kontrol grubunda ise 6,03±2,09 olarak bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05) (**Tablo 6-9**).

6.9. Katılımcıların Ağrının Yeri ve Ağrının Özelliği Bulguları

Tablo 6-10'de araştırma kapsamına alınan kadınların ağrının yeri ve ağrının özelliği dağılımı yer almaktadır. Postpartum 1.saat McGill Melzak Ağrı Soru Formu (MASF) kullanılmıştır.

Tablo 6-10. Katılımcıların Ağrının Yeri ve Ağrının Özelliği Bulgularının Karşılaştırılması

McGill Melzack Ağrı Anketi	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1.Bölüm Ağrının Yeri									
Derinde (Kasık Bölgesi)	60	38,0	53	33,5	45	28,5	158	87,8	$\chi^2=17,50$ $p<0,00$
Derinde (Sırt Bölgesi)	0	0,0	7	31,8	15	68,2	22	12,2	
2.Bölüm Ağrının Özelliği									
Sızlayan	17	25,0	26	38,2	25	36,8	68	37,8	$\chi^2 =61,46$ $p<0,00$
Pırpır eden	10	55,6	2	11,1	6	33,3	18	10,8	
Hassas	2	14,3	1	7,1	11	78,6	14	7,8	
Kaşıntılı	18	45,0	21	52,5	1	2,5	40	22,2	
Zonklayan	5	29,4	2	11,8	10	58,8	17	9,4	
Sıcaklık veren	8	47,1	8	47,1	1	5,9	17	9,4	

Postpartum 1.saat gruplar arasında ağrının yerine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır. Farkın %68,2 sırt bölgesinde ağrı olduğunu ifade eden tesadüfen kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6-10).

Vazelinle perineal masaj yapılan grupta yer alan kadınların ağrıyı tanımlamada en sık; sızlayan, pırpır eden, kaşıntılı sözcüklerini kullandıkları, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta yer alan kadınların ağırlıklı olarak sızlayan ve kaşıntılı sözcüklerini kullandıkları saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınların ağırlıklı olarak sızlayan, hassas, zonklayan, acıtıcı gibi sözcükleri kullandıkları belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın %78,6 ağrısını hassas olarak ifade eden tesadüfen kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6-10).

6.10. Katılımcıların Hissettikleri Ağrının Zamanla İlişkisi ve Ağrıyı Artıran/Azaltan Faktörlere İlişkin Bulguları

Tablo 6-11’de araştırma kapsamındaki katılımcıların ağrının zamansal gidişi, ağrıyı rahatlatan ve arttıran faktörlerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 6-11. Katılımcıların Ağrının Zamanla İlişkisi ve Ağrıyı Artıran/Azaltan Faktörlerin Karşılaştırılması

McGill Melzack Ağrı Anketi	Vazelinli		Vazelinsiz		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
3.Bölüm Ağrının zamanla ilişkisi									
Devamlı	12	41,4	5	17,2	12	41,4	29	16,1	$\chi^2 =52,14$ $p<0,00$
Ritmik	19	27,1	10	14,3	41	58,6	70	38,9	
Kısa	29	35,8	45	55,6	7	8,6	81	45,0	
Ağrıyı azaltan faktörler									
Yok	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,6	$\chi^2 =35,39$ $p<0,00$
Emzirmek	24	32,0	27	36,0	24	32,0	75	41,7	
Uyumak	26	39,4	17	25,8	23	34,8	66	36,7	
Dinlenmek	10	55,6	3	16,7	5	27,8	18	10,0	
Sola uzanmak	0	0,0	8	72,7	3	27,3	11	6,1	
Ağrı kesici	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	1,1	
Karnını ovalamak	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,6	
Oturmak	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	2,2	
Yürüme	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,6	
Ağrıyı artıran faktörler									
Yok	29	58,0	19	38,0	2	4,0	50	27,8	$\chi^2=103,02$ $p<0,00$
Muayene edilmek	23	41,1	6	10,7	27	48,2	56	31,1	
İdrar yapmak	3	10,3	5	17,2	21	72,4	29	16,1	
Yürüme	0	0,0	11	64,7	6	35,3	17	9,4	
Oturmak	0	0,0	14	87,5	2	12,5	16	8,9	
Yan yatmak	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6	3,3	
Emzirmek	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	1,7	
Karnına bastırma	0	0,0	2	100,0	0	0	2	1,1	

Ağrının zamanla olan ilişkisinin değerlendirilmesinde vazelinle perineal masaj yapılan grupta 12 kadın devamlı (sabit, sürekli), 19 kadın ritmik (periyodik, aralıklı)

ve 29 kadın kısa (anlık, geçici) yanıtını vermiştir. Vazelinle perineal masaj yapılan grupta 5 kadın devamlı (sabit, sürekli) ,10 kadın ritmik, (periyodik, aralıklı), 45 kadın kısa, (anlık, geçici) yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda ise 2 kadın devamlı (sabit, sürekli), 41 kadın ritmik (periyodik, aralıklı), 7 kadın ise kısa (anlık, geçici) yanıtını vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın ağrısını %58,6 ritmik, periyodik ve aralıklı olarak ifade eden tesadüfen kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-11**).

Katılımcıların ağrılarını azaltan faktörler incelendiğinde; vazelinle perineal masaj yapılan grupta 26 kadın uyumanın, vazelinle perineal masaj yapılan grupta 27 kadında ve kontrol grubunda 24 kadında emzirmenin ağrı ile baş etmelerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın ağrıyı azaltan hiçbir şeyin olmadığını belirten ve ağrı kesici ihtiyacı hisseden tesadüfen kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır($p<0,05$) (**Tablo 6-11**).

Katılımcıların ağrılarını artıran faktörler incelendiğinde; vazelinle perineal masaj yapılan grupta 29 kadın ve vazelinle perineal masaj yapılan grupta 19 kadın ağrıyı arttıran bir faktörün olmadığını belirtmiştir. Kontrol grubunda ise 27 kadının ağrısını muayene edilmenin artırdığı belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın tesadüfen kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 6-11**).

6.11. Katılımcıların Hissettikleri Ağrının Şiddetini Tanımlayan Sözcük Bulguları

Tablo 6-12’de araştırma kapsamına alınan gebelerin hissettikleri ağrının şiddetini tanımlayan sözcüklerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 6-12. Katılımcıların Hissettikleri Ağrının Şiddetini Tanımlayan Sözcüklerin Karşılaştırmaları

McGill Melzack Ağrı Anketi	Vazelinli		Vazelinle		Kontrol		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
4.Bölüm Ağrının şiddeti									
Şu an ağrınızı hangi kelime tanımlar?									
Hafif	37	59,7	25	40,3	0	0,0	62	34,4	$\chi^2 =67,24$
Rahatsız edici	21	24,4	28	32,6	37	43,0	86	47,8	

Şiddetli	2	9,1	7	31,8	13	59,1	22	12,2	p <0,00
Dayanılmaz	0	0,0	0	0,0	10	100,0	10	5,6	
Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?									
Rahatsız edici	5	83,3	0	0,0	1	16,7	6	3,3	$\chi^2 =23,68$ p<0,01
Şiddetli	22	56,4	9	23,1	8	20,5	39	21,7	
Çok şiddetli	24	29,6	28	34,6	29	35,8	81	45,0	
Dayanılmaz	9	16,7	23	42,6	22	40,7	54	30,0	
Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?									
Hafif	56	34,6	57	35,2	49	30,2	162	90,0	$\chi^2 =7,03$ p<0,03
Rahatsız edici	4	22,2	3	16,7	11	61,1	18	10,0	
Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü diş ağrısını hangi kelime tanımlar?									
Şiddetli	14	48,3	10	34,5	5	17,2	29	16,1	$\chi^2 =11,40$ p<0,02
Çok şiddetli	34	37,4	24	26,4	33	36,3	91	50,6	
Dayanılmaz	12	20,0	26	43,3	22	36,7	60	33,3	
Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?									
Şiddetli	15	44,1	6	17,6	13	38,2	34	18,8	$\chi^2 =13,03$ p<0,01
Çok şiddetli	30	41,1	26	35,6	17	23,3	73	40,6	
Dayanılmaz	15	20,5	28	38,4	30	41,1	73	40,6	
Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?									
Şiddetli	16	42,1	9	23,7	13	34,2	38	21,1	$\chi^2 =4,64$ p>0,32
Çok şiddetli	27	34,6	24	30,8	27	34,6	78	43,3	
Dayanılmaz	17	26,6	27	42,2	20	31,3	64	35,6	

Katılımcılar mevcut ağrısını %34,4'ü hafif, %47,8'i rahatsız edici, %12,2'si şiddetli, %5,6'sını dayanılmaz olarak tanımlamıştır. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın %100 dayanılmaz ağrı olarak tanımlayan tesadüfen kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (p<0,00) (**Tablo 6-12**).

Katılımcılar hissettikleri ağrının en kötü halini %3,3'ü rahatsız edici, %21,7'si şiddetli, %45'i çok şiddetli, %30'u dayanılmaz olarak tanımlamıştır. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın %83,3 rahatsız edici olarak tanımlayan tesadüfen vazelinle perineal masaj yapılan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,01$) (**Tablo 6-12**). Katılımcılar hissettikleri ağrının en az/hafif halini %90'nı hafif, %10'u rahatsız edici olarak tanımlamıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve bu farkın %35,2 hafif olarak tanımlayan tesadüfen vazelinsiz perineal masaj yapılan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,03$) (**Tablo 6-12**).

Katılımcılar şu ana kadar yaşadıkları en kötü diş ağrısını %16,1'i şiddetli, %50,6'sı çok şiddetli, %33,3'ü dayanılmaz olarak tanımlamıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve bu farkın %48,3 çok şiddetli olarak tarifleyen tesadüfen vazelinle perineal masaj yapılan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,02$) (**Tablo 6-12**).

Katılımcılar şu ana kadar geçirdikleri en kötü baş ağrısını %18,8'i şiddetli, %40,6'sı çok şiddetli, %40,6'sı dayanılmaz olarak tanımlamıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve bu farkın %44,1 şiddetli olarak tanımlayan tesadüfen vazelinle perineal masaj yapılan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$) (**Tablo 6-12**).

Katılımcılar şu ana kadar geçirdikleri en kötü karın ağrısını %21,1'i şiddetli, 43,3'ü çok şiddetli, %35,6'sı dayanılmaz olarak tanımlamıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 6-12**).

7.TARTIŞMA

Bu çalışma, doğumun birinci evresinden (aktif fazdan) ikinci evresine kadar vazelinle uygulanan perineal masajın perineal travma, postpartum perineal ağrı ve perineal iyileşme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; çoğunluğunun 21-30 yaş grubunda (%80) olan genç kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Perineal masajın etkilerinin incelendiği çalışmalarda da yaş gruplarının benzer olduğu saptanmıştır (Karaçam, 2008; Pirinçi ve ark, 2010; Geranmayeh ve ark, 2012; Özkan ve ark, 2013; Üst ve ark, 2013; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Takeuchi ve Horiuchi, 2016). Bu bağlamda araştırma sonuçlarının genç kadınlar üzerinde genellenebilirlik özelliği taşıdığı söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların ağırlıklı olarak 8 yıl ve altında (%92,2) eğitim aldıkları belirlenmiştir. Bu eğitim düzeyi ülkemizde birçok çalışma sonucu ve TNSA 2018 (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf, Erişim tarihi: 12 Haziran 2019) (%49,7) ile paralellik göstermektedir (Karabulutlu, 2012; Dönmez ve ark, 2014; Karaman, 2017; Üst ve ark; 2013). Bu bağlamda çalışma ülkemiz 21-30 yaş grubu kadınlarının eğitim düzeyini yansıtmaya özelliği taşıdığı ifade edilebilir.

Çalışmada katılımcıların gebelik öncesi beden kitle indeksleri (BKİ) normal kilolu (%28,5) ve fazla kilolu (%58,1) grubunda ağırlıklı olarak yığıldığı belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Gebelik öncesi (BKİ) vazelinle perineal masaj yapılan grupta tesadüfen normal kilolu olarak yığılmıştır ($p<0,05$). Ülkemizde Dünder (2009), Aydın (2010) ve Akgün (2013)'ün yaptıkları çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunun gebelikten önce ve doğumda BKİ'nin normal olduğu saptanmıştır. Gebelik öncesi ve gebelik esnasında maternal BKİ değişimine ilişkin yapılan çalışmalarda; Paiva ve arkadaşları (2012) ve Chang ve arkadaşları (2010) katılımcıların çoğunluğunun gebelikten önce ve doğumda BKİ değerlerinin normal olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada gebelik öncesi ve doğumda BKİ diğer çalışmalar ile kısmen benzerlik göstermekte olup, katılımcılar tesadüfen fazla kilolu grubunda bulunmaktadır.

İntrapartum dönemde yapılan perineal masajın perine esnekliğini artırarak, perineal laserasyonları ve epizyotomi uygulamasını azalttığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (Fahami ve ark, 2012; Beckmann ve Stock, 2013; Aasheim ve ark, 2017). Bu çalışmada vazelin ile perineal masaj yapılan grupta %42, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta %50 ve perineal masaj yapılmayan kontrol grubunda %87 oranında perineal travma gelişmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda perineal travma artmaktadır ($p < 0,00$). Yaşar (2019) benzer çalışmasında deney grubunda %37,4 oranında, kontrol grubunda %56 oranında perineal travma tespit etmiştir. Bayraktar'ın (2011) çalışmasında ise kontrol grubunda deney grubuna göre daha çok (%48,6) perineal travma meydana geldiği saptanmıştır. Perineal masajın travmayı azaltma bulgusu literatürdeki benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir (Dieb ve ark, 2019; Ducarme ve ark, 2019). Elde edilen bu bulgu ile **“H4; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, postpartum perineal travma açısından fark vardır.”** hipotezi doğrulanmıştır.

Bu çalışmada vazelinli perineal masaj yapılan grupta travma gelişen kadınların %96'sı primipar, %4'ü multipardır. Vazelinli ve vazelinsiz perineal masaj yapılan kadınlarda multipar olanlarda travma azalmış ve kontrol grubunda primipar ve multipar oranları birbirine oldukça yakın olarak belirlenmiştir ($p < 0,00$). Vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta travma gelişen kadınların %63,3'ü primipar, %36,7'si multipardır. Kontrol grubunda travma gelişen kadınların %53,8'i primipar, %46,2'si ise multipardır. Her üç grupta da ilk doğumunu yapan kadınlar, ikinci doğumunu yapan kadınlara göre daha çok perineal travmaya maruz kalmıştır. Primiparların multipar gebelere göre daha çok perineal travmaya maruz kalması bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir (Raisanen ve ark, 2010; Yakut, 2015; AlGhammari, 2016; Kaya ve Demirel, 2018; Şahin ve Erbil, 2019). Ancak bu çalışma ile saptanan en sıradışı bulgu kontrol grubundaki multipar kadınlarda olası bir travma öngörülmemesine rağmen; perineal travma gelişmiş olmasıdır. Kontrol grubunda multipar gebelerde perineal travma gelişmesi gebe eğitim sınıfına katılmamış olmaları, erken dönemde ıkınmaları ve doğum pozisyonundan kaynaklı olabilir. Ayrıca vazelinle yapılan perineal masaj vazelinsiz yapılan perineal masaja göre multiparlar üzerinde daha etkilidir.

Deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların perineal travma gelişen yerleşim yerleri bölgelere ayrılarak incelenmesi, korunması gereken alanların belirlenmesi için önem taşımaktadır. Vazelinli perineal masaj yapılan grupta en çok vaginada (%35,7) en az labiada (%11,4), vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta en çok üretrada (%37,5) en az vaginada (%8,6), kontrol grubunda en çok üretrada (%63,6) en az vaginada (%55,7) travma meydana gelmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda perineal travma gelişen yerler çeşitlilik göstermektedir ($p<0,00$). Demir (2011) benzer çalışmasında deney grubunda periüretal bölgede, klitoriste ve servikte travması olanların oranı %4 iken, kontrol grubunda periüretal bölgede travması olan kadınların oranı %7,1, periüretal+serviks travması olanların oranı %7,1, periüretal+klitoris travması olanların oranı %3,6, periüretal+serviks+labiaum travması olanların oranı %3,6 ve periüretal+serviks+klitoris travması olanların oranı %3,6 bulmuştur. Kontrol grubunda deney grubuna göre perinenin birçok bölgesinde travma meydana gelmesi çalışma bulgularımızı desteklemektedir (Bayraktar, 2011; Yaşar, 2019). Üretra ve labiada meydana gelen yırtıklar vaginal yırtıklara göre dış ortamla temas halinde olduğundan daha çok kontaminasyon riski taşımaktadır. Üretra ve labia yırtıklarının anatomik tamiri vaginal onarıma göre daha uzun sürebilmekte, postpartum perineal ağrı daha fazla oluşmakta ve anne/bebek kavuşması süresini uzatabilmektedir (Demir, 2011; Kartal ve ark, 2014). Vazelinle perineal masaj yapılması üretra, klitoris ve labia gibi riskli alanlarda yırtıkların oluşma riskini en aza indirebilir.

Bu çalışmada vazelinle perineal masaj yapılan grubun %24,7'sinde, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %37'sinde, kontrol grubunun ise %38,3'ünde epizyotomi uygulandığı tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6-6). Aguiño ve ark. (2018) yaptığı benzer bir çalışmada, bu çalışma bulgusunun aksine, doğum sırasındaki perineal masajın epizyotomi ihtiyacını azaltmakta olduğunu tespit etmiştir (Bohata ve Dostalek, 2016). Bayraktar (2011) çalışmasında bu çalışmaya benzer şekilde masaj ve kontrol grubu arasında epizyotomi uygulaması açısından bir farkın olmadığını saptamıştır. Perineal masaj sonrası epizyotomi girişiminde yurt dışında yapılan çalışmalarda fark oluştururken (Aasheim ve ark, 2017; Shahoei ve ak, 2017; Dieb ve rak, 2019),

ülkemizde yapılan çalışmalarda fark oluşmaması, epizyotomiye rutin kullanma alışkanlığımızdan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada vazelinle perineal masaj yapılan grupta epizyotomide uzama oluşmazken, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %29,6'sında, kontrol grubunun ise %70,4'ünde epizyotominin uzadığı tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda epizyotomide uzama oranı artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6-6). Karaçam (2001) epizyotomi uygulananlarda ilave yırtık gelişme oranını %28, insizyonun uzamasını %34 olarak saptamıştır. Yaşar (2019) benzer çalışmasında masaj grubundaki gebelerin %0,3'ünde, kontrol grubundaki gebelerin ise %2,9'unda epizyotominin uzadığını belirlemiştir. Bizim bulgumuz bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Literatürde epizyotomi ve epizyotominin uzaması verileri yetersiz olması nedeniyle ek çalışmalara gereksinim vardır.

Katılımcılarda gelişen perineal yırtık dereceleri incelendiğinde; masaj ve kontrol grubu arasında 1.derece ve 3.derece perine yırtığı açısından gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların hiçbirinde 4.derece perine yırtığı gelişmezken; 2.derece perine yırtığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda 2.derece perine yırtığı gelişme oranı artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6-6). Bu çalışma bulgularında perineal 2. derece yırtıkların gelişme riski vazelinle perineal masaj uygulanan grupta en az (%16,7) olarak (vazelinsiz %36,1 ve kontrol %47,2) belirlenmiştir. Shahoei ve ark. (2017), Magoga ve ark. (2019) yaptığı benzer çalışmalarda deney grubunda kontrol grubuna göre daha az oranda (%22,4) perineal yırtık meydana gelmiştir. Aasheim ve arkadaşlarının yaptıkları (2017) perineal masaj uygulanan 11.651 kadını içeren ve sekiz randomize çalışmayı kapsayan metaanaliz çalışmasında masaj uygulamasının 3. ve 4. derece yırtıkları ve epizyotomi ihtiyacını azalttığını ortaya koymuşlardır. Beckmann ve Garrett'in (2006) dört çalışmayı kapsayan 2497 kadını kapsayan metaanaliz çalışmasında ise masajın perine yaralanmalarını azalttığı belirtilmiştir. Bu çalışmada üçüncü derece (n=5) yırtıklarda fark oluşmaması vaka sayısının sınırlı sayıda olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sonuç olarak elde edilen bulgular güncel metaanaliz sonuçları ile benzer şekilde perineal masajın perineal yırtıkları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Vazelinle perineal masaj yapılan grubun %7,8'inde, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %23,4'ünde, kontrol grubunun ise %68,8'inde laserasyon (yüzeysel yırtık) olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda laserasyon gelişme oranı artmaktadır ($p<0,00$) (Tablo 6-6). Vazelinle perineal masaj yapılan grubun %1,7'sinde, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %18,3'ünde, kontrol grubunun ise %80'ninde laserasyonlar tamir edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda laserasyon tamir edilme oranı artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6-6). Demir (2011) doğumun birinci evresinde perineal masaj uyguladığı çalışmasında deney grubunda tamir edilen laserasyon oranı %4,3, tamir edilmeyen laserasyon oranı %95,7, kontrol grubunda tamir edilen laserasyon oranı %14,3, doğumda tamir edilmeyen laserasyon oranı %86 olarak belirlenmiştir. Demir'in (2011) çalışmasında deney ve kontrol grubunda laserasyon tamir edilme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada travayda vazelinle yapılan perineal masajın daha az laserasyon oluşmasına neden olması ve suture edilme ihtiyacını azaltması olabilir.

Katılımcıların travay süresi ortalamaları 1.evre vazelinle perineal masaj yapılan grupta $384,85\pm 139,17$ dk (ort 6 saat 24 dk), toplam doğum süresi $411,20\pm 156,14$ dk (ort 6 saat 51 dk) olarak belirlenmiştir. Vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta 1.evre $434,50\pm 154,31$ (ort 7 saat 14 dk) toplam doğum süresi $463,92\pm 173,04$ dk (ort 7 saat 43 dk)dır. Kontrol grubunda ise 1.evre $485,50\pm 101,17$ dk (ort 8 saat 5 dk), toplam doğum süresi $521,22\pm 116,51$ dk (ort 8 saat 41 dk) olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubunda kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,00$) (Tablo 6-8). Karaçam ve Eroğlu (2003) çalışmalarında yağlı perineal masajın etkilerini incelediği çalışmasında deney grubunda ikinci evre ortalama süresini $15,27 \pm 8,79$ dk, kontrol grubundaki annelerin ikinci evre ortalama süresini ise $13,29 \pm 9,23$ dk olarak belirlemişlerdir. Mamuk (2008) normal doğumda perineye sıcak uygulamanın etkisine ilişkin çalışmasında; deney grubu annelerin ikinci evre süre ortalamasını $10,73$ dk, kontrol grubu annelerde ise $10,26$ dk olarak bulmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığını saptamıştır. Bayraktar (2011) çalışmasında yer alan gebelerin doğumun ikinci evre süresinin ortalamaları masaj grubu için $13,3\pm 5,7$ dk, kontrol grubu için ise $13,9\pm 6,4$ dk olarak bulunmuştur. Masaj ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Geranmayeh ve arkadaşları (2012) tarafından İran’da 90 primipar kadının dâhil edildiği çalışmada ikinci evrede yapılan perineal masajın etkinliği araştırılmıştır. Masaj grubundaki (n=45) primipar kadınlara ikinci evre başladığında vazelin ile perineal masaj uygulanmış, kontrol grubu ise rutin bakım verilmiştir. Çalışmanın sonucunda bu çalışmanın bulgularını destekler şekilde masaj grubunda doğum süresi kısalmıştır. Perineye “U” şeklinde yapılan masaj rekrum basısına (rektumdaki kasların kasılmasına) neden olduğu için doğum süresini kısaltmış olabilir. Bu sonuç ile” **H2; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, toplam doğum süresi açısından fark vardır.**” hipotezi doğrulanmıştır.

Bu çalışmada doğumdan hemen sonra emzirmeye başlama süresi vazelinle perineal masaj yapılan grupta ortalama $15,18 \pm 6,17$ dk, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta ortalama $17,22 \pm 7,02$ dk, kontrol grubunda ise ortalama $22,32 \pm 4,30$ dk olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($F=22,984$ $p<0,00$) (Tablo 6-9). Emzirmeye başlama vazelinle perineal masaj yapılan grupta daha erken gerçekleşmiştir. Bebeğin aktif fazı olarak tanımlanan doğum sonrası ilk 1 saatlik dönem emzirmeye başlamak için en uygun zamandır. Emzirme üzerine yapılmış araştırmalar ilk 1 saatte emzirmeye başlanmasının emzirme başarısını ve toplam emzirme süresini olumlu etkilediğini göstermektedir (Şahan, 2008; Bostancı ve İnal, 2015; Tetik, 2016; Patel, 2016; Dudeğa ve ark, 2018; Karim ve ark, 2018; Özgüneş, 2019). Perineal travma vazelinle perineal masaj yapılan grupta daha az olduğu için tamirin kısa sürede yapılmasından dolayı emzirmeye daha erken başlanmıştır. Travmanın veya laserasyonun az olması ve kısa sürede tamir edilmesi anne bebek bağlanmasının sağlanacağı en önemli zamanı olabildiğince az kesintiye uğratmaktadır.

Katılımcıların doğum doyumu puan ortalamaları vazelinle perineal masaj yapılan grupta $9,88 \pm 3,37$, vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta $9,33 \pm 3,66$, kontrol grubunda ise $6,38 \pm 1,73$ bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda doğumdan alınan doyum azalmaktadır ($F=179,406$ $p<0,00$) (Tablo 6-9). Deney grubunda bulunan kadınların masajla birlikte doğum sonu daha az ağrı duyacaklarına olan yerleşik inançları, kendileri ile özel olarak ilgilenildiğinin

hissedilmesi ve ağrının azlığı doğum doyumunu artırmış olabilir. Literatürde perineal masajın doğum doğum doyumunu üzerine etkisine ilişkin çalışmalar yetersizdir.

Araştırmaya katılan katılımcıların doğum esnasında perineal bölgede hissettikleri ağrının GKÖ puan ortalamaları, vazelinle perineal masaj yapılan grubun $3,92\pm 3,06$, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun $4,87\pm 2,40$ kontrol grubunun ise $8,08\pm 1,42$ bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda doğumda hissedilen perineal ağrı artmaktadır ($p<0,05$) ($F=50,234$ $p<0,00$) (Tablo 6-9). Demir (2011) GKÖ skorlarına göre perineal ağrı değerlerini karşılaştırdığında, doğumun birinci evresinde sadece perine masajının yapılması sonucunda epizyotomi uygulananların ($5,25\pm 2,17$) uygulanmayanlara ($0,73\pm 1,26$) göre GKÖ skorlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Essa ve İsmail (2016) çalışmalarında doğumun ikinci evresinde perine bölgesine yaş sıcak uygulama yapmıştır. Çalışmaları sonucunda doğumdan hemen sonra, doğum sonrası 1. ve 2. günde değerlendirilen ağrı düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu ve sıcak uygulamanın perine ağrısının azaltılmasında etkili olduğu sonucuna varılmış olup bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Dahlen ve arkadaşlarının (2009) gerçekleştirdiği 717 kişiyle yapılan randomize çalışmada; perineal sıcak uygulama yapılan deney grubunun GKÖ puanları anlamlı derecede düşük bulunmuş, annelerin uygulamanın perine ağrılarını azalttığını belirttikleri bildirilmiştir. Mamuk (2008) tarafından gerçekleştirilen 60 katılımcılı çalışmada, perineal sıcak uygulama yapılan deney grubunun GKÖ puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu çalışmada perineal alanda GKÖ ağrı puanları vazelinle perineal masaj yapılan ve vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur ve diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Mamuk, 2008; Dahlen ve ark, 2009; Demir, 2011; Essa ve İsmail, 2016). Hem epizyotomi hem de spontan perineal laserasyon postpartum erken dönemde perinede oluşan ağrı ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Laserasyonu ve epizyotomiyi vazelinle uygulanan perineal masaj azaltarak perineal ağrıyı azalttığını düşündürmektedir. Bu çalışmada kontrol grubunun GKÖ skorları ortalaması, deney grubunun GKÖ skorları ortalamasından yüksek bulunmuş olup, doğumun birinci evresinden (aktif fazdan) ikinci evresine kadar vazelinle yapılan perineal masajın perineal ağrı üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Bu bulgu ile”**H3; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan**

perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, perineal ağrı açısından fark vardır.” hipotezi doğrulanmıştır.

Katılımcıların geçiş fazında doğum ağrısı ile baş etme puan ortalamaları vazelinle perineal masaj yapılan grubun $9,83 \pm 5,59$, vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun $9,08 \pm 6,67$, kontrol grubunun ise $6,03 \pm 2,09$ bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel fark olmamasına karşın masaj yapılan grupta doğum ağrısıyla baş etme puan ortalaması daha yüksektir ($F=141,00$ $p=0,424$) (Tablo 6-9) ($p>0,05$). Literatürde perineal masajın doğum ağrısıyla baş etme üzerine etkisine ilişkin çalışmalar yetersizdir. Travayda vazelinli/vazelinsiz masaj yapılması masaj grubuna kendilerinden izin alındığı sırada çalışma ile ilgili bilgi verilmesi doğuma odaklanmalarını sağlamış ve doğum süresini kısaltarak, dikkati başka yöne çekerek ya da perineal esneklik kazandırarak ağrı ile etkili başetmeyi sağlamış olabilir. Bu bulgu ile ***‘H1; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz perineal masaj yapılan deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğum ağrısı ile baş etme açısından fark vardır.’*** Hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

Vazelinle perineal masaj yapılan gebelerde doğum anında perineal travma azalabilir ve postpartum dönemde yara iyileşmesi daha erken olabilir. Çünkü perineal masaj, perineal kasların fonksiyonlarını daha erken kazanmasını sağlayabilecek özelliğe sahiptir. Doğum sonrası epizyotomi iyileşmesi ve perinenin durumu kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı, yara kenarlarının yaklaşması gibi kriterlerin değerlendirilmesi yoluyla yapılmaktadır (Üstünsöz, 1996; Durmaz ve Buğdaycı, 2013). Çalışma kapsamına alınan kadınların perineal alanları REEDA skalasına göre değerlendirildiğinde; vazelinle perineal masaj yapılan grupta hiç kızarıklık oluşmazken; vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %16,1’inde kontrol grubunda ise %83,9’unda kızarıklık geliştiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve kontrol grubunda kızarıklık gelişme oranının arttığı belirlenmiştir ($p<0,00$)(Tablo 6-7).Ödem açısından değerlendirildiğinde; vazelinle perineal masaj yapılan grupta ödem gelişmezken; vazelinsiz perineal masaj yapılan grubun %12,5’inde kontrol grubunun ise %87,5’inde ödem geliştiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve kontrol grubunda ödem gelişme oranının arttığı belirlenmiştir ($p<0,04$)(Tablo 6-7). Ekimoz açısından değerlendirildiğinde ise; vazelinle perineal masaj yapılan ve vazelinsiz perineal masaj yapılan grupta hiç ekimoz gelişmezken; kontrol grubunun %0,6’sında ekimoz geliştiği ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

olmadığı saptanmıştır ($p>0.366$) (Tablo 6-7). Velioğlu (2014) epizyotomi sonrası perineye buz uygulamasının yara iyileşmesi üzerine yaptığı çalışmada deney grubunun ilk 1. saatten itibaren yara iyileşmesi açısından kontrol grubuna göre daha hızlı iyileşme gösterdiğini saptamıştır. Yaşar (2019) benzer çalışmasında deney ve kontrol grubu arasında REEDA skalasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığını tespit etmiştir. Bu çalışma bulguları bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Masaj uygulaması ile ciltte bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve spinal kord aracılığı ile beyne ulaşmaktadır (Turan ve ark, 2010). Böylelikle masaj, endorfin salınımını sağlar, lokal iskemiyi azaltır, kanlanmayı, lenf dolaşımını ve dokuların oksijenizasyonunu artırmakta ve arteriollerin dilatasyonunu sağlamaktadır (Turan ve ark, 2010; Janssen ve ark, 2012). Ayrıca perineal travmanın daha az olması da perineal iyileşmeyi hızlandırıyor olabilir. Bu bulgu ile ***H5; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında, perineal iyileşme açısından fark vardır.***” hipotezi doğrulanmıştır.

Katılımcıların postpartum 1.saat McGill Melzack Ağrı Anketi ile ağrının yeri kontrol grubunda sırt bölgesinde daha derinde (%68,2), ağrının özelliği kontrol grubunda hassas (78,6) olduğunu ifade etmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,00$). Demir (2011) çalışmasında kontrol grubunda derinde (47,1) tespit etmiş olmasına rağmen; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptanmıştır. Can ve Saruhan (2015) sırt bölgesinde ve yüzeysel (%75) tespit etmişlerdir. Ağrının zamanla ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında kontrol grubu en çok (%58,6) ritmik olarak ifade etmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark vardır ve farkın kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,00$). Demir (2011) çalışmasında deney grubunda devamlı ve genel (%55,6) kontrol grubunda en çok anlık (46,2) tespit etmiştir. İki çalışma birbiri ile farklılık göstermektedir. Tüm gruptaki katılımcılar hissettikleri ağrının en kötü halini %45 çok şiddetli, en az halini %90 hafif olarak tanımlamıştır. Bu çalışma sonucu doğumda buz uygulamanın postpartum perine ağrısı üzerine etkisini inceleyen Can ve Saruhan'ın (2015) çalışma bulgusu ile benzer özellik göstermektedir. Doğum sonrası ağrının özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını saptamışlardır (**Tablo 6-12**). Böylece

‘‘H6; Doğum eyleminde vazelinle/vazelinsiz yapılan perineal masaj deney grubu ile kontrol grubu arasında perineal ağrının niteliği açısından fark vardır.’’

hipotezi doğrulanmıştır. Literatür kaynakları perineal alanda McGill Melzack Ağrı Anketinin kullanıldığı çalışmalar yetersizdir.

Araştırma sonuçları;

- Gruplarda yer alan gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ($X^2 = 6,667$, $p = 0,155$) çalışma durumu (tamamı çalışmıyor), kronik hastalık (tamamında yok) ilaç kullanma durumu (tamamı gebelikte kullanılan ilaçlar hariç başka ilaç kullanmıyor) ve gebelikte alınan kilo ($X^2 = 3,365$, $p = 0,499$) açısından benzer olduğu, gruplar arası anlamlı fark olmadığı (**Tablo 6-1**),
- Gruplarda yer alan gebelerin eğitim durumuna bakıldığında; 8 yıl ve altı eğitim alan, vazelinle perineal masaj yapılan grup da 60 kadın; vazelinsiz perineal masaj yapılan grup da 53 kadın; kontrol grubunda ise 53 kadın olarak bulunmuştur ($X^2 = 44,952$, $p < 0,000$). Gruplar arası istatistiksel olarak fark olduğu (**Tablo 6-1**),
- Araştırmaya katılan katılımcıların bebeğe ait baş çevreleri farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($X^2 = 2,843$, $p < 0,584$), bebeğe ait doğum kilosu farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($X^2 = 7,073$, $p < 0,529$), bebeğe ait 1.dk Apgar skorunda istatistiksel olarak fark olduğu ($X^2 = 21,082$, $p < 0,000$), 5.dk Apgar skorunda istatistiksel olarak fark olduğu ($X^2 = 7,241$, $p < 0,027$) (**Tablo 6-3**),
- Araştırmaya katılan katılımcıların(multipar) ilk doğumlarına ait bebek doğum ağırlıkları, sütür atılması ve zor doğum öyküleri arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (**Tablo 6-4**),
- Araştırmaya katılan katılımcıların şimdiki doğumlarına ait perineal travmanın gerçekleştiği yere bakıldığında; vagina, labia ve klitoriste meydana gelme durumunda gruplar arası istatistiksel fark olduğu, üretrada meydana gelme durumunda gruplar arası istatistiksel fark olmadığı, epizyo açılma ihtiyacı açısından istatistiksel fark olmadığı, epizyonun uzayıp uzamadığına bakıldığında gruplar arası istatistiksel farkın olduğu, 2.derece perine yırtığı oluşma durumunda istatistiksel olarak fark olduğu, 1.-3.derece perine yırtığı oluşma durumunda istatistiksel olarak fark olmadığı, 4.derece perine yırtığının hiçbir grupta

oluşmadığı, laserasyon meydana gelme ve laserasyona sütür atılması açısından gruplar arası istatistiksel farkın olduğu (**Tablo 6-6**),

- Araştırmaya katılan katılımcıların REEDA skalasına bakıldığında kızarıklık ve ödem açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ekimoz açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (**Tablo 6-7**),
- Araştırmaya katılan katılımcıların doğumun 1.evresinin süresinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, (**F=8,535 p<0,000**), doğumun toplam süresinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (**F=8,026 p<0,000**) (**Tablo 6-8**),
- Araştırmaya katılan katılımcıların ilk emzirmeye başlanma süresinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (**F=22,984 p<0,000**), doğumdan aldıkları doyum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (**F=179,406 p<0,000**), perineal ağrı GKÖ skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (**F=50,234 p<0,000**), ağrıyla baş etmedeki farkın istatistiksel olarak fark olmadığı (**F=141,000 p>0,424**) (**Tablo 6-9**),
- Araştırmaya katılan katılımcıların ağrıyı algılama düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu (**X² =17,503, p <0,000**) (**Tablo 6-9**),
- Araştırmaya katılan katılımcılardan vazelinle perineal masaj yapılan grup da yer alan kadınların ağrılarını en sık; sızlayan, pırpır eden, kaşıntılı sözcüklerini kullandıkları, vazelinsiz perineal masaj yapılan grup da yer alan kadınların ağırlıklı olarak sızlayan ve kaşıntılı sözcüklerini kullandıkları, kontrol grubunda yer alan kadınların ağırlıklı olarak sızlayan, hassas, zonklayan, acıtıcı gibi sözcükleri ile tarif ettikleri (**Tablo 6-10**),
- Ağrının zamanla ilişkisinin değerlendirirken vazelinle perineal masaj yapılan grup da 12 kadın devamlı, sabit, sürekli,19 kadın ritmik, periyodik, aralıklı, 29 kadın kısa, anlık ve geçici; vazelinsiz perineal masaj yapılan grup da 5 kadın devamlı, sabit, sürekli,10 kadın ritmik, periyodik, aralıklı,45 kadın kısa, anlık ve geçici; kontrol grubunda 12 kadın devamlı, sabit, sürekli,41 kadın ritmik, periyodik, aralıklı,7 kadın kısa, anlık ve geçici sözcüklerini kullandığı (**Tablo 6-11**),
- Katılımcıların ağrılarını %0,6'sı rahatlatan bir şey olmadığını, diğer katılımcılar emzirmek, uyumak, dinlenmek, sola uzanmak, ağrı kesici, karnını ovalamak, oturmak ve yürümek olduğunu, ağrılarını artıran %27,8'i artıran bir

şey olmadığını, diğer katılımcılar muayane edilmek, idrar yapmak, yürümek, oturmak, sağ tarafa uzanmak, emzirmek, karnına bastırarak olduğunu (**Tablo 6-12**),

- Katılımcılar şu an ki ağrısını %34,4'ü hafif, %47,8'i rahatsız edici, %12,2'si şiddetli, %5,6'sı dayanılmaz, gruplar arası istatistiksel fark olduğu (**Tablo 6-12**),
- Ağrısının en kötü halini %3,3'ü rahatsız edici, %21,7'si şiddetli, %45'i çok şiddetli, %30'u dayanılmaz, gruplar arası istatistiksel fark olduğu (**Tablo 6-12**),
- Ağrısının en az halini %90'nı hafif, %10'u rahatsız edici, gruplar arası istatistiksel farkın olduğu (**Tablo 6-12**),
- Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrısını %16,1'i şiddetli, %50,6'sı çok şiddetli, %33,3'ü dayanılmaz, gruplar arası istatistiksel farkın olduğu (**Tablo 6-12**),
- Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını %18,8'i şiddetli, %40,6'sı çok şiddetli, %40,6'sı dayanılmaz, gruplar arası istatistiksel farkın olduğu, (**Tablo 6-12**),
- Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını %21,1'i şiddetli %43,3'ü çok şiddetli, %35,6'sı dayanılmaz olarak tanımlamıştır. Gruplar arası istatistiksel farkın olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6-12**).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Doğumun birinci evresinden (4-5 cm'den 10 cm'e kadar) ikinci evresine kadar ebe tarafından uygulanan vazelinle perineal masajın perineal travmaları önlediği,
- ✓ Vagina, labialar ve klitoriste perineal travmayı önlediği,
- ✓ Üretra da genital travmayı önlemediği,
- ✓ Epizyotomi girişimini azaltmadığı, ancak epizyotomiyi uzamasını önlediği,
- ✓ 1.-3.derece perineal yırtık gelişme riskini etkilemediği, 2.derece perineal yırtık gelişme riskini azalttığı,
- ✓ Laserasyonları ve laserasyonların suture edilme ihtiyacının önlediği,
- ✓ Doğumun birinci evresi (4-5 cm'den 10 cm'e kadar) ve toplam süresini kısalttığı,
- ✓ Emzirmeye başlama süresini azalttığı,
- ✓ Doğumdan alınan doyumunu arttırdığı,
- ✓ Vaginada ebeler tarafından uygulanacak vazelinle perineal masajın doğumun birinci evresinden (4-5 cm'den 10 cm'e kadar) ikinci evresine kadar hastaya özenle

uygulanması daha yararlı olacağı konusunda net sonuçlar elde edilebilmek için büyük ölçekli randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğu açıktır.

- ✓ Doğum salonu ve perinatoloji kliniklerinde çalışan, hemşire ve ebelerin hizmet içi eğitim programları çerçevesinde; rutin epizyotomi uygulamasından kaçınılması ve epizyotominin gerekli görülmedikçe uygulanmaması konusunda eğitilmesi,
- ✓ Travayda vazelin ile yapılan perineal masajın öğretilmesi ve uygulanması,
- ✓ McGill Melzack ağrı formunun perineal travmalara bağlı ağrıyı değerlendirmek üzere kullanılmasının uygun olmadığı ve perinede hissedilen ağrının neye benzediğini tariflemek için ağrı skorlamasında GKÖ kullanılmış olmasının yeterli sayılabileceği, ancak doğrudan perineal travmaya bağlı gelişen ağrıyı değerlendirmek üzere oluşturulacak yeni bir ölçeğin çok daha uygun olacağı,
- ✓ Vazelinin doğum sürecine olan etkisini inceleyen başka çalışmalara ihtiyaç olduğu,
- ✓ Perineal travmaları önlemede vazelin dışında perinede kullanılacak maddelerin etkinliğini araştıran randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilebilir.

8.KAYNAKLAR

Aasheim, V., Nilsen, AB., Lukasse, M., Reinar, LM (2017): Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 13;6:CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

ACOG (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol. 2016 Jul;128(1):e1-e15. doi: 10.1097/AOG.0000000000001523

ACOG Committee Opinion (2019), Number 780. Diagnosis and Management of Hymenal Variants Obstetrics & Gynecology: June-Volume 133- Issue 6- p e372-e376 doi: 10.1097/AOG.0000000000003283

Akgün N (2013). Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar ile İlişkisi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Prog., Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Akyürek F. Aile Sağlığı (2002), Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

Al-Ghammari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, AlMarjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri A, AlKhsawneh EM (2016). Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. Applied Nurses Research, 29, 131–135.

Altuntuğ A, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M (2010). Vaginal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13: 3

American College of Obstetrics and Gynecology (2006). Episiotomy. ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol, p: 107, 957–962.

Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, Berghella V(2018). Perineal Massage During Labor: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. J Matern Fetal Neonatal Med. Sep 19:1-13. Doi: 10.1080/14767058.2018.1512574

Araújo, NM., Oliveira, SMJV (2008). The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. Rev Lat Am Enfermagem; 16(3): 375-381.

Aslan F (2002), Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6

Atay B (2018). Doğumun Bilgeligi: Günümüz Kadını İçin Doğuma ve Bebeğe Hazırlık Rehberi. Kuraldışı Yayınevi. ISBN:078-975-275-402-7 İstanbul, s;144

Aydın Ç, Baloglu A, Yavuzcan A, Inci (2010). The effect of body mass index value during labor on pregnancy outcomes in Turkish population. Arch Gynecol Obstet; 281: 49-54.

Ayhan A, Kadayıfçı O, Evrûke C, Ürünsak İ.F, Ünal E.A (2008). Doğum Fizyolojisi ve Vaginal Doğum. Temel Kadın Hastalıkları ve DoğumBilgisi. 2. Baskı. ISBN: 978-975- 2771-91-8 Ankara, s ;212

Aytar A, Yürük Z, Durutürk N, Kundurucular Z, Tığlı A (2016). Bel Ağrılı Hastalarda Günlük Sigara Kullanımı ile Ağrı ve Fonksiyonel Yetersizlik Arasındaki İlişki. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1 (2):46-57

Bakan A, Karakoç E (2015). Endometriyozis. Türk Radyoloji Derneği. Trd Sem 2015; 3: 71-82. doi:10.5152/trs.2015.213

Banaei M, Moridi A, Dashti S (2018). Sexual Dysfunction And Its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study İn Iranian Women. Mater Sociomed. Oct;30(3):198-203. Doi: 10.5455/Msm.2018.30.198-203.

Başgöl Ş, Kızılkaya Beji N (2015). Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (3): 66-71

Bayraktar E (2011). Zeytinyağı ile Yapılan Perine Masajının Perine Bütünlüğü ve Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Süresine Etkisi.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi

Beckmann MM, Garrett AJ (2006). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane Library.http://dx.doi. org/10.1002/14651858.CD005123.pub3

Beckmann, MM., Stock, OM (2013): Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev;(4):CD005123. doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Bekdemir Ö (2013). Vaginal doğum yapan kadınlarda postpartum perineal ağrının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP (2008). Evidence –Based Labor and Delivery Management. American Journal of Obstetrics and Gynecology (November); 445-454

Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 194(1):10-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.022>

Bohata P, Dostálek L (2016). The possibility of antepartal prevention of episiotomy and perineal tears during delivery, 81(3):192-201.

Bolatlı G (2018), Perine Fasyaları Anatomisi, Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, Sayfalar 2-15

Bostancı G, İnal S (2015). Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerini Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi. HSP,2(3):260-270

Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhouseen JW (2005). Doğum Şekline Göre Primiparlarda Doğum Sonrası Yaşanan Disparoni Oranı. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, (Çeviri ed: Yıldırım G) Hemşire Çalışma Grubu, Güncel Makale Özeti, s:363

Can H, Saruhan A (2015). Evaluation of the effects of ice massage applied to large intestine 4 (hegu) on postpartum pain during the active phase of labor. Iran J Nurs Midwifery Res. Jan-Feb; 20(1): 129–138.

Chang M, Chiang K, Kuo C (2010). The effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on neonatal birth weight in Taiwan. International Journal of Nursing and Midwifery; 2(2): 28-34

Chapman V, Charles C (2018). The Midwife's Labour and Birth Handbook Çeviren : Öztürk Can H ,Yücel U ,Hadımlı A .Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı .3.basım , Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti ,Ankara ,s:1-32 .

Cunningham G, Leveno J, Bloom S, Rouse D (2010), Williams Obstetrik, Çeviri Edi: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A. Nobel Tıp Kitabevleri, Birinci Baskı, İstanbul

Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS (2009). Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in thesecond stage of labour. *Midwifery*; 25: 39- 48

Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83:364.

Deane RP (2019). Operative vaginal delivery and pelvic floor complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Apr;56:81-92. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.01.013. Epub 2019 Feb 10

Demir S (2011). Doğumun Birinci Evresinde Ebenin Uyguladığı Perine Masajının Genital Travmaları ve Postpartum Ağrıyla Azaltmadaki Rolü. E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ö Melek Gülsün).

Demirel G; Gölbaşı Z. (2015): Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *Int J Gynaecol Obstet*; 131 (2):183-186.

Demirgöz Bal M (Ed), Dereli Yılmaz S (Ed) (2017). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum, Bölüm 2, İstanbul

Dieb AS, Shoab AY, Nabil H, Gabr A, Abdallah AA, Shaban MM, Attia AH (2019).Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial.*Int Urogynecol J*, Apr 2. doi: 10.1007/s00192-019-03937-6

Dönmez S, Sevil Ü (2009). Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):105-112.

Dönmez S, Yeniel ÖA, Kavlak O (2014). Vaginal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences*;3

Ducarme G, Pizzoferrato AC, Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, Riethmuller D, Verspyck E, Gachon B, Pierre F, Artzner F, Jacquetin B, Fritel X (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Sep*;48(7):455-460. doi: 10.1016/j.jogoh.2018.12.002. Epub 2018 Dec 12.

Duman N (2019). Cinsel Sağlık. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul,4

Durmaz A, Bugdayci R (2013). Epizyotomi İyileşmesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Public Health* ,11: 72-85.

Dündar Ö (2009). Epizyotomi Onarımı Zamanının Postpartum Kan Belirteçlerine Etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3):203-207.

Elad Mei-daN, Asnat Walfisch, Iris Raz, Amalia Levy and Mordechai Hallak (2008). Perineal Massage during Pregnancy: A Prospective Controlled Trial. *Original Articles IMAJ*, Vol 10, July

Erbaba H, Pınar G (2016). Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* ;13 (3): 272-281

Erbaba H, Pınar G (2016). Primipar Kadınların Perineal Travmaya İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* cilt 13, Sayı13(2016)

Ergöl Ş, Kürtüncü M (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 26–34

Essa RM, Ismail NIAA (2016). Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *J Nurs Educ Pract*, 6(4):48-58. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n4p48>

Fahami, F., Shokoohi, Z., Kianpour, M (2012): The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iran J Nurs Midwifery Res*; 17(1): 52-57.

Gebuza G, Kazmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, Banaszkiwicz M, Maleńczyk M (2018). Episiotomy and

perineal tear risk factors in a group of 4493 women Health Care Women Int. Jun;39(6):663-683. doi: 10.1080/07399332.2018.1464004

Geranmayeh, M., Habibabadi, ZR., Fallahkish, B., Farahani, A., Khakbazan, Z., Mehran, A (2012). Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. Arch Gynecol Obstet; 285(1):77-81.

Gürkaş Y (2009). 35-55 yaş arası benign nedenlerle total histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne

Harlev, A., Pariente, G., Kessous, R., ArichaTamir, B., Weintraub, AY., Eshkoli, T. Dukler, D., Ayun, SB., Sheiner, E (2013). Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomizedcontrolled double-blind trial. J Matern Fetal Neonatal Med; 26(13): 1328-1331.

Huang LH, Lai YF, Chen GD, Lee MS, Ng SC (2019). Effect of far-infrared radiation on perineal wound pain and sexual function in primiparous women undergoing an episiotomy. Taiwan J Obstet Gynecol. Jan;58(1):68-71. doi: 10.1016/j.tjog.2018.11.013.

International Confederation of Midwives (ICM) (2008). Keeping Birth Normal. Position statement 6.1d. The Hague, ICM.

Ismail S. I., Emery S. J (2013). Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 33(8):839-43. <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2013>.

Janssen P, Shroff F, Jaspar P (2012). Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial. International Journal Of Therapeutic Massage and Bodywork. Volume 5, Number 4.

Karabulutlu Ö (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg Cilt 20- Sayı 3: 210-218 ISSN 1304-4869

Karacaahmet A, Yazıcı S (2017). Epizyotomide Güncel Durum. HSP;4(1):57-63. DOI: 10.17681/hsp.270072

Karaçam Z (2001). Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Karaçam Z (2008). Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 38-46.

Karaçam Z, Eroğlu K (2003). Effects of episiotomy on bonding and mother's health. J Adv Nur, 43:(4): 384-94

Karaman E (2017). Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Fakültesi Doktora Tezi. İstanbul

Karim F, Billah SM, Chowdhury MAK, Zaka N, Manu A, Arifeen SE, Khan ANS (2018). Initiation of breastfeeding within one hour of birth and its determinants among normal vaginal deliveries at primary and secondary health facilities in Bangladesh: A case-observation study. PLoS One.13(8): e0202508. doi: 10.1371/journal.pone.0202508. eCollection 2018.

Kartal B, Özhan T, Cırık M (2014). Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4):1056- 1066.

Kaya N, Demirel G (2018). İntrapartum Perine Masajı Uygulamasına Güncel Bakış. Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg. (3)1: 33-40

Kaya N, Demirel G (2019). Perineal Travmayı Azaltmaya Yönelik Alternatif Yöntemler. ACU Sağlık Bil Derg; 10(2):156-16 <https://doi.org/10.31067/0.2019.138>

Kaya Şenol D, Aslan E (2015). Normal Doğum Sonrası Perinenin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi ,12 (1): 7-10

Kettle C, Frohlich J (2002). Perineal care. Clin Evid, 7: 1284-95.

Kızılkaya Beji N (2017). Kadın Sağlığı ve Hatalıkları. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 70-71

Kutner JS, Smith MC, Corbin L (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer a randomized trial. Ann Intern Med, 149: 369-379

Kütük S.M (2014). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi. Erciyes Üniversitesi Deneyimi Türkiye Klinikleri Journal Gynecoloji Obstetri, 23(3): 154-159.

Leeman L., Spearman M., Roger R (2003) Repair of obstetric perineal lacerations. American family physician, 68:8: 1585- 1591 <http://www.womenofspirit.asn.au/pdf>. (E.T:28.01.2019)

Ma DM , Hu W , Wang YH , Luo Q (2019). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. J Obstet Gynaecol. 2019 Jun 18:1-5. doi: 10.1080/01443615.2019.1587605

Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, Ozcan T, Berghella V(2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis.Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Sep;240:93-98. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.06.011

Mamuk R (2008). Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak uygulama yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp)

Mazloomdoost D, Westermann LB, Mutema G, Crisp CC, Kleeman SD, Pauls RN (2017). Histologic Anatomy of the Anterior Vagina and Urethra, Female Pelvic Med Reconstr Surg.Sep/Oct;23(5):329-335. doi: 10.1097/SPV.0000000000000387

Mei-dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A., Hallak, M (2008). Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. IMAJ; 10(7): 499-502.

Melzack, R (1987). The Short Form McGill pain questionnaire. Pain, 30: 191-197.

Mohamed, ML., Mohamed, SL., Gonied, AS. (2011): Comparative study between two perineal management techniques used to reduce perineal trauma during 2nd stage of labor. J Am Sci; 7(11): 228-232.

Netter F (2012). The netter collection of medical illustrations Volume 2: Reproductive System, Çeviri Edi: Bülent T, İsmail G. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara

Özgüneş ZÖ (2019). Annelere Verilen Emzirme Eğitiminin Başarılı Emzirmeye Etkisi.H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

Özkan H (2019). Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi. Ankara:17

Özkan H, Bilgin Z (2019). Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevi. Bölüm 10. Ankara:322

Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Cıvı EF, Tunca MZ (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Turk J Public Health ;11(2)

Paiva V L, Nomura Y M R, Dias G C M, Zugaib M (2012). Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. Rev Assoc Med Bras,58(4): 453-458

Patel S , Patel G (2016). The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. J Hum Lact. 32(3):530-41. doi: 10.1177/0890334415618668.

Pietras J, Taiwo BF (2012). Episiotomy in Modern Obstetrics – Necessity Versus Malpractice, Adv Clin Exp Med, 21(4): 545–550

Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 11(2):1-7

Quoc Huy NV, Phuc An LS, Phuong LS, Tam LM (2019). Pelvic Floor And Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy In Vietnamese Women. Sex Med. Oct 10. Pii: S2050-1161(19)30193-X. Doi: 10.1016/J.Esxm.2019.09.002

Raisanen S, Vehvilainen JK, Heinonen S (2010). Need Forand Consequences Of Episiotomy In Vaginal Birth: A Critical Approach. Midwifery, 26, 348-56.

Rock J, Jones H (2013). Operatif Jinekoloji, Çeviri Edi: Yusuf Y, Gültekin E. İzmir Güven Kitabevleri, Onuncu Baskı, İzmir

Sanders J, Peters TJ, Campbell R (2005). Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. Midwifery, 21(2):154-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2004.12.003>

Sapmaz E, Altungül A (2012). Sağ Medyolateral Epizyotomi Vakalarında Ağrı Kesici Olarak Tenoksikam ile Parasetamolün Karşılaştırılması. Fırat Tıp Dergisi,17 (2): 76-79

Sayiner FD, Demirci N (2007). Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. İstanbul. Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15 (60):146-154.

Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. Reasons for Routine Episiotomy: A Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh, Cambodia. *Reprod Health Matters* 2015; 23: 68–77.

Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. Reasons for Routine Episiotomy (2015): A Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh, Cambodia. *Reprod Health Matters*. 23: 68–77.

Sevil E, Ertem G (2016): Perinatoloji ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

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. *Electron Physician*. Oct; 9(10): 5588–5595.

Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., Repke, J.T(2001). Postpartum Sexual Functioning and Its Relationship to Perineal Trauma: A Retrospective Cohort Study Of Primiparous Women. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 184: 881–888.

Simkin P, Ancheta R, (2016). Doğum Süreci El Kitabı, Çeviri Ed: Samiye Mete. İstanbul Tıp Kitabevi, Üçüncü Baskı, İstanbul.

Speksnijder L , Oom DMJ , Van Bavel J , Steegers DAP , Steensma AB (2019). Association Of Levator İnjury And Urogynecological Complaints İn Women After Their First Vaginal Birth With And Without Mediolateral Episiotomy. *Am J Obstet Gynecol*. Jan;220(1):93.E1-93.E9.

Stephenson C (2017). The Acupuncturist's Guide to Conventional Medicine, Second Edition. Singing Dragon, 518

Şahan H (2008). 0-24 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kayseri

Şahin M, Erbil N (2019). Doğum ve Medikalizasyon. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2(2), 120-130

Şahin NH, Yıldırım G, Aslan, E (2007). Evaluating the Second Stages Of Deliveries Maternity Hospital, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi ,17(1): 37-43.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Epizyotomi ve Perine Yırtıkları. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara; 2005; 90-95.

Takeuchi S, Horiuichu S (2016). Randomised Controlled Trial Using Smartphone Website Vs Leaflet To Support Antenatal **Perineal Massage** Practice For Pregnant Women. Women and Birth, Volume 29, Issue 5, Pages 430-435

Taşkın L (2009). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2-299

Tetik B (2016). Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığında Güncel Bilgiler. Ankara Med J, (16):115-8

Turan N, Öztürk A, Kaya N (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3, Sayı:1.

Uzel H, Yanıkkerem E (2018). İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.Cilt 11, Sayı 1,26-34

Üst ZD. Pasinlioğlu T. Özkan H (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 16:2.

Üstünsöz A (1996). Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Velioğlu E (2014). Epizyotomi Sonrası Perineye Buz Uygulamasının Ağrıyı Azaltmaya ve Yara İyileşmesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Nurdan Demirci)

World Health Organization, 2018, Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience, WHO, Geneva.

Yakut E (2015). Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi

Yaşar H (2019). Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının Doğum Konforu, Perineal Ağrı ve Travmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi

Yıldırım M. İnsan Anatomisi. 6. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2015;48

Yılmaz SD (2010). Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(2):172-177.

Zare, O., Pasha, H., Faramarzi, M (2014). Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. Health; 6(1):10-14.

EKLER

EK 1

GEBE TANITIM FORMU

Sosyo-Demografik özellikler

Tarih

- 1.Yaş.....
- 2.Eğitim durumu? () İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite () Okur -Yazar
- 3.Çalışma durumu? () Hayır ()Evet
- 4.Kronik bir sağlık sorununuz var mı? () Hayır () Evet ise
- 5.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Hayır () Evet ise
- 6.Boyunuz
- 7.Şimdiki kilonuz BKİ :..... (Araştırmacı tarafından doldurulacak)

Şu an ki gebelik ile ilgili bilgiler

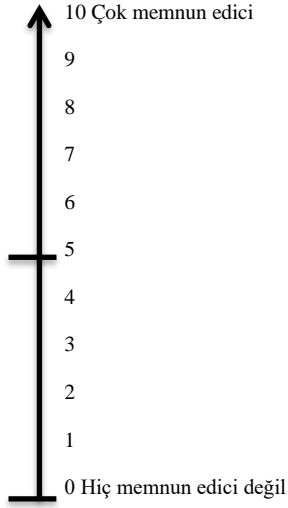
- 8.Gebelikte kaç kilo aldınız?.....
- 9.Son adet tarihiniz nedir?.....
- 10.Kaçıncı gebeliğiniz?.....
- 11.Bebeğiniz kaç haftalık.....
- 12.Gebelik döneminde bebeğinize tanı konmuş bir sağlık problemi var mı? ()Hayır ()Evet ise.....
- 13.Gebelikte egzersiz yaptınız mı? ()Hayır ()Evet ise.....
- 14.Gebeliğinizde düzenli kontrole gittiniz mi? ()Hayır ()Evet
- 15.Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katıldınız mı? () Hayır () Evet
16. Gebelik sürecinde doğum eylemi ile baş etmeye yönelik eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır
17. Bu eğitimi kimden aldınız? a. Hekim b. Hemşire c. Ebe d. Diğer.....

18-20. soruları yalnızca multipar gebeler yanıtlayacaktır

- 18.Daha önceki doğumunuzda bebeğiniz kaç kilo doğdu?.....
- 19.Daha önceki doğumunuz zor oldu mu? () Hayır () Evet
- 20.Daha önceki doğumunuzda dikiş atıldı mı? ()Hayır () Evet

Şu an ki doğum ile ilgili bilgiler (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

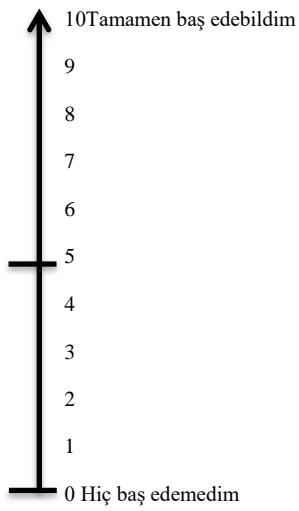
- 21.Bebeğin doğum kilosunu nedir?
- 22.Bebeğin baş çevresini uzunluğu kaç cm dir?.....
23. Bebeğin apgar skoru 1.dk
- 24.Bebeğin apgar skoru 5.dk.....
- 25.Doğum sonu genital travma oluştu mu? () Hayır () Evet ise
- Vaginada () Hayır () Evet
- Labialarda () Hayır () Evet
- Periüretal bölgede () Hayır () Evet
- Klitoriste () Hayır () Evet
- Servikste () Hayır () Evet
- 26.Epizyosu durumu nedir? ()Yok ()Var
- 27.Epizyosu hattı uzadı mı? () Hayır ()Evet
- 28.Doğumda 1.derece perine yırtığı oluştu mu? () Hayır () Evet
- 29.Doğumda 2.derece perine yırtığı oluştu mu? ()Hayır ()Evet
- 30.Doğumda 3.derece perine yırtığı oluştu mu? ()Hayır ()Evet
- 31.Doğumda 4.derece perine yırtığı oluştu mu? () Hayır () Evet
- 32.Doğumda laserasyon oluştu mu? ()Hayır ()Evet
- 33.Laserasyonlar suture edildi mi? ()Hayır ()Evet
- 34.Doğumun 1. evresi toplam süre.....
- 35.Doğumun toplam süresi.....
- 36.Emzirmeye başlanma süresi nedir?
- 37.Postpartum 3.-4. saatlerde perinede kızarıklık oluştu mu?() Hayır ()Evet ise
()0 () 1 () 2 () 3
- 38.Postpartum 3-4. saatlerde perinede ödem oluştu mu ? () Hayır () Evet ise
() 0 () 1 () 2 () 3
- 39.Postpartum 3-4. saatlerde perinede ekimoz oluştu mu? () Hayır () Evet ise
() 0 () 1 () 2 () 3
- 40.Bu doğum sizin için doyurucu mu idi?



41. Vaginada hissettiğiniz ağrıya kaç puan verirsiniz?



42. Ağrınızla ne kadar baş edebiliyorsunuz?



EK 2

REEDA SKALASI

	0	1	2	3
KIZARIKLIK	Yok	Kesinin her iki tarafında 0,25 cm içinde	Kesinin her İki tarafında 0,5 cm içinde	Kesinin her iki tarafında 0,5cm'den büyük
ÖDEM	Yok	Perineal, kesi yerinde 1cm'den küçük çük	Perineal ya da vulvar, kesi yerinde 1-2 cm arasında	Perineal ya da vulvar, keşi yerinde, 2 cm' den büyük
EKİMOZ	Yok	Her iki tarafta 0,25 cm ya da tek tarafta 0,5 cm	Her iki tarafta 0,25-1 cm yada tek tarafta 0,5 2 cm	Her iki tarafta 1 cm'den büyük ya da tek tarafta 2 cm
AKINTI	Yok	Seröz	Kanlı	Kanlı-pürülan
YARA KENARLARININ YAKLAŞMASI	Kapalı	Derinin 3mm ya da daha az ayrılması	Deri, subkutan yağ tabakasının ayrılması	Deri, subkutan yağ ve fasial tabakasının ayrılması

(Son iki satır araştırmada kullanılmamıştır.)

Re:



Nermin OLGUN <nermin.olgun@hku.edu.tr>

Cum 3.08.2018, 11:44

Siz

Merhaba Yağmur İrmak

'MgİLL MELZACK Ağrı Soru Formu'nu "
Çalışmanızda kullanabilirsiniz

İyi çalışmalar diliyorum

Prof. Dr. Nermin Olgun

EK 3

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ

Ağrı Yok



Hissettiğiniz ağrıyı 1 ile 10 arası bir rakam veriniz.



Dayanılmaz Ağrı Var

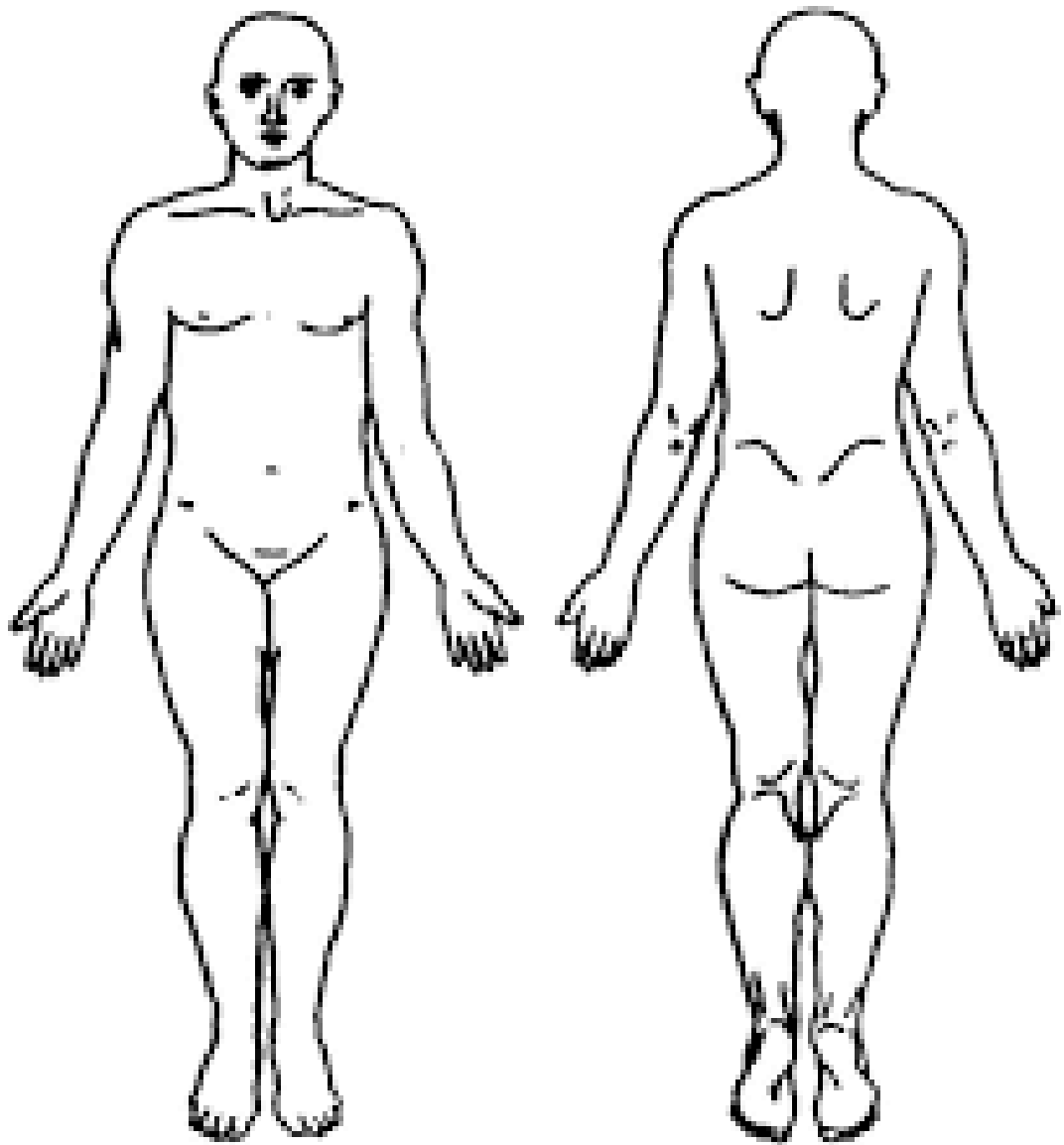
EK 4

McGILL-MELZACK AĞRI FORMU

Bu ölçek ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1)Ağrının yeri (2)Ağrının Özelliği (3)Zamanla ilişkisi ve (4)Zamanla ilişkisi

1.Bölüm: AĞRINIZ NEREDEDİR?

Lütfen aşağıda şekil üzerinde ağrınızı nerede /nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız deride ise D harfi, yüzeyde ise Y harfini işaretleyiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise DY harflerini yazınız.



2.Bölüm: AĞRINIZ NEYE BENZİYOR?

Aşağıdaki kelimelerin bazıları şundaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız. Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan yalnız bir kelime işaretleyiniz.

1 Pırpır eden Titreyen Çarpan Zonkluyor vuran döven	6 Çekiştirici Sürükleyici burkutucu	11 Yorucu Tüketici	16 Usandıran Sıkıntılı Perişan eden Yoğun dayanılmaz
2 Sıçrayan Yansıyan fırlayan	7 Sıcaklık veren Yakıyor gibi Haşlanıyor gibi Dağlayıcı	12 Tiksindirici boğucu	17 Yayılan Dağılan İçe işleyen Delen
3 Diken diken Oyuluyor gibi Deliyorlar gibi Şiş saplanır gibi Şimşek çakar gibi	8 Sızılıyor gibi Kaşıntılı Acıtıcı İğne batar gibi	13 Korku veren Korkunç dehşetli	18 Sıkıntı verici Uyuşuklaştıran Hissizleştiren Sürükleyici Sıkıştırıcı Yırtıcı
4 Çok keskin Kesiliyor gibi Yırtılıyor gibi	9 Künt Çıldıratan Yaralayıcı Sızlayan Yoğun	14 Cezalandırıcı Bitap düşürücü Dayanılmaz Şiddetli öldürücü	19 Ürperten Üşüten Donduran
5 Kemirici sancı Kasılır tarzda Eziliyor gibi	10 Hassas Gergin Törpüleyen Keskin	15 Biçare eden Kör eden	20 Sürekli rahatsız eden bulantı veren ızdırıp veren berbat işkence eder tarzda

3.Bölüm: ZAMANLA AĞRINIZ NASIL DEĞİŞİYOR?

1.Ağrınızı tanımlamak için hangi kelime -kelimeyi kullanırsınız?

1	2	3
Devamlı	ritmik	genel
Kararlı	periyodik	anlık
Sabit	aralıklı	geçici

2.Neler ağrınızı rahatlatıyor?.....

3.Neler ağrınızı artırıyor?.....

4.Bölüm: AĞRINIZ NE KADAR GÜÇLÜ?

İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimedede birleşirler.

Bunlar.

1	2	3	4	5
Hafif	rahatsız edici	şiddetli	çok şiddetli	dayanılmaz

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, en uygun rakamı yazınız.

1.Şu an ki ağrınızı hangi kelime tanımlar?

2.Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?.....

3.Ağrınızın an az olduğunda hangi kelime tanımlar?.....

4.Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrısını hangi kelime tanımlar?.....

5.Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?.....

6.Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?.....

EK 5

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU METNİNDE BULUNMASI GEREKENLER

BİLGİLENDİRME FORMU (DENEY-KONTROL GRUBU)

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘‘Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri’’dir.

Yüksek lisans tezi olarak planlanan bu araştırma, vazelin ile yapılan perineal masajın perineal ağrı, perineal yırtık ve epizyotomi ihtiyacına etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma Kasım 2019 – Mart 2019 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 180’dir. Arnavutköy Devlet Hastanesinin Doğum Salonuna yatışı yapılan, seçim kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve normal doğum yapan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır.

Deneysel ve randomize kontrollü bu çalışmada siz girişim yapılacak iki gruptan birine veya girişim yapılmayacak gruba rastgele şekilde atanacaksınız. Girişim yapılacak olan ilk gruba atanmanız durumunda vazelin ile doğumun ilk evresinde ebe tarafından size perineal masaj yapılacaktır. Girişim yapılacak olan ikinci gruba atanmanız halinde doğumun ilk evresinde (doğum açıklığının 4 cm olmasından itibaren) perineal masaj uygulanacaktır. Girişim yapılmayacak olan kontrol grubuna atanmanız durumunda hastane rutinleri doğrultusunda (masaj yapılmadan) doğumunu gerçekleştirecek ve size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Travayda ya da doğum esnasında vazelinin kullanılmasındaki faydasının yüksek olduğu iddia edilmektedir. Sistemik (zararlı) bir etki yaratmadığı için size ve fetüse (bebeğe) bir zararı söz konusu değildir. Kullanılan hastalarda herhangi bir risk bildirilmemiştir. Vazelinin gebelik ve doğumda güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada toplamda beş kez uygulanacaktır.

Vazelin kullanımının gerekçesi doğumun ilk evresinden (doğum açıklığının 4 cm olmasından) itibaren artarak devam eden ve doğumun ikinci evresinde (bebeğin doğacağı ana kadar) pik yapan perineal ağrının giderilmesi ve travmanın (yırtık ve

sıyrıkların) önlenmesidir. Bu çalışmada, doğumun ilk evresinden ikinci evresine kadar toplamda beş kez uygulanan vazelinle yapılan perineal masajın perineal ağrı, erken dönemde perineal iyileşme ve perineal travma üzerine etkisi incelenecektir. Değerlendirmeler geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçekler(anketler) aracılığıyla yapılacak olup anket formunun araştırmacı yardımı ile doldurmanız istenecektir.

Çalışma sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Çalışma sırasında size ağrı skalaları, ağrınızın yeri ve özelliği, perineal travmanızı(yaralarınızı) tespit etmek için ölçekler uygulanacaktır. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı Soyadı: Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

İletişim Adresi: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Maltepe Başbüyük Kampüsü/İSTANBUL

Tel: 05056482983

Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler

Bu çalışma esnasında yapılacak olan tüm değerlendirmeler, yaygın olarak kullanılan değerlendirmeler olup, herhangi bir risk taşımamaktadır.

Değerlendirmede kullanılan yöntemlerin size verebileceği bir zarar mevcut değildir. Kullanılan değerlendirme yöntemlerinin hepsi denenmiş, geçerlilik ve güvenilirlikleri belirlenmiştir. Hiçbir uygulamanın, klinikte ve literatürde yer alan çalışmalarda

herhangi bir yan ve istenmeyen etkisine rastlanılmamıştır. Tespit edilen bir riski bulunmadığı için, tüm değerlendirme metotları sıklıkla kullanılmaktadır.

Doğum süreciniz ve doğum sonu döneminiz ebe gözetiminde ve desteğiyle yapılacağından herhangi bir sorunla karşılaşmayacaksınız. Bir risk, yan etki ya da gözlenebilecek olumsuz bir durum olmayacaktır.

Çalışmamızda kullanılan uygulamaların sağlığınıza negatif etkisi olmayacaktır. Yine de herhangi bir sorun olması durumunda, rutin hastane izlem ve bakımlarınız sürdürülecektir. Bu durumda da sorumluluk tarafımda olacak ve bu zararın giderilmesi için her türlü tıbbi girişim yapılacaktır. Bu konudaki tüm harcamaları karşılayacağımı taahhüt ediyorum.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

ONAM FORMU

Gönüllünün Beyanı

Sayın Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam ebem ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

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

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi girişimin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi girişimlerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL **05056482983** (cep) no’lu telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

Üç nüsha halinde düzenlenen imzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacı:

Adı, Soyadı:

Tarih:

Adres:

Tel:

İmza:

Şahit:

Adı, Soyadı:

Tarih:

Adres:

Tel:





Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.709
	PROJE ADI	Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

KARAR BİLGİLERİ	Tarih	02.11.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılmalar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.	

ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile ilişkisi		Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİREKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>spk</i>
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Şenik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atıla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

EK 7

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 26.12.2018
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2018 / 37

KARAR NO: 2018/37-70

Enstitümüz Ebelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Yağmur IRMAK'ın, Genel Ağırlıklı Not Ortalamasının (GANO) en az 2.50 olmak koşuluyla tez konusunun aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı : “Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri”

Cansın KALENDER
Enstitü Sekreteri



Marmara Üniversitesi
Başbüyük Kampüsü Sağlık
Bilimleri Enstitüsü 34854
Maltepe / İSTANBUL

0 (216) 418 00 69 (Faks)
0 (216) 414 44 23 / 1116

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Fatih ŞAHİN

EK8



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
13.02.2019 09:37 - 16867222 - 604.01.01 - E 387



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Yağmur İRMAK'ın Tez Çalışması

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Marmara Üniversitesi Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi : 22/01/2019 tarihli ve 71211201-1900020720 sayılı yazınız.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Yağmur İRMAK'ın "Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri" konulu tez çalışmasını, Arnavutköy Devlet Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüze onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDUR
13.10.2019
Permin GÖRECEK
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
130211201-1900020720
Birim Sorumlusu

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 82b1b9c6-e97e-472b-9d2d-64e64fce54dd kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0 212 638 33 99

ARNAVUTKÖY HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad Yağmur İRMAK

Tarih 15.09.2018

İmza



Araştırmamın:

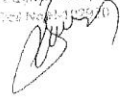
Adı:	Doğumda vazelinle yapılan perineal masajın etkileri
Amacı:	Doğumda aktif fazından itibaren toplamda beş kez olacak şekilde vazelin ile perine masajı yapılarak perine bölgesinde hissedilen ağrıyı azaltmak, perineal hasarı önlemek ve doğum süresini kısaltmak
Yöntemi:	Deney ve kontrol gruplarına alınacak kadınlar yapılan analizler sonucunda deney grubu=60 (primipar 30 ,multiplar 30) kadın ve kontrol grubu=60 (primipar 30 ,multiplar 30) kadın olarak belirlenmiştir. CONSORT 2010 randomize kontrollü çalışma klavuzuna uygun olarak kadınlar randomize olarak deney ve kontrol gruplarına ayrılacaklardır. Deney grubundaki kadınlara aktif fazdan itibaren (5 cm) geçiş faza dahil doğuma kadar olan süre zarfında toplamda 5 kez ve her biri 10'ar dakika süren perine masajı yapılacaktır. Kontrol grubunda ise kadınlara normal hastane rutinleri uygulanacaktır.
Uygulanacağı Yerler:	Doğumhane birimi
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	
Başlama Tarihi ve Süresi:	15-11-2018 ve 12 ay süresince
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu

İmza

15/09/2018

Arnavutköy Devlet Hastanesi
Doç. Dr. Burçinur ÖZDEMİR
111 Çiğdem Caddesi
06500 Beştepe/Beştepe



Klinik / Birim İdari Sorumlusu

İmza

15/09/2018

ARNAVUTKÖY DEVLET HASTANESİ
Op.Dr. Hüseyin DAYAN
Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı
Diyadin No: 178453

HASTANE BAŞHEKİMİ

İmza

15/09/2018

Arnavutköy Devlet Hastanesi
Doç. Dr. Hüseyin DAYAN
Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı
Diyadin No: 178453



Arnavutköy Devlet Hastanesi
Doç. Dr. Hüseyin DAYAN
Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı
Diyadin No: 178453

ÖZGEÇMİŞ

Adı	YAĞMUR	Soyadı	İRMAK
Doğum Yeri	BAHÇELİEVLER	Doğum Tarihi	13.12.1990
Uyruğu	T.C	Tel	5397231374
E-mail	yagmurirmak90@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı	2018-Halen
Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	2013
Lise	İstanbul 75.Yıl Cumhuriyet Lisesi	2007

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
	Ebe	Nisa Hastanesi-İstanbul	2011-2013
	Ebe	Şemdinli Devlet Hastanesi Hakkari	2014-2016

Ebe	Arnavutköy Devlet Hastanesi –İstanbul	2016-Halen
-----	---------------------------------------	------------

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	63,97340	61,94695	57,18899

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word, Excel, Power Point	İyi

EK

Uluslararası Bildiriler

Irmak Y, Demirgöz Bal M. (2018). Doğum Yönteminin Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi Var Mıdır?1.Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi, 7-9 Kasım, İzmir. Poster Bildiri

Irmak Y, Demirgöz Bal M. (2019). Doğumda Vazelinle Uygulanan Perineal Masajın Doğum Sürecine Etkileri. 6.Uluslararası 10.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi,19-21-Nisan, Sivas. Sözel Bildiri Birincilik Ödülü

Irmak Y, Demirgöz Bal M. (2019). Perineal Masajda Vazelin Kullanmalı Mıyız? 6.Uluslararası 10.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi,19-21-Nisan, Sivas. Poster Bildiri