

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK PROGRAMI

DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN
EBE ve HEKİMLERİN EPİZYOTOMİ UYGULAMASINA
YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
NAFİYE ÇELEBİ

SİVAS, 2009

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK BÖLÜMÜ ANABİLİM DALI

DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN
EBE ve HEKİMLERİN EPİZYOTOMİ UYGULAMASINA
YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
NAFİYE ÇELEBİ**

**TEZ DANIŞMANI
YARD. DOÇ. DR. HANDAN GÜLER**

SİVAS, 2009

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER

Üye Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR

Üye Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER

ONAY

Bu tez çalışması, 30.06.2009 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tijen KAYA TEMİZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yapmış olduğum araştırmanın her aşamasında yol gsterici ve destekleyici yardımlarını, önerilerini aldığım ve her konuda rol modeli olan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER'e, tezin istatistik kısmındaki yardımlarından dolayı sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a, yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundaki hocalarıma, eğitim hayatım boyunca benden maddi-manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, stresli günlerimde her zaman büyük bir sabırla yanımda olan arkadaşlarım Arş. Gör. Emel ELEM'e, Öğr. Gör. Yeşim AKSOY DERYA'ya, Ebe Hatice AYDEMİR'e, Arş. Gör. Hatice ACAR BEKTAŞ'a, Ebe Demet YÜCER'e ve sevgili Turgay DUTUCU'ya ayrıca çalıştığım sağlık ocağındaki tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Nafiye ÇELEBİ

ÖZET

DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN EBE ve HEKİMLERİN EPİZYOTOMİ UYGULAMASINA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

Nafiye ÇELEBİ

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER

2009, 75 sayfa

Bu araştırma, hastanelerin doğum salonunda çalışan ebe ve hekimlerin epizyotomi uygulamasına yönelik düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma verileri Kasım 2007-Aralık 2007 tarihleri arasında ebe ve hekimlerle birebir görüşülüp literatür ve gözlemlerden yararlanılarak geliştirilen olumlu ve olumsuz 27 ifadenin yer aldığı formla toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini Kocaeli İl Merkezinde bulunan 7 hastanenin doğum kliniğinde çalışan tüm ebe ve hekimler (48 ebe, 47 hekim) oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 48 ebe ve 45 hekim örnekleme alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; Khi-kare testi uygulanmış ve veriler tablolarda denek sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan ebelerin %50'si 20-30 yaş, hekimlerinde %35.6'sı 31-40 yaş grubunda olup, büyük çoğunluğu evlidir. Ebelerin %95.8'inin hekimlerin ise %77.8'inin epizyotomi normal doğumun bir parçasıdır ifadesine katıldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Ebelerin %85.4'ünün hekimlerin ise %64.4'ünün epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir ifadesine katıldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Ebelerin tamamının (%100.0) hekimlerin ise %88.9'unun perineye sütür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir ifadesine katıldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmaz fakat epizyotomilerin onarılması doğum salonunda kalış süresini belirgin derecede uzatır ifadesine ebelerin %56.3'ü katılırken hekimlerin %68.9'unun katılmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Epizyotomi uygulamasındaki artış ebe ve hekimlerin non-farmakolojik uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir ifadesine ebelerin %81.3'ünün hekimlerin ise %62.2'sinin katılmadığı saptanmıştır ($p<0.05$). Ebelerin % 37.5'inin hekimlerin ise %64.4'ünün epizyotomi açılarak yaptırılan doğum, sağlık ekibine daha

fazla zaman kazandırdığı için günümüzde ebe ve hekimler tarafından sık kullanılan bir uygulama olmuştur ifadesine katıldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; epizyotominin rutin bir uygulama olmadığı, endikasyon durumunda uygulanması gerektiği, gebenin kendi vücuduna yapılacak müdahalelerle ilgili kararlara kendisinin de katılmasının sağlanması, kanıt temelli ve bireyselleştirilmiş ebelik bakımı doğrultusunda kadının perinesi traş edilmeden önce kendisinden mutlaka onam alınması, epizyotomi endikasyonunu azaltmak için yapılacak non-farmakolojik uygulamalar konularında hizmet içi eğitim programları düzenlenerek eksik bilgilerin tamamlanması, güncellenmesi ve yanlış olan bilgilerin düzeltilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi, Ebe, Hekim, Düşünce

SUMMARY

TO DETERMINE THE IDEAS of MIDWIFE and OBSTETRICIANS WORKING IN DELIVERY ROOMS ABOUT EPISIOTOMY APPLICATIONS

Nafiye ÇELEBİ

Post Graduate Thesis, Department of Obstetrics

Instructor: Ass. Prof. Dr. Handan GÜLER

2009,75 pages

The study has been conducted as a descriptive document to determine the ideas of midwife and obstetricians about episiotomy applications. Research data had been collected in a form containing 27 different negative and positive statements constructed by making use of literature and observations and obtained by face to face meetings with midwife and obstetricians between November 2007 and December 2007.

Research area was constituted by midwife and obstetricians (48 obstetrician and 47 doctors) working in birth clinics in central Kocaeli province. Samples had been taken from 48 midwife and 45 obstetricians who accepted to participate to the research. SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Science) packet program had been used to evaluate obtained data. In the statically analysis of data, Khi-kare test had been applied and data stated on the tables as numbers and percentage of subject and misapprehension percentage is taken as 0, 05.

50 % of midwife participated to the research is at the ages of 20-30 and 35.6% of obstetricians at the ages of 31-40 and most of them are married. It was seen that 95.8 % of midwife and 77. 8 % of obstetricians are agree with the idea that episiotomy application is a part of normal birth ($p<0.05$). It was concluded that 85. 4 % of midwife and 64, 4 % of obstetricians are agree with the idea that perineum should be shaved for the woman to whom episiotomy will be applied. It was established that all of midwife (100 %) an 88.9 % of the obstetricians are agree with the idea that anesthetic substances should be given before suturing the perineum. It was seen clearly that the idea that recovering laceration treatment would not lengthen the period of staying at hospital but recovering episiotomy applications would evidently lengthen the period of staying at hospital is agreed by 56.3 % of midwife nevertheless 68.9 % of obstetricians are not agree with this idea ($p<0.05$). It was determined that 81.3 % of midwife and 62.2 % of obstetricians aren't agree with the idea that the increase of episiotomy applications can result from insufficiency of midwife and obstetricians about non- pharmacological

applications ($p < 0.05$). Also it was determined that 37.5 % of midwife and 64.4 % of obstetricians are agree with the idea that the birth by enlarging episiotomy become a frequent application used by midwife and obstetricians because it gives an opportunity to save more time ($p < 0.05$).

In the direction of obtained data, those are suggested that episiotomy should be applied in indication situation because it is not a routine application, the rights of pregnant about surgical operations which would be applied on her body should be kept, in the direction of evidence-based and individualistic obstetrics the approval of the pregnant should be asked before her perineum is shaved, by organizing in-service educational programs about non-pharmacologic applications to decrease episiotomy indication, lack of knowledge should be satisfied and updated, incorrect knowledge should be corrected.

Key Words: Episiotomy, Midwife, Obstetrician, Idea

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.2 Epizyotomi Çeşitleri.....	5
2.2.1 Median (Midline) Epizyotomi.....	6
2.2.2 Lateral Epizyotomi.....	7
2.2.3 Mediolateral Epizyotomi.....	7
2.2.4 J Şeklinde Epizyotomi.....	8
2.3 Epizyotominin Uygulanışı.....	8
2.4 Epizyotominin Onarımı.....	9
2.5 Epizyotomiye Bağlı Ortaya Çıkabilecek Sağlık Sorunları.....	11
2.5.1 Epizyotomi ve Ağrı.....	11
2.5.2 Epizyotomi ve Cinsel Yaşam	11
2.5.3 Epizyotomi ve Anne-Bebek İletişiminin Başlatılması	11
2.5.4 Epizyotomide, Yara İyileşmesi ve Komplikasyonları.....	12
2.5.5 Epizyotomi ve Stres İnkontinansı.....	12
2.6 Epizyotomi Uygulaması İle İlgili Ebelerin Sorumlulukları.....	13
3.GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Tipi.....	17
3.2 Araştırmanın Yeri.....	17
3.3 Araştırmanın Evreni.....	18
3.4 Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.5 Verilerin Toplanması	18
3.5.1 Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	18
3.5.2 Ön Uygulama.....	18

3.5.3 Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	19
3.6 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	19
4.BULGULAR.....	20
5.TARTIŞMA.....	37
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	45
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER.....	55

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 2. Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	21
Tablo 3. Ebe ve Hekimlerin Doğum Eyleminde Epizyotomi Uygulama Gerekçelerine Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	22
Tablo 4. Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Açılmadan Önce Yapılacak Uygulamalara Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	23
Tablo 5. Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Onarımına Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	25
Tablo 6. Ebe ve Hekimlerin Epizyotominin Yararına Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	26
Tablo 7. Ebe ve Hekimlerin Epizyotominin Neden Olabileceği Olumsuzluklara Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	28
Tablo 8. Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Uygulamasındaki Artışa Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	30
Tablo 9. Ebe ve Hekimlerin Mesleki Öğrenim Durumuna Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	31
Tablo 10. Ebe ve Hekimlerin Cinsiyete Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	32
Tablo 11. Ebe ve Hekimlerin Yaş Gruplarına ve Doğumhanede Çalışma Süresine Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	33
Tablo 12. Ebe ve Hekimlerin Çalıştığı Kuruma Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı.....	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil.2.1. Epizyotomi çeşitleri ve bebek başının perineden görünüşü.....	6
Şekil.2.2. Bebek başı taçlandığında medio-lateral epizyotomi.....	9
Şekil.2.3. Epizyotomi açma ve onarımı için lokal anestezi uygulaması.....	10

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İlk insanın varlığından itibaren var olan doğum olayı kadının ve ailenin merakla beklediği en önemli yaşam deneyimlerinden biridir. Bu deneyim kadını ve aileyi fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak etkilemektedir. Bilim adamları kadın ve aile tarafından bu olayın pozitif algılanması ve doğumun kolaylaştırılması için sürekli yeni uygulama ve tekniklerin arayışı içerisinde olmuşlardır. Epizyotomi de bu arayışta doğumu kolaylaştıracağı düşünülerek geliştirilmiş uygulamalardandır.

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek amacı ile kontrollü cerrahi bir insizyon olarak tanımlanır (Beck, 2004; Ladewig ve ark., 2002; Pernoll, 1994; Taşkın, 2002). Ancak tanımda yer alan ifadelerle ilgili savunucular ve karşı olanlar arasında farklı görüşler bulunmaktadır. Savunucular, ilk doğumdan itibaren tüm doğumlarda epizyotomi yapılması gerektiğini ve epizyotominin sistosel ve uterus prolapsusunu önlediğini ileri sürerken karşı olanlar, doğumun normal bir süreç olduğunu ve gerekmedikçe hiçbir müdahalenin yapılmamasını ileri sürmektedirler (Scott ve ark., 1997).

Epizyotominin rutin kullanımı pek çok ülkede hızla artmaya devam ederken bu konuda yapılan bazı çalışmalar epizyotominin bilinen olumlu etkilerinin tersine olumsuz etkilerinin de olduğunu göstermeye başlamıştır (Fernando ve ark., 1995; Karaçam, 2001; Uygur ve ark., 2004). Woolley (1995) makalesinde, epizyotominin olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili tartışmaların ilk kez 1983 yılında Thacker ve Banta tarafından yapılan çalışmayı takiben başladığını bildirmektedir. Daha sonraki yıllarda epizyotominin olumlu ve olumsuz yönlerine ilişkin tartışmalara ışık tutacak çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaların sonucunda epizyotominin rutin olarak uygulanmaması gerektiği, gerekli durumlarda yapılmasının uygun olacağı vurgulanmıştır (Klein ve ark., 1994; Röckner ve ark., 1989; Sullivan, 1991). Woolley (1995) makalesinde, Thacker ve Banta 1860–1980 yılları arasında yayınlanan 350'den fazla kitap ve makaleyi inceleyerek epizyotominin özellikle rutin olarak uygulanmasının yararlı olacağını açıkça gösteren herhangi bir bilgiye rastlamadıklarını belirtmişlerdir. Aksine epizyotominin perinide bir travma oluşturduğunu ve annenin doğumu pozitif algılamasını engellediğini, postpartum ağrı ve rahatsızlıkların yanında anne ölümlerine

kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara neden olduğunu gösteren bazı çalışmalara da rastladıklarını bildirerek epizyotomi uygulamadan önce olumlu ve olumsuz yönlerinin özenle kontrol edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Ülkemizde geçmiş yıllarda epizyotomi sık olarak kullanılmazken günümüzde sınırlı sayıda yapılan çalışmalara göre doğumu kolaylaştırmak amacıyla tüm primigravidalarda rutin, multigravidalarda daha önce epizyo açıldı ise ya da perinenin rijit olduğu durumlarda yaygın olarak uygulandığı bilinmektedir. Karaçam (2001a)'ın yaptığı çalışmada epizyotominin ilk doğumların tamamına yakınına (%95), ikinci doğumların yaklaşık yarısına (%48), üçüncü ve daha fazla doğumların çok küçük bir bölümüne (%12) uygulandığı saptanmıştır. Toker (2003)'in yaptığı bir çalışmada da primigravilerin %90'ına epizyotomi uygulandığı, ikinci ve üçüncü doğumlarda bu oranın giderek azaldığı belirlenmiştir. Üstünsöz (1996) de çalışmasında, multipar annelerin %81.2'sine epizyotomi uygulandığını saptanmıştır.

Günümüz literatüründe özellikle endikasyon olmadan epizyotomi uygulanmaması vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda endikasyon olmadan uygulanan epizyotominin beklenildiğinin aksine birçok problem doğurduğu saptanmıştır (Argentine Episiotomy Trial Collaborative 1993; Harrison ve ark., 1984). Duran ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada, epizyotomi ile doğuran kadınların, doğum salonunda diğer kadınlara oranla daha uzun kaldığı saptanmıştır. Bugün gelişmekte olan ülkelerde her doğumda epizyotominin kullanımı hızla artarken gelişmiş ülkelerde her doğumda rutin olarak kullanımıyla ilgili tartışmalar yapılmaktadır.

Epizyotomi birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de doğum eyleminin ikinci devresinde rutin olarak uygulanan bir cerrahi girişimdir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar epizyotomi uygulamasının çok fazla yararının olmadığını göstermektedir. Epizyotominin rutin uygulanmasının sebepleri giderek daha fazla sorgulanmaya başlanmıştır. Rutin uygulanmasına etkisi olan birçok faktör var. Bunlardan biri sağlık personelinin epizyotomi uygulamasına yönelik inanç ve tutumlarıdır. Bunları değiştirmek de oldukça zordur. Epizyotominin rutin uygulamadan çıkarılması için çaba sarf edilerek hem lisans eğitim süreçlerinde hem de hizmet içi eğitimlerde yalnızca endikasyon olması durumunda uygulanmasına yönelik bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bunun için öncelikle ülkemizde rutin uygulamayı etkileyebilecek sağlık politikalarının, eğitim içeriklerinin, kurumsal faktörlerin ve sağlık personelinin düşünceleri, tutumları ve uygulamalarının araştırılması önemlidir. Epizyotomi uygulamasından birinci

dereceden sorumlu olan sağlık personeli ebeler ve kadın doğum hekimleridir. Bu nedenle ülkemizde, epizyotomi kullanımını etkileyen faktörlerden biri olan ebe ve hekimlerin epizyotomi uygulamasına yönelik düşüncelerinin belirlenmesi önemlidir. nk uygulamayı yapan sağlık çalışanının epizyotomiye yönelik düşünceleri doğrudan uygulamayı yaptığı kadına yansıtılabilecektir. Bu alışma, ülkemizde endikasyonu olmadan rutin epizyotomi uygulamalarının azaltılmasına ve nlenmesine katkı verebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma hastanelerin doğum salonunda çalışan ebe ve hekimlerin (doğum yaptıran personelin) epizyotomi uygulamasına yönelik düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EPİZYOTOMİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Normal vajinal doğum, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (Taşkın, 2002). Bilim adamları doğumu kolaylaştırmak amacıyla farklı tekniklerin arayışı içerisinde olmuşlardır. Bu tekniklerden biriside epizyotomidir.

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmeyen yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde fetüsün önden gelen kısmının perineyi itmeye başlamasından sonra perinede bulbo-cavernos kasına yapılan kontrollü cerrahi bir insizyon olarak tanımlanır (Arısan, 1984; Gürgüç, 1984; Öncel, 1981; Önder, 1989; Pernoll, 1994; Taşkın, 2002).

Epizyotomi uygulamasına ilişkin ilk bilgilere 18. ve 19. yüzyıllarda rastlanmaktadır. İlk kez 1742'de İrlandalı ebe olan Sir Fielding Ould, zor doğumlara yardım etmek amacıyla vagina çıkışını kesmiş ve insizyonun potansiyel avantajları tartışılmaya başlanmıştır (Shy ve Eschenbach 1979). 1799'da Michaelis midline (median) insizyonu kullanmış ve daha yararlı olacağını düşünmüştür (Kurtuldu'dan 1988).

Braun tarafından 1857 yılında ilk kez kullanılan epizyotomi kelimesinin literatüre ilk girişi ise 1884 yılında Almanca olarak Crede ve Colpe'un makaleleri ile olmuştur (Thacker ve Banta 1983). 1878 yılında Broomall ve 1885 yılında Wilcox, perinedeki laserasyonları önleyen bir girişim olarak epizyotominin rutin uygulanmasını önermiş fakat epizyotomi uzun bir süre yaygın bir şekilde kullanılmamıştır (Röckner ve Olund 1991). 1900'lü yıllarda Stahl ve Hirst gibi uzmanlar epizyotominin klinik uygulamada daha yaygın olması gerekliliğini ileri sürmüşlerdir (Thacker, Banta 1983). 1918 yılında Pemoray ve 1920 yılında DeLee epizyotomiyi özellikle pelvik taban hasarını ve fetüsün kafa travmasını önlediğini ileri sürerek her doğumda yapılmasını önermişlerdir. Pemoray, median epizyotomi insizyonunun perine gerginliğini azalttığını ve simetrik olarak dikiş olasılığı yarattığını vurgulamış fakat Pomeroy'un bu savı o tarihlerde eleştirilere neden olmuştur (Eason, Feldman 2000). De Lee, doğum eyleminin patolojik bir süreç olduğu ve patolojik sonuçların önlenmesinde obstetrik müdahalelerin gerekli olduğu üzerinde durmuş, anne ve bebek sağlığı açısından epizyotominin özellikle pelvik taban hasarını ve perine yırtıklarını önlediğini ileri sürerek bütün

primiplarlara rutin olarak epizyotomi ve forseps uygulamasını önermiştir (Thorp ve Bowes 1989). Bu tarihsel süreç doğrultusunda epizyotomi obstetrik ile ilgili literatürde güvenilir bir yöntem olarak yerini almıştır. Daha sonra epizyotomi özellikle vajinal doğumlarda perinedeki travmanın önlenmesinde çok fazla ilgi görmüş, doğumların daha çok ev yerine hastanede yapılması, ebelerin yerine doktorlar tarafından yaptırılması ile yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (Klein ve ark. 1993; Thorp, Bowes 1989). Bunun yanı sıra lokal anestezi maddeler ve dikiş materyallerinin gelişimi de epizyotominin kullanımında artışa neden olmuştur (Shy, Eschenbach 1979; Thorp, Bowes, 1989). Yirminci yüzyılda hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve anestezi tekniklerinin gelişmesi modern cerrahinin doğuşuna sebep olmuştur. Böylece sectio, forseps ile doğum ve epizyotominin klinik uygulamaya sunulması tekrar gündeme gelmiştir (Eason, Feldman 2000; Tracker, Banta 1983). Epizyotomi 1918'de Pomeroy, 1920'de De Lee'nin çalışmaları ve çabaları ile tüm dünya ülkelerinde giderek artan bir biçimde uygulanmaya başlamıştır (Bromberg 1986). Epizyotominin her doğumda güvenilir bir yöntem olarak uygulanması 1940'lardan 1980'lerin başına kadar devam etmiştir (Eason, Feldman, 2000; Klein ve ark., 1993). O yıllarda epizyotominin yaygın kullanımında gösterilen gerekçeler şunlardır;

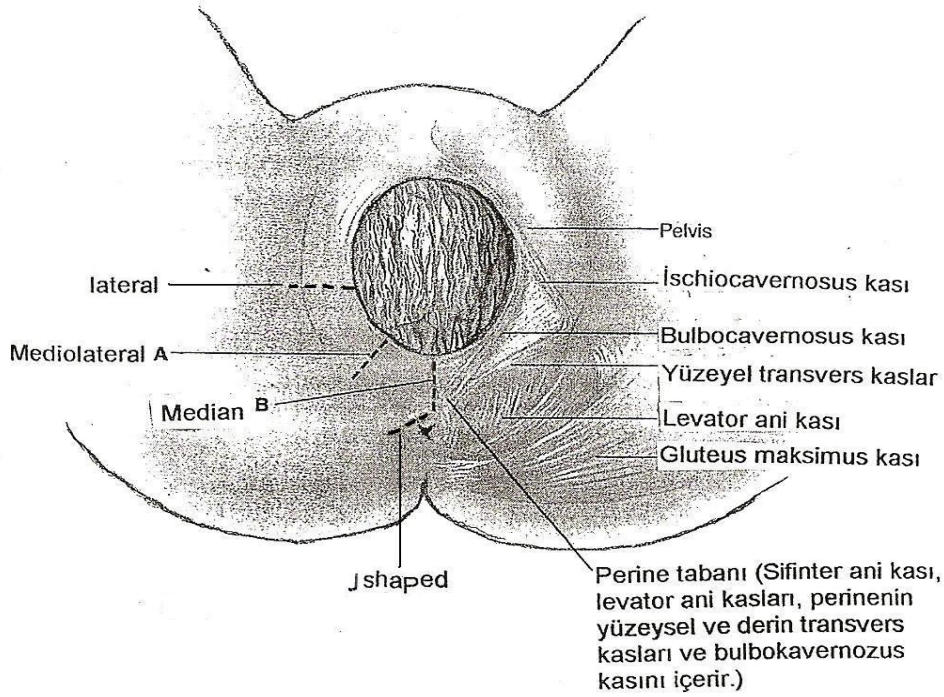
- Üçüncü ve dördüncü derece laserasyonları önlemesi
- Fetüsün kafasının travmaya uğramasını önlemesi
- Spontan laserasyona göre onarımının daha kolay ve yara iyileşmesinin daha hızlı olmasıdır.

1980'li yıllardan sonra normal doğuma gereksiz hiçbir müdahalenin yapılmaması gündeme gelmiş ve tartışmalar başlamıştır.

2.2. EPİZYOTOMİ ÇEŞİTLERİ

Epizyotomi insizyonu 4 şekilde uygulanabilir; (Şekil.2.1)

- Median epizyotomi
- Lateral epizyotomi
- Mediolateral epizyotomi
- J şeklinde epizyotomi



Şekil.2.1. Epizyotomi çeşitleri ve bebek başının perineden görünüşü (Olds, S.B., London, M.L., Ladewing, P.W., Maternal Newborn Nursing. V. Baskı, The Benjamin/Cumming Publishing Company, Nem york, 1996).

2.2.1. Median (Midline) Epizyotomi

Perineye yapılan insizyon, prezente olan kısım taçlandığında, vajinal açıklığın arka kısmından anal sfinktere doğru, perine kaslarını içine alacak fakat rektumu içine almayacak şekilde yapılır (Eason, Feldman, 2000; Önder 1989; Pschyrembel 1973) (Şekil.2.1). Median epizyotomi, perinenin uzunluğu yeterli ve doğum anında herhangi bir zorluk beklenmiyor ise tercih edilir. Çünkü median epizyotominin en büyük dezavantajından birisi anal sfinktere (3. derece laserasyon) ve anal kanala (4. derece laserasyon) kadar uzanan laserasyonlara neden olmasıdır. Forseps veya vakum kullanılan doğumlarda, oksiput posterior gelişlerde, iri fetüste, makat doğumlarda median epizyotominin sfinktere ilerleme olasılığı yüksektir (Arısan 1984; Pritchard ve ark., 1989).

Median epizyotominin;

- Onarımı kolaydır,
- Fazla kan kaybı olmaz,

- Kusurlu iyileşme nadiren görülür,
- Puerperium dönemi daha az ağırlı geçer,
- Nadiren disparonaya görülür,
- Onarım sonrası anatomi hemen hemen mükemmeldir (Beck 2004; Jensen 1977; Lerch 1974; Leifer 2003; May, Mahlmeister, 1994; Pernoll, 1994; Scott ve ark., 1997;).

2.2.2. Lateral Epizyotomi

Muskulus bulbocavernosus'un enine kesilmesidir (Şekil.2.1). Klinik uygulamalarda lateral epizyotomi, yeterli dilatasyonu sağlayamadığı için tercih edilmemektedir (Beck 2004; Olds ve ark., 1996; Önder 1989; Pschyrembel 1973).

Lateral epizyotomide;

- Kan kaybı fazladır,
- Onarımı zordur,
- İyileşme uzun sürer,
- Bartolin bezi ya da kanalı zarar görebilir (Gürgüç 1984; Pernoll 1994).

2.2.3. Mediolateral Epizyotomi

Perineye yapılan insizyon, vajinal açıklığın arka kısmından başlayarak sağa ya da sola doğru 45 derecelik bir açı ile uzanır (Şekil.2.1). Böylece bartolin bezleri insizyondan korunmuş olur. Doğum sırasında daha fazla alana ihtiyaç duyulduğunda mediolateral epizyotomi tercih edilir. Genellikle perine yapısı kısa olan kadınlarda, makro sefalide, forseps ya da vakum kullanımının gerekli olduğu durumlarda, anal sfinktere ve kanala doğru ilerleme olasılığını azaltmak için daha çok kullanılır (Arısan 1984; Buxton ve Muram 1989; Cunningham 1984; Gürgüç, 1984; Lerch, 1974; Olds ve ark., 1996; Önder, 1989; Scott ve ark., 1997).

Mediolateral epizyotominin;

- Onarımı zordur,
- Kusurlu iyileşme sıktır,
- Bazen disparanoya neden olabilir,

- Kan kaybı fazladır,
- Vakaların 1/3'ünde birkaç gün süreyle ağrı olur,
- Vakaların yaklaşık %10'unda anatomik sonuç hemen hemen kusurludur,
- Perine de biçimsiz nedbe bırakma olasılığı vardır (Beck 2004; Leifer 2003; Pernoll 1994; Pritchard 1989; Scott ve ark., 1997).

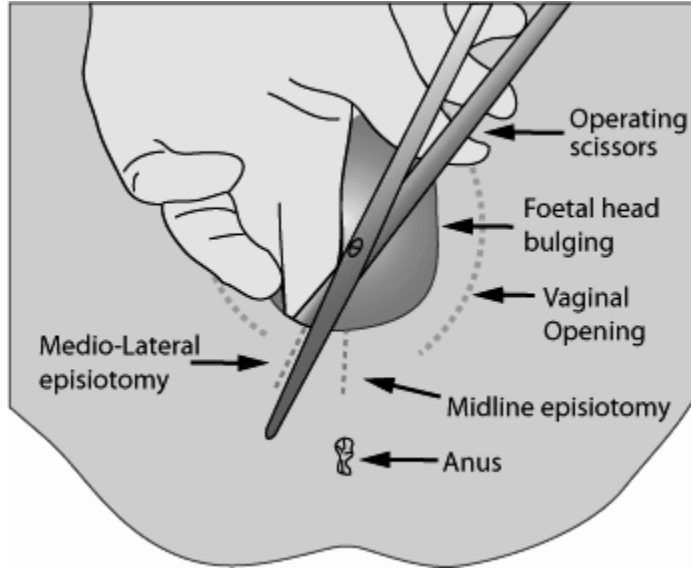
2.2.4. J Şeklinde Epizyotomi

Kesi esas olarak vulvanın alt ucundan anüse doğru ve orta hatta yapılır. Buraya kadar ki kısmın median epizyotomiden farkı yoktur. Anal sfinktere varılınca veya anüse 2,5 cm. mesafeye gelince kesi anal sfinkterin sağ veya sol tarafına doğru yöneltilir. Böylece J şeklinde bir kesi ortaya çıkar (Şekil.2.1). Amaç sfinkterin zedelenmesini önlemektir. Onarım median epizyotomideki gibidir (Gürgüç 1984).

2.3. EPİZYOTOMİNİN UYGULANIŞI

Epizyotomi doğum eyleminin II. evresinde bebek başı perinede taçlanma oluşturduğu zaman (bebek başı vajinal açıklıktan 3-4cm. görüldüğünde) kontraksiyon esnasında, median ya da mediolateral olarak yapılmaktadır (Şekil.2.2.) (İMPAC 2000; Ladewig ve ark., 2002; Pritchard 1989; Martin, Reeder 1991; Pillitteri 1995).

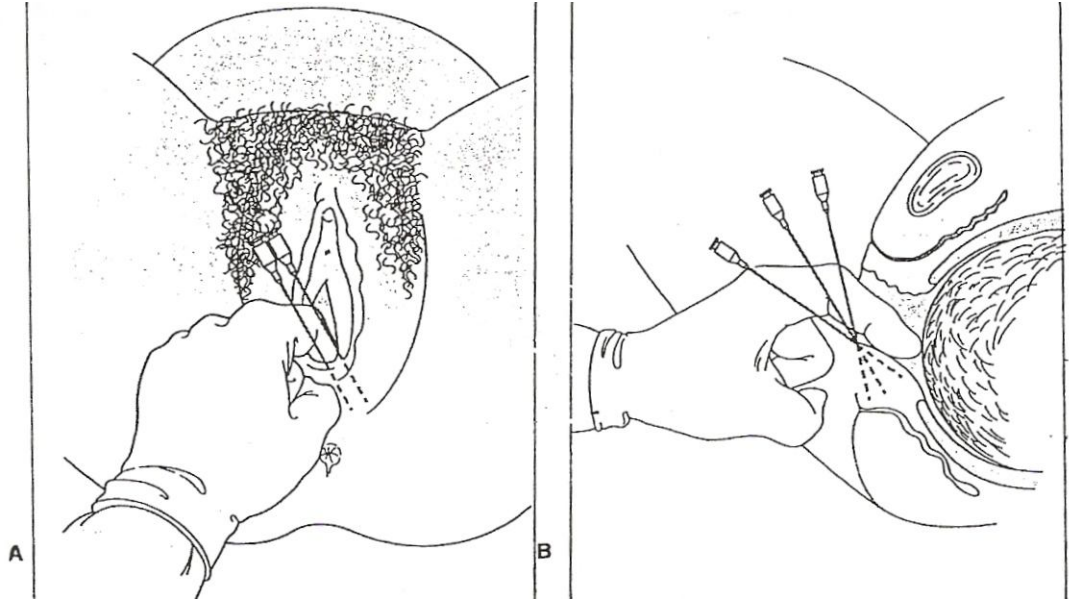
Epizyotomi yapılmadan önce genellikle lokal anestezi uygulanır (Şekil.2.3.). Ancak bazen acil durumlarda tam taçlanma durumunda iken kontraksiyon anında kesi yapılabilir. Bu sırada bebek başı perine dokularını basınç altında bırakarak ağrının algılanmasını engeller. Lokal anestezi uygulandıktan sonra epizyo kesisi küt uçlu makas ya da bistürü ile yapılır (Şekil.2.2.). Epizyotomi erken açıldığında, perine dokusu yeteri kadar gerilmediği için düzgün bir insizyon yapılamayabilir ve insizyon yapıldıktan sonra uzun süre bekleneneğinden dolayı fazla kanamaya neden olabilir (Cunningham 1984; İMPAC 2000; Ladewig ve ark., 2002; Martin, Reeder, 1991; Önder, 1989).



Şekil.2.2. Bebek başı taçlandığında medio-lateral epizyotomi
(<http://en.wikipedia.org/wiki/Episiotomy>)

2.4. EPİZYOTOMİNİN ONARIMI

Epizyotominin onarımı, bebeğin doğumundan hemen sonra ya da plasentanın doğurtulmasından sonra yapılabilir (Arısan 1984; Gürgüç 1973; Ladewig ve ark., 2002; Pritchard 1989; Ziegel 1978). Yara iyileşmesini hızlandıracağı, kalıcı hasarları, kan kaybını ve enfeksiyon gelişme olasılığını azaltacağından dolayı mümkün olduğu kadar erken bir dönemde onarımının yapılması önerilir. Fakat en yaygın uygulama plasentanın doğumundan sonra onarımın yapılmasıdır. Çünkü plasentanın ayrılma belirtileri ve doğumu, epizyotomi onarımını yarıda kesebilir ve dikkatin dağılmasına sebep olabilir (Pritchard 1989). Epizyotomi onarımını yapmadan önce kadın litotomi pozisyonuna getirilip üzeri steril bir örtü ile örtülerek iyi bir aydınlanma sağlanmalıdır. Dikişleri yapan kişi steril önlük, eldiven giymeli ve daha önceden yapılmamış ise uygun lokal anestezi maddeyi kesi boyunca her 0.5-1cm. de enjekte etmelidir (Şekil.2.3.). Uygun anestezi yönteminin seçilmesi insizyonun yeniden yapılması için çok önemlidir. Dokuyu dikmeye başlamadan önce laserasyon olup olmadığı belirlenmeli ve eğer uterusunda laserasyon varsa öncelikle dikilmelidir (Cunningham 1984; Auvenshine, Enriquez 1990; Ladewig ve ark., 2002; May, Mahlmeister 1994; Pschrembel 1973; Pernoll 1994; Pillitter 1995).



Şekil.2.3. Epizyotomi açma ve onarımı için lokal anestezi uygulaması. A. Lokal anestezi uygulama tekniği. B. Lokal anestezinin dokulara yelpaze şeklinde dağıtılması. (Olds, S.B., London, M.L., Ladewing, P.W., Maternal Newborn Nursing. V. Baskı, The Benjamin/Cumming Publishing Company, Nem york, 1996)

Onarım tekniği de epizyotomi bölgesinin seçimi kadar önemlidir (Yılmaz, 2004). Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar perinenin onarımında kullanılan suture materyalinin, onarım tekniğinin ve onarım yapan kişinin el becerisinin perinedeki ağrı ve diğer rahatsızlıkların oluşmasında etkili olduğu üzerine yoğunlaşmıştır (Calvert, Fleming 2000; Sullivan 1991). Amaç kadınlar için minimum ağrıyla, iyi bir iyileşme sağlamaktır. Kesilmiş yumuşak dokuların yeniden bir araya getirilmesinin amacı oluşan kanamayı durdurmaktır (Yılmaz 2004). Bir diğer amaç ise cildin fiziksel olarak kapanmasını sağlamak ve böylece alttaki dokuları enfeksiyondan ve dehidratasyondan korumak için mekanik bir bariyer sağlamaktır. Kötü dikiş atma teknikleri, cildin gerilme direncinin azalması gibi problemlere neden olabilir. Hijyen kurallarına yeterince uyulmadığında yara enfekte olabilir. Fleming (2003) çalışmasında, perine onarımında geleneksel (sık aralıklarla, çok sayıda kat ile iyice sıkıştırıp kesilerek yapılan dikiş) olmayan suture yöntemlerinin kullanımının perinedeki ağrı ve rahatsızlık düzeyini oldukça azalttığını bulmuştur.

Epizyotomi onarımından sonra mutlaka rektal muayene yapılmalıdır. Eğer suturelar rektumu kapatıyorsa kesilmelidir (Pschyrembel, 1973; Yılmaz, 2004). Onarım

tamamlandığında kullanılan tamponlar ve iğneler mutlaka sayılmalı ve vajinada unutulmadığından emin olunmalıdır (Buxton ve Muram 1989).

2.5. EPİZYOTOMİYE BAĞLI ORTAYA ÇIKABİLECEK SORUNLAR

2.5.1. Epizyotomi ve Ağrı

Epizyotomi çok ağrı veren bir insizyondur. Perine tamamıyla hassas bir bölgedir ve bu bölgedeki kaslar oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi birçok aktivitede rol aldığından dolayı çok fazla rahatsızlığa neden olmaktadır. Bu yüzden epizyotominin doğum eyleminde çok sık kullanılan bir operasyon olması ve bu kadınların hemen hepsinin farklı şiddette ağrı yaşamaları, epizyotomi sonrası yaşanan ağrının şiddeti ve bu ağrıyı hafifletmede kullanılan yöntemler ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmasına neden olmuştur. (Albers ve ark., 1999; Harrison ve ark., 1987). Perinedeki travmaya bağlı olarak oluşan ağrı kadının barsak, üriner ve cinsel fonksiyonlarının yanı sıra etkin emzirmesinin ve psikolojik durumunun bozulmasına da neden olmaktadır (Albers ve ark., 1999; Curry 1982).

2.5.2. Epizyotomi ve Cinsel Yaşam

Doğum eyleminde yapılan epizyotomi ya da kendiliğinden oluşan laserasyonlar cinsel ilişki esnasında ağrıya neden olarak kadının cinsel memnuniyetini azaltabilir ya da eşlerin tekrar normal cinsel yaşamlarına dönmelerini geciktirebilir. Normal vajinal yoldan doğum yapan kadınların yaklaşık yarısından daha çoğunun genellikle geçici olan ağrılı cinsel ilişki yaşadıkları ve mediolateral epizyotomi şeklinin ve geleneksel dikiş yönteminin bu durumu daha da kötüleştirdiği belirtilmektedir (Alteneder, Hartzell 1997; Reamy, White 1985). Ayrıca epizyotomi onarımı vajinal açıklık ve kas tonüsünü değiştirerek eşlerin cinsel isteklerinin azalmasına ve cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Alteneder, Hartzell 1997; Eason, Feldman 2000; Klein ve ark., 1993; Reamy, White 1985).

2.5.3. Epizyotomi ve Anne-Bebek İletişiminin Başlatılması

Doğumdan sonraki 1-30 dakika içinde bebek uyanık, aktif, uyaranlara etkin yanıt verir durumda ve çevre ile ilgilidir. Bu nedenle ilk 30 dakika annenin bebeği ile iletişim kurması ve emzirmesi için en uygun zamandır. Ayrıca bebeğin doğum sonu ilk 30-60 dk. içinde anne ile deri temasının sağlanması ve anne bebek iletişiminin erken başlatılmasının etkili bir emzirme süreci geliştirmeye ve bebeğin psikososyal gelişiminin olumlu olmasına katkısı vardır (Haadem ve ark., 1987; Ladewig 2002;

Taşkın 2002). Epizyotomi uygulaması sonrasındaki onarım süreci anne-bebek iletişiminin başlatılmasını ve annenin istirahata alınmasını geciktirmektedir. Epizyotomiye bağlı oluşan rahatsızlık annelerin, bebeklerinin bakımı ve emzirilmesine yeterli katılmamasına neden olmaktadır (Albers ve ark., 1999; Karaçam, Eroğlu, 2003; May, Mahlmeister 1994; Pillitteri 1995).

2.5.4. Epizyotomide, Yara İyileşmesi ve Komplikasyonları

Literatürdeki bilgilere göre epizyotomide yara iyileşmesinin, laserasyonlara göre daha iyi olduğu ve enfeksiyon gelişme olasılığının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Cunningham 1984; Gordon, Logue 1985). Fakat bazı çalışmalarda perineal laserasyonların epizyotomi ile aynı ya da daha kısa sürede iyileştiği ve epizyotomi yapılan kadınlarda enfeksiyon gelişme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Harrison ve ark., 1984). Epizyotomi sonrası enfeksiyon çok sık görülmez. Enfeksiyon oluştuğunda da deri ve deri altı dokularına yayılır. Epizyotomi de dikişlerin açılması yaygın bir komplikasyon değildir. Literatürde median ve mediolateral epizyotomilerin açılma oranlarının aynı olduğu ve her ikisinin de en yaygın açılma nedeninin lokal enfeksiyon olduğu belirtilmektedir (Mostello, 2000; Ramin ve ark., 1992; Snyder ve ark., 1990). Epizyotomi dikişleri açıldığı zaman cinsel yaşam bozukluğu ve fekal inkontinans nedeniyle kadının yaşamı olumsuz etkilendiği için zaman kaybetmeden uygun ve yeterli bir preoperatif bakım yapılması, yaranın temizlenmesi, açılan dikişlerin erken dönemde yeniden onarılmasının başarılı ve güvenilir bir yol olduğu vurgulanmaktadır (Hankins ve ark., 1990; Hauth ve ark., 1986; Ramin ve ark., 1992).

Yapılan bir çalışmada, epizyotomi dikişleri tam ya da kısmi olarak açılan kadınlar kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında yaş, ırk, sosyo-ekonomik statü, gebelik sayısı, doğum sonu kan kaybı, ikinci devrenin uzunluğu ve tıbbi problemlerin görülme sıklığı bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Epizyotomi dikişleri açılan kadınlar arasında boy uzunluğu, vücut ağırlığı, doğum öncesi bakım alma durumu, gebelikte kilo alımı, yenidoğanın ağırlığı, forseps kullanımı bakımlarından bir fark olmadığı belirlenmiştir (Snyder 1990).

2.5.5. Epizyotomi ve Stres-Üriner İnkontinans

Öksürük, aksırma, gülme, zıplama, koşma, ağır yük kaldırma ve seks yapma gibi ani olarak karın içi ve mesane içi basıncın arttığı durumlarda görülen stres inkontinansı, idrarın istemsiz olarak kaybıdır (Kocaöz 2007; Samuelsson 2000). Stres inkontinansının

doğum eyleminden çok gebelikte oluşan değişikliklerden kaynaklandığını vurgulayan ve stres inkontinansı görülme sıklığının gebelikte %23-67 (Skoner ve ark., 1994) ve doğumdan sonra %6-31 (Mason 1999) arasında değiştiğini bildiren çalışmalar vardır.

Yapılan çalışmalarda, epizyotominin üriner inkontinans üzerindeki etkisi hala tartışmalıdır. Viktrup ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, doğumda yapılan epizyotominin stres üriner inkontinans oluşmasındaki etkisinin geçici ve etiyolojik rolünün belirsiz olduğu vurgulanmaktadır (Kocaöz, 2007'den). Skoner ve arkadaşları (1994)'nın yaptığı bir başka çalışmada, doğum eylemi sırasında epizyotomi uygulamasının ya da laserasyon oluşmasının stres inkontinans gelişme riskini üç kattan daha fazla artırdığı ifade edilmektedir. Özerdoğan ve arkadaşları (2004), epizyotomi açılmayan kadınlarda üriner inkontinansın daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Bektaş (2007) yaptığı çalışmada epizyotomi açılma durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve epizyotomi yapılan kadınların % 19.3'ünde, epizyotomi yapılmayan kadınların ise % 28.8'inde stres üriner inkontinans geliştiğini tespit etmiştir.

2.6. EPİZYOTOMİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ EBELERİN SORUMLULUKLARI

Epizyotomi uygulaması ile ilgili ebe'nin en önemli sorumluluğu epizyotomi uygulanma gereksiniminin ve spontan laserasyon oluşma olasılığının azaltılmasıdır. Ebe invaziv bir uygulama olan epizyotomiyi uygulamadan önce non-invaziv yöntemlerle perineyi doğuma hazırlamalıdır.

1. Doğum Öncesi Dönemde:

- Kadınlara doğum öncesi dönemde epizyotominin olumlu ve olumsuz yönleri konusunda eğitim vererek, onların kendi bakımları ile ilgili bilgilendirilmiş karar vermelerini sağlamalı,
- Gebeliğin son aylarında perineye masaj uygulamalı,
- Doğum eyleminde kadına, kontrol kaybını önlemek ve gevşemesini-istirahatını sağlamak amacıyla, daha çok pelvik kaslar kullanılarak yapılan kegel's egzersizleri ve diğer gebelik egzersizlerini öğretmeli ve uygulanmasını sağlamalıdır (Eason ve ark., 2000; Fernando ve ark., 1995; Sullivan 1991; Taşkın 2002).

2. Doğumda:

- Doğumda perine bölgesindeki gerilimi azaltmak için litotomi pozisyonu yerine annenin durumuna, rahatlığına ve hazır oluşluğuna göre yan yatma, oturma, yarı oturma gibi alternatif doğum pozisyonlarını kullanmalı,
- Perineye sıcak kompres uygulamalı (perine dokularının kan dolaşımını ve esnekliğini artırır),
- Perineye yağlı masaj yapmalı,
- Annenin spontan ıkınma çabalarını desteklemeli,
- Perine dokularının yavaş yavaş giderek artan şekilde gerilmesini sağlamak için kadına doğum eyleminin ikinci evresi süresince doğru ıkınma tekniğini uygulatmalı,
- Vajinanın gerilmesine bağlı olarak üretra ve klitoris bölgesinde oluşan ağrı ve yanmayı azaltmak için bu bölgeye buz uygulamalı,
- Bebeğin kafa ve gövdesinin doğumunda annenin hızlı ıkınmasını önlemeli,
- Fetüsün başı doğumu yaptıran kişinin kontrolünde olmalı ve başın yavaş doğurtulmasını sağlamalıdır (Karaçam 2001b; Taşkın 2002).

Non-invaziv girişimlerin uygulanmasına karşın oluşan endikasyon nedeni ile epizyotomi uygulaması yapılabilir. Ebe, annenin durumuna göre eğer epizyotomi yapmış ise bu işleme bağlı oluşabilecek rahatsızlıklarla baş edebilmesinde, enfeksiyon gelişiminin önlenmesinde ve yara iyileşmesinin sağlanmasında anneye destek olmalıdır (Harrison, Brennan 1984; Rhode, Barger 1990).

Epizyotomi uygularken yapılması gereken ebelik girişimleri;

- Daha önce alınan onam doğrultusunda epizyotomi yapılacağı anneye açıklanmalı,
- Epizyotomi kanamaya neden olabileceği için gerektiğinden erken uygulamaktan kaçınılmalı,
- Perine inceldiğinde ve kontraksiyon sırasında bebeğin başının 3–4 cm'lik kısmı gözüktür hale geldiğinde uygulanmalı,
- Kesi açılmadan önce lokal anestezik uygulanmalı,
- Aynı elin iki parmağı bebeğin başı ile perine arasına yerleştirilmeli,
- Makas kullanılarak perine median veya mediolateral olarak vajen arka duvarının orta kısmına doğru 3-4 cm'lik kısmını da içine alacak şekilde kesilmeli,

- Bebeğin başının hızla çıkışı epizyotomi kesisinin genişlemesine neden olabileceği için perine desteklenmeli ve başın çıkışı kontrol edilerek, hızla çıkması engellenmeli,
- Doğum gerçekleşikten sonra epizyotomi bölgesi, epizyotomi kesisinin alt ve üst köşeleri ile perinenin diğer kısımları perine yırtığı yönünden değerlendirilmelidir.

Epizyotomi onarımında yapılması gereken ebelik girişimleri;

- Anneye onarımın ne kadar süreceği ile ilgili bilgi verilmeli,
- Mümkün olduğu kadar erken dönemde onarım yapılmalı,
- Anne litotomi pozisyonuna getirilip üzeri bir örtü ile örtülmeli,
- Perine bölgesinin net olarak görülebilmesi için iyi bir aydınlanma sağlanmalı,
- Epizyotomi onarımını yapacak olan ebe steril giyinmeli,
- Epizyotomi ve spontan laserasyonların onarımı esnasında oluşabilecek ağrı, korku ve endişe ile baş etmede anneye destek olmak için perineye uygun lokal anestezi madde uygulanmalı,
- Laserasyon olup olmadığı belirlenmeli ve eğer uterusu laserasyon varsa öncelikle dikilmeli,
- Epizyotomi kesisinin onarımını yapmalı,
- Onarımdan sonra mutlaka rektal muayene yapılmalıdır (Albers ve ark., 1999; Eason ve ark., 2000; Martin, Reeder 1991; Pillitteri, 1995; Pschyrembel 1973; Smith ve ark., 1993).

3. Doğum Sonu Dönemde:

- Perinenin bakımı sağlanmalı,
- Ağrı ve rahatsızlık hafifletilmeli,
- Enfeksiyon önlenmeli,
- İyileşme sağlanmalıdır (Taşkın 2002).

Eğer epizyotomi açıldı ise;

- Annenin perine bölgesi her gün kızarıklık, ödem, hematoma ve dikişlerde açılma yönünden gözlenmeli,

- Gözlemler sonucunda ebe, yaptığı değerlendirmeden elde ettiği bütün bulguları gözlem kağıdına not etmeli,
- Akıntı özelliği ve kokusu enfeksiyon yönünden değerlendirilmeli,
- Anneye doğum sonu perine ve anal bölgesinde oluşan ağrı ve rahatsızlıkların giderilmesinde soğuk uygulama yapması, kremler veya antiseptik spreylere kullanması önerilmeli,
- Perinedeki ağrıyı azaltmak, kan dolaşımını artırarak doku iyileşmesini hızlandırmak ve annenin rahatlamasını sağlamak amacıyla postpartum ikinci günden itibaren anneye nemli sıcak uygulama (oturma banyosu) önerilmeli,
- Oturma banyosu uygulandıktan sonra perinenin durumu değerlendirilmeli ve evde de uygulamak üzere anneye bilgi verilmeli,
- Epizyotomi üzerine olan baskıyı azaltmak için annenin daha çok lateral pozisyonda yatması önerilmeli,
- Doğum sonu erken dönemlerde perine bölgesindeki ödemi azaltmak, kan dolaşımını artırmak ve perinedeki rahatsızlıkların giderilmesini sağlamak amacıyla anneye Kegel's egzersizleri öğretilerek yapması için cesaretlendirilmeli,
- Enfeksiyonlardan korunmak için anneye, tuvalete gitmeden önce ve tuvaletten sonra ellerini yıkaması, insizyon yerini kuru ve temiz tutması, petlerini sık aralıklarla değiştirmesi ve vulva temizliğini yukarıdan aşağıya doğru yapması konusunda eğitim verilmelidir (Buxton ve Muram 1989; Cunningham ve ark., 1997; May ve Mahlmeister 1994; Martin ve Reeder 1991; Pillitteri 1995; Taşkın 2002; Technical Working Group 1999).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Kocaeli İl Merkezinde faaliyet gösteren 7 hastanenin doğum servislerinde yapılmıştır. Bu hastanelerden 3 tanesi resmi hastane, 4 tanesi özel hastanedir.

Resmi hastaneler: Derince Devlet Hastanesi, Alikahya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'dir.

Özel hastaneler: Özel Acıbadem Hastanesi, Özel Konak Hastanesi, Özel Dr. Tahsin Özbek Hastanesi, Özel Akademi Hastanesi

Hastane Adı	Yatak Kapasitesi	Servis Sayısı	K.D.S* Yatak Sayısı	Ortalama doğum sayısı	Doğum servisindeki personel sayısı Ebe	Hekim
Derince Devlet Hastanesi	310	17	30	4	10	5
Alikahya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	200	2	16	5	15	15
Kocaeli Üni. Araştırma ve Uyg. Hastanesi	750	17	32	3	8	18
Özel Acıbadem Hastanesi	60	15	15	2	4	2
Özel Konak Hastanesi	75	15	13	3	5	3
Özel Dr. Tahsin Özbek Hastanesi	11	6	2	1	2	2
Özel Akademi Hastanesi	30	14	14	1	4	2

K.D.S*: Kadın Doğum Servisi

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenine Kocaeli İl Merkezinde bulunan 3'ü resmi, 4'ü özel olmak üzere toplam 7 hastanenin doğum kliniğinde çalışan tüm ebe ve hekimler (48 ebe ve 47 hekim) alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmada örneklem hesabı yapılmamış olup evrendeki tüm ebe ve hekimler alınmıştır. 2 hekim çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

a) Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1)

Bu form ebe ve hekimlerin bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır.

b) Ebe ve Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Soru Formu (Ek-2)

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup ebe ve hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanan 6 sorudan oluşmaktadır.

c) Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Uygulamasına İlişkin Düşüncelerini Belirlemeye Yönelik Soru Formu (Ek-3)

Bu form araştırmacı tarafından literatür (Albers ve ark., 1999; Karaçam 2001; Üstünsöz 1996; Toker 2003) ve gözlemlerden yararlanılarak geliştirilmiş olup ebe ve hekimlerin epizyotomi uygulanmasına ilişkin düşüncelerini belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Form da epizyotomi uygulamasına yönelik olumlu ve olumsuz 26 ifade yer almıştır. Bu ifadelere, ebe ve hekimlerin katılıyorum, katılmıyorum seçeneklerinden birini işaretlemesi beklenmiştir.

3.5.2. Ön Uygulama

Testin ön uygulaması, soruların anlaşılabilir ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 5 ebe ve 5 hekim üzerinde yapılmış olup örnekleme dahil edilmiştir. Ön uygulama sonucu yapılan değerlendirme de sorularda bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasına T. C. Kocaeli Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü ve araştırmaya alınan Hastanelerin Baştabipliği'nden izin alındıktan sonra başlanmıştır. Onam formu doldurularak, araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hekimlere uygulanmıştır. Araştırma, araştırmacı tarafından Kasım 2007-Aralık 2007 tarihleri arasında ebe ve hekimlerle dinlenme saatlerinde, doğum eyleminin, poliklinik muayenelerinin olmadığı zamanlarda yapılmıştır. Formlar ebe ve hekimlerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Formların uygulanma süresi ortalama 5 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı ile değerlendirilmiştir (Sümbüloğlu, ve ark., 2005). Verilerin istatistiksel analizinde; Khi-kare testi uygulanmıştır. Veriler tablolarda denek sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Ebeler	
	n	%
Yaş		
20-30	24	50.0
31-40	18	37.5
≥ 41	6	12.5
Eğitim Durumu		
Lise	22	45.8
Ön Lisans	19	39.6
Lisans	7	14.6
Çalışılan Kurum		
Devlet Hastaneleri	25	52.0
Üniversite Hastanesi	8	16.7
Özel Hastaneler	15	31.3
Medeni Durum		
Evli	26	54.2
Bekar	22	45.8
Doğumhanede Çalışma Süresi		
≤ 10	39	81.2
11-20	7	14.6
≥ 21	2	4.2
Toplam	48	100.0

Tablo 1’de ebelerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Ebelerin %50’si 20-30 yaş grubunda, %45.8’i lise mezunu, %54.2’si evli ve %52.0’i devlet hastanelerinde çalışmakta olup %81.2’sinin 10 yıl ve altı süredir doğumhanede çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Hekimler	
	n	%
Yaş		
20-30	9	20.0
31-40	16	35.6
≥ 41	20	44.4
Eğitim Durumu		
Asistan	11	24.4
Uzman	34	75.6
Çalışılan Kurum		
Devlet Hastaneleri	19	42.2
Üniversite Hastanesi	17	37.8
Özel Hastaneler	9	20.0
Cinsiyet		
Bayan	11	24.4
Erkek	34	75.6
Medeni Durum		
Evli	36	80.0
Bekar	9	20.0
Doğumhanede Çalışma Süresi		
≤ 10	20	44.4
11-20	17	37.8
≥ 21	8	17.8
Toplam	45	100.0

Tablo 2’de hekimlerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Hekimlerin %35.6’sı 31-40 yaş grubunda, %75.6’sı erkek ve %80’i evlidir. %75.6’sı uzman olan hekimlerin %42.2’si devlet hastanelerinde çalışmakta olup %44.4’ünün 10 yıl ve altı süredir doğumhanede çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Ebe ve Hekimlerin Doğum Eyleminde Epizyotomi Uygulama Gerekçelerine Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		n	%	n	%	χ^2	p
1. Epizyotomi normal doğumun bir parçasıdır.	Ebe	46	95.8	2	4.2	6.737	0.009
	Hekim	35	77.8	10	22.2		
2. Epizyotomi her doğumda rutin uygulanmalıdır.	Ebe	17	35.4	31	64.6	0.790	0.374
	Hekim	20	44.4	25	55.6		
3. Eğer gebede herhangi bir endikasyon varsa epizyotomi uygulanmalıdır.	Ebe	46	95.8	2	4.2	0.281	0.596
	Hekim	44	97.8	1	2.2		
4. Epizyotomi uygulanmasına perinenin durumuna göre karar verilir.	Ebe	47	97.9	1	2.1	0.002	0.963
	Hekim	44	97.8	1	2.2		

Tablo 3’de doğum eyleminde epizyotominin yerine yönelik verilen ifadeler ebe ve hekimlerin katılıp katılmama durumları verilmiştir.

“Epizyotomi normal doğumun bir parçasıdır” ifadesine ebe ve hekimlerin katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu ifadeye ebelerin %95.8’i katılırken, hekimlerin %77.8’i katılmıştır.

“Epizyotomi her doğumda rutin uygulanmalıdır” ifadesine ebe ve hekimlerin yarısından fazlası katılmadığını ifade etmiştir. “Eğer gebede herhangi bir endikasyon varsa epizyotomi uygulanmalıdır” ve “Epizyotomi uygulanmasına perinenin durumuna göre karar verilir” ifadelerine ise ebe ve hekimlerin tamamına yakını katıldığını belirtmiştir. Üç ifade de gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4. Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Açılmadan Önce Yapılacak Uygulamalara Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		n	%	n	%	χ^2	p
1. Kadına epizyotomi açmaya ebe ya da hekim tek başına karar vermelidir.	Ebe	46	95.8	2	4.2	0.858	0.354
	Hekim	41	91.1	4	8.9		
2. Epizyotomi açılmadan önce non-farmakolojik uygulamalar yapılmalıdır.	Ebe	35	72.9	13	27.1	0.777	0.378
	Hekim	29	64.4	16	35.6		
3. Epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir.	Ebe	41	85.4	7	14.6	5.488	0.019
	Hekim	29	64.4	16	35.6		
4. Fetüs başı, bası yaptığı için kesi öncesi perineye anestetik madde uygulanması gerekmez.	Ebe	18	37.5	30	62.5	3.452	0.063
	Hekim	9	20.0	36	80.0		
5. Epizyotomi açarken onam alınmasına gerek yoktur.	Ebe	38	79.2	10	20.8	2.499	0.114
	Hekim	29	64.4	16	35.6		

Tablo 4’de epizyotomi açılmadan önce yapılacak uygulamalara yönelik verilen ifadelere ebe ve hekimlerin katılma durumları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; “Kadına epizyotomi açmaya ebe ya da hekim tek başına karar vermelidir” ifadesine ebe ve hekimlerin tamamına yakını, “Epizyotomi açarken onam alınmasına gerek yoktur” ifadesine ise büyük çoğunluğu katılıyorum demiştir. Her iki ifade de gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir” ifadesine ebe ve hekimlerin katılma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli olup ($p < 0.05$), ebelerin %85.4’ü hekimlerin ise %64.4’ü katılmıştır.

“Epizyotomi açılmadan önce non-farmakolojik uygulamalar yapılmalıdır” ifadesine ebe ve hekimlerin yarısından fazlası, “Fetüs başı, bası yaptığı için kesi öncesi perineye anestetik madde uygulanması gerekmez” ifadesine ise yarısından daha azı katılmıştır. Her iki ifade de gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 5. Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Onarımına Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		n	%	n	%	χ^2	p
1.Epizyotomi onarımı plasenta çıktıktan sonra yapılmalıdır.	Ebe	45	93.8	3	6.3	1.333	0.248
	Hekim	39	86.7	6	13.3		
2.Perineye sutür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir.	Ebe	48	100.0	-	-	5.636	0.018
	Hekim	40	88.9	5	1.1		
3. Laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmaz fakat epizyotomilerin onarılması doğum salonunda kalış süresini belirgin derecede uzatır.	Ebe	27	56.3	21	43.8	5.954	0.015
	Hekim	14	31.1	31	68.9		

Tablo 5’de epizyotomi onarımına yönelik verilen ifadelere ebe ve hekimlerin katılıp katılmama durumları verilmiştir.

“Epizyotomi onarımı plasenta çıktıktan sonra yapılmalıdır” ifadesine her iki grubunda büyük çoğunluğunun, “Epizyotomi onarımı için kullanılan materyal ve teknik önemlidir” ifadesine ise tamamının katıldığı görülmektedir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

“Perineye sutür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir” ifadesine ebelerin tamamı katılırken, hekimlerin %88.9’u katılmıştır. “Laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmaz fakat epizyotomilerin onarılması doğum salonunda kalış süresini belirgin derecede uzatır” ifadesine ebelerin %56.3’ü katılırken, hekimlerin %68.9’u katılmamıştır. Her iki ifadeye de ebe ve hekimlerin katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 6. Ebe ve Hekimlerin Epizyotominin Yararına Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		n	%	n	%	χ^2	p
1. Epizyotominin başlıca yararı perine tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemektir.	Ebe	48	100.0	-	-	1.078	0.299
	Hekim	44	97.8	1	2.2		
2. Epizyotomi pelvik tabana olan uzun süreli basıyı önler.	Ebe	43	89.6	5	10.4	1.047	0.306
	Hekim	37	82.2	8	17.8		
3. Perine kaslarının aşırı gerildiği durumlarda bölgedeki gerilmeyi önlemek için epizyotomi mutlaka açılmalıdır.	Ebe	46	95.8	2	4.2	0.858	0.354
	Hekim	41	91.1	4	8.9		
4. Epizyotomi, vakum ya da forseps gibi obstetrik uygulamaların, uygulanmasını kolaylaştırmak için daha geniş bir alan sağlar.	Ebe	48	100.0	-	-		
	Hekim	45	100.0	-	-		
5. Epizyotomi özellikle prematüre yenidoğanlarda fetal kafa üzerindeki basıncı azaltarak neonatal beyin hasarını önler.	Ebe	45	93.8	3	6.3	2.960	0.085
	Hekim	37	82.2	8	17.8		

Tablo 6’da epizyotominin yararına yönelik verilen ifadelere ebe ve hekimlerin katılma durumları yer almaktadır.

“Epizyotominin başlıca yararı perine tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemektir” ifadesine ebelerin tamamı ve hekimlerin %97.8’i katılırken, “Epizyotomi pelvik tabana olan uzun süreli basıyı önler” ifadesine her iki grubunda büyük çoğunluğu

katılmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

“Epizyotomi, vakum ya da forseps gibi obstetrik uygulamaların, uygulanmasını kolaylaştırmak için daha geniş bir alan sağlar” ifadesine ebe ve hekimlerin tamamı katılırken, “Perine kaslarının aşırı gerildiği durumlarda bölgedeki gerilmeyi önlemek için epizyotomi mutlaka açılmalıdır” ve “Epizyotomi özellikle prematüre yenidoğanlarda fetal kafa üzerindeki basıncı azaltarak neonatal beyin hasarını önler” ifadelerine her iki grubunda tamamına yakını katılmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 7. Ebe ve Hekimlerin Epizyotominin Neden Olabileceği Olumsuzluklara Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		n	%	n	%	χ^2	p
1. Epizyotominin en büyük dezavantajı ağrı veren bir insizyon olmasıdır.	Ebe	38	79.2	10	20.8	0.917	0.338
	Hekim	39	86.7	6	13.3		
2. Epizyotomi kan kaybını ve hematoma gelişme riskini artırır.	Ebe	26	54.2	22	45.8	0.123	0.726
	Hekim	26	57.8	19	42.2		
3. Epizyotomi, kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azaltır.	Ebe	13	27.1	35	72.9	2.359	0.125
	Hekim	19	42.2	26	57.8		
4. Median ve mediolateral epizyotomilerde dikişlerin açılması sık görülür.	Ebe	12	25.0	36	75.0	2.999	0.083
	Hekim	5	11.1	40	88.9		
5. Onarım süreci, anne-bebek iletişiminin başlatılması ve annenin istirahata alınmasını geciktirir.	Ebe	23	47.9	25	52.1	0.974	0.324
	Hekim	17	37.8	28	62.2		
6. Epizyotomi kadının, sağlık bakım maliyetini artırır ve hastanede kalış süresini uzatır.	Ebe	21	43.8	27	65.3	0.343	0.558
	Hekim	17	37.8	28	62.2		
7. Eğer küçük bir laserasyon olacağı tahmin ediliyorsa epizyotomi açılmamalıdır. Çünkü laserasyon daha kolay iyileşir.	Ebe	29	60.4	19	39.6	0.728	0.393
	Hekim	31	68.9	14	31.1		

Tablo 7’de epizyotominin neden olabileceği olumsuzluklara yönelik verilen ifadelere ebe ve hekimlerin katılma durumları yer almaktadır.

“Epizyotominin en büyük dezavantajı ağrı veren bir insizyon olmasıdır” “Epizyotomi kan kaybını ve hematom gelişme riskini artırır” ve “Eğer küçük bir laserasyon olacağı tahmin ediliyorsa epizyotomi açılmamalıdır. Çünkü laserasyon daha kolay iyileşir” ifadelerine ebe ve hekimlerin yarıdan fazlası katıldığını belirtmiştir.

“Epizyotomi, kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azaltır” “Median ve mediolateral epizyotomilerde dikişlerin açılması sık görülür” “Onarım süreci, anne-bebek iletişiminin başlatılması ve annenin istirahata alınmasını geciktirir” ve “Epizyotomi kadının, sağlık bakım maliyetini artırır ve hastanede kalış süresini uzatır” ifadelerine ebe ve hekimlerin yarıdan fazlasının katılmadığı belirlenmiştir. Tablo 7’deki tüm ifadeler ebe ve hekimlerin katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 8. Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Uygulamasındaki Artışa Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		n	%	n	%	χ^2	p
1. Epizyotomi uygulamasındaki artış ebe ve hekimlerin non-farmakolojik uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir.	Ebe	9	18.8	39	81.3	4.175	0.041
	Hekim	17	37.8	28	62.2		
2. Epizyotomi açılarak yaptırılan doğum, sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde ebe ve hekimler tarafından sık kullanılan bir uygulama olmuştur.	Ebe	18	37.5	30	62.5	6.746	0.009
	Hekim	29	64.4	16	35.6		

Tablo 8’de epizyotomi uygulamasında sağlık ekibine yönelik verilen ifadelere ebe ve hekimlerin katılıp katılmama durumları verilmiştir.

“Epizyotomi uygulamasındaki artış ebe ve hekimlerin non-farmakolojik uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir” ifadesine ebelerin %81.3’ü, hekimlerin de %62.2’si katılmamıştır. Bu ifadeye ebe ve hekimlerin katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

“Epizyotomi açılarak yaptırılan doğum, sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde ebe ve hekimler tarafından sık kullanılan bir uygulama olmuştur” ifadesine ebelerin %62.5’i katılmazken, hekimlerin %64.4’ü katılmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 9. Ebe ve Hekimlerin Mesleki Öğrenim Durumuna Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Öğrenim Durumu	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
1.Kadına epizyotomi açmaya ebe ya da hekim tek başına karar vermelidir. (Hekim)	Uzman	33	97.1	1	2.9	6.075	0.014
	Asistan	8	72.7	3	27.3		
2. Epizyotomi her doğumda rutin uygulanmalıdır. (Ebe)	Lise	5	22.7	17	77.3	7.112	0.029
	Önlisans	11	57.9	8	42.1		
	Lisans	1	14.3	6	85.7		

Tablo 9’da ebe ve hekimlerin mesleki öğrenim durumuna göre epizyotomiye yönelik verilen ifadelerle katılma durumları yer almaktadır.

Ebe ve hekimlerin mesleki öğrenim durumuna göre tabloda verilen ifadelerle katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer ifadeler için gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 10. Ebe ve Hekimlerin Cinsiyete Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Cinsiyet	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
1.Epizyotomi normal doğumun bir parçasıdır.	Bayan	56	94.9	3	5.1	8.778	0.003
	Erkek	25	73.5	9	26.5		
2.Epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir.	Bayan	50	84.7	9	15.3	7.786	0.005
	Erkek	20	58.8	14	41.2		
3.Epizyotomi onarımı plasenta çıktıktan sonra yapılmalıdır.	Bayan	56	94.9	3	5.1	3.894	0.048
	Erkek	28	82.4	6	17.6		
4.Perineye sütür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir.	Bayan	59	100.0	-	-	9.169	0.002
	Erkek	29	85.3	5	14.7		
5.Laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmaz fakat epizyotomilerin onarılması doğum salonunda kalış süresini belirgin derecede uzatır.	Bayan	31	52.5	28	47.5	4.682	0.030
	Erkek	10	29.4	24	70.6		
6. Epizyotomi özellikle prematüre yenidoğanlarda fetal kafa üzerindeki basıncı azaltarak neonatal beyin hasarını önler.	Bayan	56	94.9	3	5.1	7.036	0.008
	Erkek	26	76.5	8	23.5		

Tablo 10’de ebe ve hekimlerin cinsiyete göre epizyotomiye yönelik verilen ifadelere katılma durumlarının dağılımı yer almaktadır.

Cinsiyete göre tabloda verilen ifadelere bayan ve erkeklerin katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer ifadeler için gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 11. Ebe ve Hekimlerin Yaş Gruplarına ve Doğumhanede Çalışma Süresine Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Yaş	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
1. Epizyotomi her doğumda rutin uygulanmalıdır.	20-30 yaş	6	18.2	27	81.8	10.660	0.005
	31-40 yaş	16	47.1	18	52.9		
	41 yaş ve↑	15	57.7	11	42.3		
2. Epizyotomi açılmadan önce non-farmakolojik uygulamalar yapılmalıdır.	20-30 yaş	27	81.8	6	18.2	12.042	0.002
	31-40 yaş	26	76.5	8	23.5		
	41 yaş ve↑	11	42.3	15	57.7		
3. Perineye sutür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir.	20-30 yaş	33	100.0	-	-	3.894	0.048
	31-40 yaş	33	97.1	1	2.9		
	41 yaş ve↑	22	84.6	4	15.4		
Epizyotomi açılmadan önce non-farmakolojik uygulamalar yapılmalıdır.	Ç.Süresi						
	10 yıl ve↓	47	79.7	12	20.3	9.503	0.009
	11-20 yıl	13	54.2	11	45.8		
21 yıl ve↑	4	40.0	6	60.0			

Tablo 11’de ebe ve hekimlerin yaş gruplarına ve doğumhanede çalışma suresine gore epizyotomiye yonelik verilen ifadelere katılma durumlarının dağılımını yer almaktadır.

Ebe ve hekimlerin yaş gruplarına ve doğumhanede çalışma suresine gore epizyotomiye yonelik verilen ifadelere katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak onemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer ifadeler için gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 12. Ebe ve Hekimlerin Çalıştığı Kuruma Göre Epizyotomiye Yönelik Verilen İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı

İfade	Çalışılan Kurum	Katılıyorum		Katılmıyorum		Test	
		Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
1. Epizyotomi normal doğumun bir parçasıdır.	Devlet	43	97.7	1	2.3	9.797	0.007
	Özel	20	83.3	4	16.7		
	Üniverst.	18	72.0	7	28.0		
2. Epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir.	Devlet	38	86.4	6	13.6	10.377	0.006
	Özel	19	79.2	5	20.8		
	Üniverst.	13	52.0	12	48.0		
3. Fetüs başı, başı yaptığı için kesi öncesi perineye anestetik madde uygulanması gerekmez.	Devlet	19	43.2	25	56.8	8.579	0.014
	Özel	5	20.8	19	79.2		
	Üniverst.	3	12.0	22	88.0		
4. Epizyotomi açarken onam alınmasına gerek yoktur.	Devlet	38	86.4	6	13.6	9.811	0.007
	Özel	16	66.7	8	33.3		
	Üniverst.	13	52.0	12	48.0		
5. Epizyotomi onarımı, plasenta çıktıktan sonra yapılmalıdır.	Devlet	44	100.0	-	-	14.366	0.001
	Özel	22	91.7	2	8.3		
	Üniverst.	18	72.0	7	28.0		
6. Epizyotomi özellikle prematüre yenidoğanlarda fetal kafa üzerindeki basıncı azaltarak neonatal beyin hasarını önler.	Devlet	44	100.0	-	-	11.320	0.003
	Özel	19	79.2	5	20.8		
	Üniverst.	19	76.0	6	24.0		
7. Eğer küçük bir laserasyon olacağı tahmin ediliyorsa epizyotomi açılmamalıdır. Çünkü laserasyon daha kolay iyileşir.	Devlet	22	50.0	22	50.0	8.374	0.015
	Özel	20	83.3	4	16.7		
	Üniverst.	18	72.0	7	28.0		

Tablo 12’de ebe ve hekimlerin çalıştığı kuruma göre epizyotomiye yönelik verilen ifadelere katılma durumlarının dağılımı yer almaktadır.

Ebe ve hekimlerin çalıştığı kuruma göre epizyotomiye yönelik verilen ifadelere katılma durumları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer ifadeler için gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

5. TARTIŞMA

Normal vajinal doğum, herhangi bir invaziv girişim olmadan, son menstural periyottan kırk hafta sonra, konsepsiyon ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (Taşkın, 2002). Epizyotomi ise müdahaleli doğumun bir parçasıdır. Fakat herhangi bir endikasyon varlığında (rijit perine, iri fetus, pozisyon-prezantasyon bozuklukları vs.), perinenin tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemek amacıyla epizyotominin yapılması gerektiği literatürde vurgulanmaktadır (İMPAC, 2000; Öncel, 1981; Scott, Hammond, 1997; Taşkın 2002). Endikasyon olduğu halde epizyotomi açılmadığı durumlarda anüs sfinkterinin ve hatta rektum duvarının yırtılmasına kadar varabilen sonuçlar ortaya çıkabilir. Çalışmamıza katılan ebe ve hekimlerin tamamına yakını herhangi bir endikasyon varsa epizyotomi uygulanmalıdır derken ebelerin tamamına yakınının hekimlerinde büyük çoğunluğunun epizyotomiye normal doğumun bir parçası olarak görmeleri çelişkili bir durumdur. Ayrıca 2 ebe ve 1 hekimin endikasyona rağmen epizyotomi uygulanmaması gerektiğine katılıyor olmaları da düşündürücü bir sonuçtur. Ebelerin tamamı ve hekimlerin de tamamına yakınının epizyotominin perine tonüsünü koruduğuna ve istenmedik yırtıkları önlediğine inanmaları nedeniyle ebe ve hekimler epizyotomiye normal doğumun bir parçası olarak görüyor olabilirler. Oysaki Röckner ve arkadaşları (1989) çalışmalarında, epizyotomisi olmayan grupta daha fazla labia/klitoris laserasyonları yaşandığını, epizyotomisi olan grupta ise 2. ve 3. derecede laserasyon oluşma olasılığının daha çok olduğunu belirtmişlerdir. Shiono ve arkadaşları (1990), epizyotomi açılan kadınlarda 3. ve 4. dereceden laserasyon olasılığının arttığını bulmuşlardır.

Epizyotominin her doğumda rutin olarak uygulanmasına hem ebelerin hem de hekimlerin çoğunluğunun katılmamasına rağmen, ebelerin tamamına yakını hekimlerinde çoğunluğu epizyotomiye normal doğumun bir parçası olarak görmektedir. Ebelerin hekimlere oranla epizyotomiye normal doğumun bir parçası olarak görmesi tamamına yakınının bayan ve devlet hastanelerinde çalışıyor olmasından kaynaklanabilir. Çünkü devlet hastanelerinde, ilk doğumlarda rutin epizyotomi, 2-3. doğumlarda da birinci doğumda açıldı ise mükerrer epizyotomi yapılmaktadır. Çalışmamıza katılan lisans mezunu ebelerin tamamına yakınının doğumda epizyotomiye rutin bir uygulama olarak görmemesi olumludur. Özellikle epizyotominin her doğumda rutin olarak uygulanmasına katılma durumunun yaşla doğru orantılı olması da dikkat çekicidir. Rutin epizyotominin, iddia edildiği gibi perineal travmayı azalttığına,

perinenin iyileşmesine yardımcı olduğuna, fetal travmayı önlediğine ve üriner veya anal inkontinansı engellediğine dair herhangi bir kanıt mevcut değildir (Morhe ve arkadaşları, 2004). Arjantin epizyotomi ortak deney grubu (1993) çalışmasında, rutin epizyotomi uygulanan grupta arka bölge travmalarının daha yaygın olduğunu, perineal ağrı, yara iyileşmesi komplikasyonları ve yara açılması gibi problemlerin daha fazla görüldüğünü belirlemişlerdir. Harrison ve arkadaşları (1984), çalışmalarında kadınların yaklaşık yarısına rutin epizyotomi ve diğer yarısına gerekli olduğunda epizyotomi uygulanmasını sağlamışlardır. Bu çalışmada, rutin epizyotomi uygulanan kadınlar da şiddetli postpartum ağrı, hassasiyet, şişlik, kızarıklık, analjeziklerin tüketimi ve diğer perineal yakınmalar kaydedilmiştir. Cochrane Collaboration'ın sistematik değerlendirmesinde, rutin epizyotomi yapılmayan kadınlar, rutin epizyotomi yapılan kadınlara oranla anlamlı düzeyde daha az posterior perineal travma yaşamış, daha az dikiş ihtiyacı duymuş ve iyileşme sürecinde daha az şikayetlerde bulunmuşlardır (Thacker, 2000). Hartmann ve arkadaşları (2005), 3-4. dereceli laserasyonun ve dikiş atma ihtiyacının rutin grupta daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Bizim çalışmamıza katılan ebe-hekimler, literatüre ve yapılan çalışmalara paralel olarak epizyotominin her doğumda rutin uygulanmaması gerektiğini desteklemektedir.

Ebe ve hekimlerin tamamına yakını, kadına epizyotomi açmaya ebe ya da hekim tek başına karar vermelidir ifadesine katılmıştır. Özellikle uzman hekimlerin asistanlara göre daha fazla katılması dikkat çekicidir. Aynı zamanda ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğunun epizyotomi açarken onam alınmamasına gerek görmemesi de düşündürücüdür. Her iki durumda istediğimiz bir sonuç değildir. Devlet hastanelerinde çalışanların büyük çoğunluğunun onama gerek görmediği saptanmıştır. Üniversite hastanesinde çalışanların yaklaşık yarısı onam alınması gerektiğine inanmaktadırlar. Bu da üniversite hastanelerinin hasta haklarına daha duyarlı olduğunu gösterebilir. Doğumhane de görevli sağlık ekibinin kadına yapılacak her türlü müdahalede tek başına karar vermek yerine, hem müdahale yapılacak kadın hem de ekip arkadaşlarıyla beraber karar vermesi, sorumlulukların paylaşımına ve bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır. Bir kadın ile ebe-hekimin ilişkisi güven üzerine inşa edilmiştir ve epizyotomi gibi usullerin, faydaları ve riskleri kadına anlatılarak bu güveni sabit tutmak ve kadından alınan onam doğrultusunda hareket etmek gerekir (Akdur, Aydın, 2003; Büken, ve ark., 2008). Hasta hakları yönetmeliğini incelediğimizde “kimse, rızası (onamı) olmaksızın tıbbi işleme tabi tutulamaz” şeklinde bir madde vardır (Akdur,

Aydın, 2003; Resmi Gazete, 1998). Ebe ve hekimler bu madde doğrultusunda hasta haklarını ihlal etmeden uygulamalarını sürdürmek zorundadırlar. Epizyotomi uygularken onam alınması gereken diğer bir uygulamada perine traşdır. Ebelerin ve devlet hastanesinde çalışanların büyük çoğunluğunun, hekimlerin ise yarıdan fazlasının epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir ifadesine katıldığı belirlenmiştir. Bu ifadeye katılımın özellikle ebelerde yüksek olmasının nedeni, ebelerin tamamının kadın olmasından kaynaklanabilir. Cinsiyete göre de değerlendirdiğimizde bayanların büyük çoğunluğunun bu ifadeye katılması bunu desteklemektedir. Türk geleneklerinde kadınların, doğuma giderken perinesinin temiz olması gerektiğine inandıkları bilinmektedir ve ebelerin de bu inançtan etkilendikleri düşünülebilir. Ancak ebe ve hekimler, kendi kişisel inançları yerine, mesleki etik kurallar doğrultusunda, perine traş edilmeden önce, perine traşının olumlu-olumsuz yönlerini kadına anlatarak, kadının onamının alınması ve bu kararı kendisinin vermesi beklenmelidir (Yıldırım, Kadioğlu 2007).

Perine dokularının kan dolaşımını ve esnekliğini artırmak için perineye sıcak kompres uygulama, yağlı masaj yapma, ıkmama esnasında üretra ve klitoris bölgesinde oluşan ağrı ve yanmayı azaltmak için buz uygulama gibi farmakolojik olmayan yöntemler epizyotomi açılma gereksinimini azaltmaktadır (Ertem, 2008; Karaçam 2001b; Okumuş, ve ark., 2009). Çalışmamızdaki ebe ve hekimlerin çoğunluğunun epizyotomi açılmadan önce non-farmakolojik uygulamaların yapılması gerektiğine katıldığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda ebelerin büyük çoğunluğu hekimlerin ise yarısından fazlası epizyotomi uygulamasındaki artışın ebe ve hekimlerin non-farmakolojik uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabileceğine katılmamaktadırlar. Ancak hastanelerde çalışma süresi ve yaş arttıkça non-farmakolojik uygulamaların yapılması gerektiğine katılma oranı da azalmaktadır. Karaçam (2001a)'ın çalışmasında, doğuma yardım eden ebe/hemşirenin tamamının; perineye masaj, bebek başının yavaş doğurtulması, bebeğin baş ve gövdesinin doğumu esnasında annenin hızlı ıkmamasını önlemeye çalışma ve kadının spontan ıkmama çabalarını destekleme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Stamp (1997)'in çalışmasında, perineal masajı yapıp yapmadıklarına dair soruya ebelerin %34'ü hiç yapmadığını söylerken, %16'sı sık sık yaptığını, geri kalanlarda nadiren veya bazen yaptıklarını belirtmişlerdir. Perineal masajın önemi sorulduğunda ise ebelerin %36'sı bunun istenilen bir şey olduğunu, fakat çok önemli olmadığını söylerken %19'u

bu uygulamaya karşı çıkmıştır. Ebelerin %57'si perine masajının seçiminin kadınlara ve partnerlerine bırakılması ve %40'ı duruma göre hareket edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların %29'u "yararlarıyla ilgili kesin bir cevap olduğundan emin değilim" yanıtını verirken %2'si "bir kadın tarafından talep edilse bile uygulamazdım" yanıtını vererek uygulamaya karşı çıkmıştır. Epizyotomi cerrahi bir işlemdir ve enfeksiyon, hematoma, epizyotomi dehisansı (dikişlerin açılması) gibi problemler görülebilir. Oysaki non-farmakolojik yöntemlerin kadın sağlığına herhangi bir yan etkisi olmadığı gibi epizyotomi endikasyonunu azaltıcı uygulamalardır. Bizim çalışmamız da özellikle gençlerin, 10 yıl ve altı süredir doğumhanede çalışan ebe ve hekimlerin bu uygulamaların yapılmasına pozitif bakması olumludur.

Epizyotomi yapılmadan önce genellikle lokal anestezikler uygulanır. Ancak bazen acil durumlarda kontraksiyon anında anestezi yapılmadan kesi yapılabilir (Ladewig ve ark., 2002; Önder, 1989). Çalışmamıza katılan her 4-5 ebe-hekimden birinin bebek başının perine dokularını basınç altında bırakarak ağrının algılanmasını engelleyeceğini düşündüğü için anestezik madde verilmemesi gerektiğine inanıyor olması düşündürücüdür. Ancak ağrı insanı fizyolojik ve psikolojik yönden olumsuz etkileyen ve yaşanılmaması gereken bir durumdur (Kocaman 1994; Kömürcü, Ergin, 2008). Bu nedenle doğru olan epizyotomi yapılmadan önce lokal anesteziklerin uygulanmasıdır. Çalışmamızda ise ebelerin tamamı hekimlerinde büyük çoğunluğu kesi yapılmadan önce değil, perineye sutür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmesi gerektiğini düşünmektedirler. 20-30 yaş grubunun büyük çoğunluğu ve bayanların tamamı buna katılmaktadırlar. Normalde epizyotomi yapılmadan önce lokal anestezikler uygulandığı için sutür atılırken uygulanması gerekmez. Fakat daha önceden uygulanmadı ise uygun lokal anestezik madde kesi boyunca her 0.5-1cm. de enjekte edilmelidir (Auvenshine, Enriquez, 1990; Pschrembel, 1986). Bu ifadeye ebelerin tamamının ve hekimlerin büyük çoğunluğunun katılması dikkat çekicidir. Ebelerin tamamının sutür atılmadan önce mutlaka anestezik madde verilmesine katılmasının nedeni, işlem sırasında kadının tepki vermesini engelleyerek, kendilerinin rahat sutür atmalarını sağlamak olabilir.

Literatüre baktığımızda, en yaygın uygulama epizyotomi onarımının plasenta çıktıktan sonra yapılmasıdır (Pritchard ve ark., 1989). Fakat bazı kaynaklarda da epizyotomi onarımının plasenta çıktıktan sonra veya plasenta çıkmadan önce yapılabileceği belirtilmiştir (Arısan, 1984; Ladewig ve ark., 2002; Ziegel, Blarcom

1978). Çalışmamızda da ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu epizyotomi onarımının plasenta çıktıktan sonra yapılması gerektiğine katılmıştır. Devlet hastanelerinde çalışanların tamamının ve bayanlarında tamamına yakınının buna katıldığı belirlenmiştir bu sonuç literatür ve çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Onarımın sonra yapılması özellikle plasentayı manuel çıkartmanın zorunlu olduğu durumlarda epizyotomi onarımının kesilmemesi ya da engel olunmaması açısından önemlidir (Pritchard ve ark., 1989). Ayrıca plasentanın ayrılma belirtileri ve doğumu, epizyotomi onarımını yarıda kesebilir ve dikkatin dağılmasına sebep olabilir (Ladewig, 2002; Cunningham, 1984). Kelekçi ve ark. (2002), epizyotomi onarımı plasenta çıkmadan önce ve epizyotomi onarımı plasenta çıktıktan sonra yapılmak üzere iki grup üzerinde çalışmışlardır. Çalışmalarında her iki grupta da prepartum ve postpartum hemoglobin ve hematokrit değerleri arasında fark olduğunu ve postpartum hemoglobin değerinin epizyotomi onarımı plasenta çıktıktan sonra yapılan grupta önce yapılan gruba göre daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Ebelerin yarıdan fazlası ve her üç hekimden biri ayrıca cinsiyete göre değerlendirdiğimizde de bayanların yarıdan fazlası erkeklerinde 1/3'ü laserasyonların onarılmasının doğum salonunda kalış süresini uzatmayacağına fakat epizyotomilerin onarılmasının doğum salonunda kalış süresini belirgin derecede uzatacağına katılmaktadırlar. Duran ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, doğum salonun da kalış süresi epizyotomi açılan grupta, açılmayan grubuna göre anlamlı olarak daha uzun çıkmıştır. Epizyotomi ile doğuran kadınların, doğum salonunda diğer kadınlara oranla daha uzun süre kaldığı tespit edilmiştir. Çalışmaya göre, ayrıca herhangi bir tür laserasyon gelişmiş olguların, laserasyon gelişmeyenlere oranla benzer sürelerde doğum salonunda kaldıkları saptanmıştır.

Epizyotominin pelvik tabana olan uzun süreli basıyı ve perine kaslarının aşırı gerildiği durumda bölgedeki gerilmeyi önleyeceği ifadelerine, ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu katılmaktadırlar. Ancak yapılan çalışmalarda araştırmacılar, pelvik tabanlı kas gücünün en zayıf olarak epizyotomi grubunda olduğunu bulmuşlardır (Sartore ve ark., 2004;). Sartore ve ark. (2004)'nın makalesinde, Klein ve arkadaşları perineal ve pelvik tabanlı morbitenin, perine yırtılmaları veya kendiliğinden bozulmamış perinesi olan kadınlarla karşılaştırıldığında, mediolateral epizyotomi yapılan kadınlarda çok yüksek olduğunu bulmuşlardır. Shiono ve arkadaşları (1990), midline epizyotominin primiparlarda 4.2 kat, multiparlarda 12.8 kat daha fazla 3. ve 4. dereceden laserasyon

olasılığını artırdığını, mediolateral epizyotominin ise primipar kadınlarda oldukça az, multipar kadınlarda ileri derecede laserasyon oranlarına sahip olduğunu bulmuşlardır.

Ebe ve hekimlerin tamamı epizyotomi vakum ya da forseps gibi obstetrik uygulamaların, uygulanmasını kolaylaştırmak için daha geniş bir alan sağlar ifadesine katılmıştır. Epizyotomi, forsepsle yaptırılan doğum sırasında perineal travmayı önlemede gerekli olduğu düşünülmeyle beraber, spontan vajinal doğumlarda ve verteks doğumlarda bu işlemin önemi tartışılmaya devam etmektedir (Tincello ve ark., 2003). Weber ve Meyn (2002) çalışmalarında, genel olarak gerçekleştirilen epizyotominin, %89.1'inin forseps doğumlarında, %76.4'ünün vakum doğumlarında ve %88.1'inin ise hem forseps hem de vakumun kullanıldığı doğumlarda mevcut olduğunu saptamışlardır. Shorten A. ve Shorten B. (2000)'nin çalışmasında enstrümental (vakum ya da forseps) doğum yaşamış kadınların %73'ü epizyotomi de geçirmiştir. Ancak farklı çalışmalarda vakum ve forseps uygulaması sırasında uygulanan epizyotominin yırtık riskini artırdığını saptamışlardır. Macleod ve Murphy (2007)'nin çalışmasında, bazı doğum uzmanları epizyotomi kullanımının, hem forseps hem de vakumla çekmede, anal sfinkter yırtık riskini artırdığını ifade ettiklerini belirlemişlerdir. Shiono ve arkadaşları (1990), forseps kullanımının ileri derecede laserasyon olasılığını 8 kat artırdığını ve epizyotomi ile forseps kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Kudish ve arkadaşları (2006), nullipar kadınlarda vajinal doğumlardaki anal sfinkter riskini, forseps ve epizyotominin ortak kullanımının 20 kat, vakum ve epizyotominin ortak kullanımının 14 kat artırdığını bulmuşlardır. Multipar kadınlarda da forseps ve epizyotominin ortak kullanımının ileri derecede perineal laserasyonların riskini 77 kat artırdığını bildirmişlerdir.

Epizyotominin en büyük dezavantajı ağrı veren bir insizyon olmasıdır ifadesine, ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu katılmıştır. Fakat her 4 ebe ve 7 hekimden yaklaşık 1'nin epizyoyu ağrı veren bir insizyon olarak görmemesi düşündürücüdür. Reading ve arkadaşları (1982), 101 primipar kadının epizyotomi sonrası ağrılarını değerlendirerek hepsinin ağrısının olduğunu ve çoğunun şiddetli ağrı yaşadıklarını görmüşlerdir. Albers ve arkadaşları (1999), primipar annelerin multiparlara göre daha fazla ağrı yaşadıklarını ve primipar annelerin %22'sinin postpartum 2. ayda, %10'unun da 12-18. aylar da hala ağrı yaşadıklarını belirlemişlerdir. Karaçam (2001a), doğum sonu birinci gün, birinci hafta ve üçüncü haftada yapılan üç farklı değerlendirmede epizyotomisi olan annelerin ağrı yaşadıklarını belirlenmiştir. Klein ve arkadaşları (1994), spontan laserasyonu olan

annelerin epizyotomisi olanlara göre daha az, epizyotomi ve spontan laserasyonu olmayan annelerin en az ağrı yaşadıklarını belirlemişlerdir. Harrison ve arkadaşarı (1984), epidural anestezi ile doğum yapan kadınlardan perinesi tam korunmuş kadınlarda en düşük ağrı şiddeti, birinci dereceden yırtılmalara maruz kalmış kadınlarda orta ağrı şiddeti ve epizyotomi yaşamış kadınlarda da en yüksek ağrı şiddeti olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada epizyotomi geçiren kadınların analjezinin çoğunu tükettiğini ve perinesi tam korunmuş olanlarında en azını tükettiğini belirlemişlerdir. Sartore ve arkadaşarı (2004), çalışmalarında perineal ağrıyı “orta” olarak bildirmişler fakat epizyotomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğunda disparoni ve perineal ağrının oldukça fazla olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalar epizyotomi açılan kadınlarda ağrı duygusunu açılmayanlara oranla daha fazla yaşandığını göstermektedir.

Epizyotomi kadının cinsel yaşamını da etkileyebilir. Yapılan çalışmalar epizyotominin, kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azalttığını gösterirken (Goldberg ve ark.2002; Karaçam 2001a) çalışmamıza katılan ebe ve hekimlerin çoğunluğu buna katılmamıştır.

Anne-bebek iletişiminin başlatılması için doğumdan sonraki ilk yarım saat en uygun zamandır. Çünkü ilk 30 dakika da bebek uyaranlara etkin yanıt verir ve çevre ile ilgilidir. Bu süreç içerisinde anne ile bebeğin deri temasının sağlanması ve anne bebek iletişiminin erken başlatılmasının etkili bir emzirme süreci geliştirmeye ve bebeğin psikososyal gelişiminin olumlu olmasına katkısı vardır (Albers ve ark., 1999; Haadem ve ark., 1987; Pryor, Huggins, 2007; Taşkın, 2002). Karaçam'ın (2001a) çalışmasında epizyotomi/laserasyon olan ve olmayan annelerin hiç birinin ilk yarım saat içinde bebekleri ile iletişim başlatamadıkları, büyük bir kısmının 30-59 dakika ve daha az bir kısmının da 60 dakika ve daha uzun sürede bebekleri ile iletişim başlatabildikleri görülmüştür. Çalışmamıza katılan ebe hekimlerin yarısından fazlası epizyotominin onarım sürecinin, anne-bebek iletişiminin başlatılması ve annenin istirahata alınmasını geciktireceğine katılmamaktadır.

Ebe ve hekimlerin yarısından fazlası epizyotominin kadının, sağlık bakım maliyetini artırmayacağına ve hastanede kalış süresini uzatmayacağına katılmıştır. Hueston (1996) çalışmasında, epizyotomi açılan kadınların, epizyotomi açılmayanlara oranla hastanede ortalama kalma sürelerini ve maliyetini değerlendirmiş olup epizyotomi açılan kadınların hastanede 0.2 gün daha fazla kaldığını saptamıştır. Önemsiz gibi görünen 0.2'lük fark her 1/5 annenin hastanede 1 gün fazla kalması

anlamına gelmektedir. Hueston 1 yıllık doğum oranlarını değerlendirdiğinde bu rakamın 390.000 ekstra hastane günü demek olduğunu ve 700 dolar anne için 200 dolar bebek için ortalama bedel hesaplandığında yıllık sağlık giderlerinde 351 milyon dolarlık bir artış olduğunu tespit etmiştir. Bizim çalışma sonucumuza göre ebe ve hekimlerin çoğunluğu bu duruma katılmamaktadır.

Eğer küçük bir laserasyon olacağı tahmin ediliyorsa epizyotomi açılmamalıdır. Küçük laserasyon daha kolay iyileşir ifadesine ebe ve hekimlerin yarısından fazlası katılmıştır. Özellikle üniversite ve özel hastanelerde çalışanların büyük çoğunluğu bu ifadeye katılmıştır. Lundquist ve arkadaşları (2000), birinci derece perineal laserasyonların dikilmeden bırakılmasının dikişli laserasyonlardan daha az ağrıya neden olduğunu ve daha çabuk iyileştiğini bildirmişlerdir.

Her üç ebeden biri ve hekimlerin yarısından fazlası epizyotomi açılarak yaptırılan doğumun, sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde ebe ve hekimler tarafından sık kullanılan bir uygulama olduğuna katılmışlardır. Sağlık çalışanlarının buna inanması epizyotomi uygulamasını daha çok kullanacakları anlamına gelebilir. Bu da birçok kadının doğum sonrası sağlığının, epizyotomiye bağlı olarak olumsuz yönde etkilenebileceğini düşündürebilir.

Sosyo-demografik özelliklere göre epizyotomiye yönelik verilen ifadelere ebe ve hekimlerin katılma durumları değerlendirilip, sonucunda anlamlı bulunanlar yukarıda tartışmada belirtilmiştir. Ebe ve hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre epizyotomiye yönelik verilen diğer ifadelere katılma durumları değerlendirilip fark önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Ebe ve hekimlerin epizyotomi uygulamasına yönelik düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı çıkan sonuçlar şöyledir;

- Ebelerin tamamına yakını hekimlerin çoğunluğu epizyotomiye normal doğumun bir parçası olarak görmektedir ($p<0.05$).
- Epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine traş edilmelidir ifadesine ebelerin büyük çoğunluğu hekimlerin yarısından fazlası katılmıştır ($p<0.05$).
- Ebelerin tamamı hekimlerin de büyük çoğunluğu perineye sütür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir ifadesine katılmıştır ($p<0.05$).
- Ebelerin yarısından fazlası hekimlerinde yaklaşık 1/3'ü laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmaz fakat epizyotomilerin onarılması doğum salonunda kalış süresini belirgin derecede uzatır ifadesine katılmıştır ($p<0.05$).
- Ebelerin yaklaşık 1/4'ü ve hekimlerinde 1/3'ü epizyotomi uygulamasındaki artışı ebe ve hekimlerin non-farmakolojik uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklandığını düşünmektedirler ($p<0.05$).
- Ebelerin 1/3'ü, hekimlerin yarısından fazlası epizyotomi açılarak yaptırılan doğumun kendilerine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde sık kullanılan bir uygulama olarak görmektedirler ($p<0.05$).

İstatistiksel olarak anlamlı çıkmayan sonuçlar şöyledir;

- Ebe ve hekimlerin yarısından fazlası epizyotomiye her doğumda rutin bir uygulama olarak görmektedir, tamamına yakını endikasyon varsa ve perinenin durumuna göre uygulanmasına inanmaktadır ($p>0.05$).
- Ebe ve hekimlerin tamamına yakını epizyotomi açmaya kendilerinin karar vermesi gerektiğine inanmaktadırlar ($p>0.05$).
- Ebe ve hekimlerin çoğunluğu kesi öncesi perineye anestetik madde uygulanmasının gerektiğine ancak epizyotomi açarken onam alınmasına gerek olmadığına katılmaktadır ($p>0.05$).
- Ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu epizyotomi onarımının plasenta çıktıktan sonra yapılması gerektiğine ve epizyotomi onarımı için kullanılan materyal ve tekniğin önemli olduğuna katılmıştır ($p>0.05$).

- Ebe ve hekimlerin tamamı enstrümental uygulamaların epizyotomi kolaylaştırdığına, tamamına yakını perine kaslarının aşırı gerildiği durumlarda bölgedeki gerilmeyi önlemek için epizyotominin mutlaka açılması gerektiğine katılmışlardır ($p>0.05$).
- Ebelerin tamamı hekimlerinde tamamına yakını epizyotominin perine tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemek gibi yararının olduğunu düşünmektedirler ($p>0.05$).
- Ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu epizyotominin özellikle prematüre yenidoğanlarda fetal kafa üzerindeki basıncı azaltarak neonatal beyin hasarını önlediğine katılmaktadırlar ($p>0.05$).
- Yaklaşık her 3 ebe veya hekimden birisi epizyotomi onarım sürecinin, anne-bebek iletişiminin başlatılması ve annenin istirahata alınmasını geciktirdiğine ve kadının sağlık bakım maliyetini artırarak hastanede kalış süresini artırdığına katılmaktadır ($p>0.05$).
- Ebe ve hekimlerin çoğunluğu epizyotomi ağrı veren bir insizyon olarak görmekte, küçük bir laserasyon olacağı tahmin ediliyorsa epizyotomi açılmaması gerektiğine ve epizyotomi dikişlerinde sık açılma olmadığına katılmaktadırlar ($p>0.05$).
- Ebe ve hekimlerin yarısından fazlası epizyotominin kan kaybını ve hematom gelişme riskini artırdığına katılmakta ve yaklaşık 1/3'ü de epizyotominin cinsel ilişkide memnuniyeti azalttığını düşünmektedir ($p>0.05$).

6.1 ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ebe ve hekimlere;
 - Epizyotominin olumlu ve olumsuz yönleri,
 - Epizyotominin rutin bir uygulama olmadığı, endikasyon durumunda uygulanması gerektiği,
 - Gebenin kendi vücuduna yapılacak müdahalelerle ilgili kararlara kendisinin de katılmasının sağlanması,
 - Kanıt temelli ve bireyselleştirilmiş ebelik bakımı doğrultusunda kadının perinesi traş edilmeden önce kendisinden mutlaka onam alınması
 - Epizyotomi endikasyonunu azaltmak için yapılacak non-farmakolojik uygulamalar konularında hizmet içi eğitim programları düzenlenerek eksik bilgiler tamamlanmalı, güncellenmeli ve yanlış olan bilgiler düzeltilmelidir.
- Ebe ve hekimler sağlık ekibi anlayışıyla bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımı verme hedefi içerisinde epizyotomiye yönelik bilgi ve deneyimlerini paylaşmalı, uygulama için ortak karar almalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Akdur, R., Aydın, E. (2003). Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi, Songür Eğitim Hizmetleri- Yayıncılık, Ankara, 127
2. Albers, L., ve ark. (1999). Distribution of genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain, Birth, 26 (1), 11-15.
3. Alteneder, R. R., Hartzell, D. (1997). Adressing Couples, Concerns During the Childbearing Period: Use of The Plıssıt Model, Jognn, 26(6), 651-658
4. Althabe, F., Belizan, J. M., Bergel, E. (2002). Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study, British Medical Journal, 324, 945-946.
5. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (1993). Routine vs Selective Episiotomy: A Randomised Controlled Trial, The Lancet, 342, 1517-1518.
6. Arısan, K. (1984). Doğum Bilgisi, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 248-252, 952-955.
7. Auvenshine, M. A., Enriquez, M. G. (1990). Comprehensive Maternity Nursing, Jones and Bartlett Publishers, Michigan University, 391-433
8. Beck, W. (2004). Obstetrics and Gynecology, Fifty Edition, Lippincott Williams&Wilkins, 114-151
9. Bektaş, H. A. (2007). Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
10. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu, (2008). Çev: Büken, N. Ö., ve ark., Ed: Y. I. Ülman, 10
11. Bowen, M. L. ve Selinger, M. (2002). Episiotomy Closure Comparing Enbucrilate Tissue Adhesive With Conventional Sutures, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 78, 201-205.
12. Bromberg, M. H. (1986). Presumptive maternal benefits of routine episiotomy A literature review, Journal of Nurse-Midwifery, 31 (3), 121-127.
13. Buxton, B. H., Muram, D. (1989). Gynecology and Obstetrics, Ed. JJ Sciarra, 1-10, J. B. Lippincot Company, Philadelphia
14. Calvert, S., Fleming, V. (2000). Minimizing Postpartum Pain: A Review of Research Pertaining to Perineal Care in Childbearing Women, Journal of Advanced Nursing, 32(2), 407-415.
15. Cunningham, A. (1984). Perineal Damage in Childbirth, Nursing Mirror, 158(11), 1-4.

16. Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., Grant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hankins, G. D. V. (1997). Care of The Mother During Puerperium, Williams Obstetrics, 20th Ed., 541, Connecticut, USA
17. Curry, M. A. (1982), Maternal Attachment Behavior and the Mother's Self-Concept: The Effect of Early Skin-To-Skin Contact, Nursing Research, 31(2), 73-78
18. Duran, E. H. ve ark. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliliği Üzerine Bir Prospektif Randomize Çalışma, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik, 12 (1), 16-19.
19. Eason, E. and Feldman, P. (2000). Much Ado About a Little Cut: Is Episiotomy WorthWhile?, Obstetrics and Gynecology, 95 (4), 616-618.
20. Ertem, G. (2008). Doğumda Aneljezi ve Anestezi, Kadın Sağlığı, Ed:A. Şirin, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 663-667
21. Fernando, B. ve ark. (1995). Audit of The Relationship Between Episiotomy and Risk of Major Perineal Laceration During Childbirth, British Journal of Clinical Practice, 49 (1), 40-41.
22. Fleming, V.E. M., Hagen, S., Niven, C. (2003). Does Perineal Suturing Make a Difference? The SUNS Trial, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology, 110, 684-689.
23. Goldberg, J., Holtz, D., Hyslop, T. ve Tolosa, J. E. (2002). Has The Use of Routine Episiotomy Decreased? Examination of Episiotomy Rates From 1983 to 2000, Obstetrics &Gynecology, 99 (3), 395-400.
24. Gordon, H., Logue, M. (1985). Perineal Muscle Function After Chidbirth, Lancet, 20(2), 123-125.
25. Gürgüç, A. (1984). Doğum Operasyonları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlarından, Sayı:442, Ankara, 147-152.
26. Haadem, K. Ve ark. (1987). Anal Function After Delivery Rupture, Obstetrics and Gynecology, 70(1), 53-56
27. Hankins, G. D. V. ve ark. (1990). Early Repair of Episiotomy Dehiscence, Obstetrics and Gynecology, 75 (1), 48-51.
28. Harrison, R. F., Brennan, M., North, P. M. (1984). Is Routine Episiotomy Necessary?, British Medical Journal, 288, 1971-1975.
29. Harrison, R. F., Brennan, M., (1987). Comparison of Two Formulations of Lignocaine Spray with Mefenamic Acid in The Relief of Post-Episiotomy Pain: A Placebo-Controlled Study, Current Medical Research and Opinion, 10(6), 375-379.
30. Hartmann, K. ve ark. (2005). Outcomes of Routine Episiotomy, A Systematic Review, JAMA, 293 (17), 2141-2148.

31. Hauth, J. C. ve ark. (1986). Early repair of An External Sphincter Ani Muscle And Rectal Mucosal Dehiscence, *Obstetrics and Gynecology*, 67(6), 806-809
32. Hueston, W.J. (1996). Factors Associated With The Use of Episiotomy During Vaginal Delivery, *Obstetrics &Gynecology*, 87 (6), 1001-1005.
33. İMPAC (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, World Health Organization, 72-75.
34. Jensey, M. D., Benson, R. C., Bobak, I. M. (1977). *Maternity Care The Nurse&The Family*, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 391-393.
35. Karaçam, Z. (2001a). Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
36. Karaçam, Z. (2001b). Doğum Sırasında Kullanılan Pozisyonların Anne Bebek Sağlığına Etkisi, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), 56-61.
37. Karaçam, Z., Eroğlu, K. (2003). Effects of Episiotomy on Bonding and Mothers' Health, *Journal Advanced Nursing*, 43(4), 384-394
38. Kelekçi, S. ve ark. (2002). Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkımından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi, *Perinatoloji Dergisi*, 19 (4), 331-335.
39. Klein, M. C. ve ark. (1993). The Final Fatal Blow to Routine Episiotomy, *Birth*, 20(3), 162-163.
40. Klein, M. C. ve ark. (1994). Relationship of Episiotomy to Perineal Trauma and Morbitidy, Sexual Dysfunction and Pelvic Flor Relaxation, *American journal Obstet Gynecol*, 171 (3), 591-598.
41. Kocaöz, S. (2007). Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı (SÜİ) Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
42. Kocaman, G. (1994). *AĞRI, Hemşirelik Yaklaşımları*, Saray Medikal Yayıncılık, 1. Baskı, Kanyılmaz Matbaası, İzmir
43. Kömürcü, N., Ergin, A. B. (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 146-148
44. Kudish, B. ve ark. (2006). Operative Vaginal Delivery and Midline Episiotomy: A Bad Combination For The Perineum, *American Journal of Obsstetrics and Gynecology*, 195, 749-754.
45. Kurtuldu, İ. (1988). Epizyotomi İnsizyonunun İyileşmesinde Termik Ajanların Etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

46. Ladewing, P. W., London, M. L., Moberly, S. M. ve Olds, S. B. (2002). Maternal-Newborn Nursing Care, Upper Saddle River, New Jersey, 505.
47. Leifer, G. (2003). Maternity&Pediatic Nursing, Fourth Edition, California, 181.
48. Lerch, C. (1985). Maternity Nursing, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 235.
49. Macleod, M. and Murphy, D.J. (2007). Operative Vaginal Delivery and The Use of Episiotomy-A Survey of Practice in The United Kingdom and Ireland, Eur. J. Obstet Gynecol, 136 (2), 178-183.
50. Martin, L. L., Reeder, S. J. (1991). Maternity Nursing, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 369-372.
51. Mason, L. ve ark. (1999). The Experience of Stress Incontinence After Childbirth, Birth, 26 (3), 164-171.
52. May, K. A., Mahlmeister, L. R. (1994). Maternal and Neonatal Nursing, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 520-542.
53. Morhe, E. S. K., Sengretsi, S. ve Danso, K. A. (2004). Episiotomy in Ghana, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 86, 46-47.
54. Mostello, D. J. (2000), Postpartum Infections, H. N. Winn, J. C. Hobbins (Ed.), Clinic Maternal-Fetal Medicine (pp. 226-227), Parthenon Publishing.
55. Okumuş, H., Mete, S., Yenal, K., Tokat, M. A., Figen, P. S. (2009). Doğuma Hazırlık, Sağlık Profesyonelleri için Rehber, Birinci Baskı, Deomed Yayıncılık, İstanbul, 105-113
56. Olds, S. B., London, M. L., Ldewing, P. W. (1996). Maternal Newborn Nursing, The Benjamin/Cummings Publishing Company In c., Paris, 596-1093.
57. Öncel, B. (1981). Ebe-Hemşirenin Doğum Kitabı, Baskı Turan Ofset, Sekizinci Baskı, Ar Yayın Dağıtım, İstanbul, 85-88.
58. Önder, İ. (1989). Ebe-Hemşirenin Doğum Bilgisi, Menteş Kitabevi, İstanbul, 144-146.
59. Özerdoğan, N., Beji, N. K., Yalçın, Ö. (2004). Urinary Incontinence: Its Prevalence, Risk Factors and Effects on The Quality of Life of Women Living in A Region of Turkey, Gynecologic and Obstetric Investigation, 58 (3).
60. Pernoll, M.L. (1994). Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi, Barış Kitabevi, İstanbul, 259.
61. Pillitteri, A. (1995). Maternal and Child Health Nursing, J. B. Lippincott Company, Philadelphia.

62. Pritchard, J. A., MacDonald, P. C., Gant, N. F. (1989). Williams Obstetrics, Güneş Kitabevi, Onyedinci Baskı, (Çeviri: Yılmaz, İ., Aydemir, V.), Ankara, 435-439.
63. Pryor, G., Huggins, K. (2007). Nursing Mother, Working Mother, 41-42
64. Pschyrembel, W. (1986). Pratik Doğum Bilgisi, Çeltüt Matbaacılık (Çeviri: Keçecioğlu, Y.), İstanbul, 212-218.
65. Ramin, S. M. ve ark. (1992). Early Repair of Episiotomy Dehiscence Associated With Infection, American Journal Obstet Gynecol, 167 (4), 1104-1107.
66. Reading, A. E. ve ark. (1982). How Women View Postepisiotomy Pain, British Medical Journal, 284 (23), 243-246.
67. Reamy, K., White, S. E. (1985). Sexuality in Pregnancy and The Puerperium A Review , Obstetrical and Gynecological Survey, 40(1), 1-13
68. Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420, Hasta Hakları Yönetmeliği,1-11.
69. Rhode, M. A., Barger, M. K. (1990). Perineal Care, Journal of Nurse-Midwifery, 35(4), 220-230
70. Röckner, G., Olund. A. (1991). The use of episiotomy in primiparas in Sweden. A descriptive study with particular focus on two hospitals, Acta Obstet Gynecol Scand, 70 (4-5), 325-330.
71. Röckner, G. ve ark. (1989). Episiotomy and Perineal Trauma During Childbirth, Journal of Advanced Nursing, 14, 264-268.
72. Samuelsson, E., Vvictor, A., Svardsudd, K. (2000). Determinants Of Urinary İncontinence in A Population of Young and Middle-Aged Women, Acta Obstet Gynecol Scand, 79 (3), 208-215.
73. Sartore, A. ve ark. (2004). The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Flor Function After Vaginal Delivery, Obstetrics &Gynecology, 103 (4), 669-673.
74. Scott, J. R., Disaia, P. J., Hammond, C. B. and Spellacy W. N. (1997). Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, Yüce Yayınları (Çeviri: Erez, R., Çev.Ed.: Erez, S.), İstanbul, 122.
75. Shiono, P., Klebanoff, M. A. ve Carey, J. C. (1990). Midline Episiotomies: More Harm Than Good, Obstetrics &Gynecology, 75 (5), 765-770.
76. Shy, K.K., Eschenbach, D.A. (1979). Fatal perineal cellulitis from an episiotomy site, Obstetrics and Gynecology, 54(3), 292-298.
77. Shorten, A. and Shorten, B. (2000). Women's choice? The İmpact of Private Health Insurance on Episiotomy Rates in Australian Hospitals, Midwifery, 16, 204-121.

78. Skoner, M. M., Thompson, D., Caron, V. A. (1994). Factors Associated With Risk of Stres Urinary Incontinance in Women, *Nursing Research*, 43 (5), 300-306.
79. Smith, M. A. ve ark. (1993). The Rational Management of Labor, *American Family Physician*, 47(6), 1471-1481
80. Snooks, S. J., ve ark. (1985). Risk Factors In Childbirth Causing Damage To The Pelvic Flor Innervation, *British Journal of Surgery*, 72, 15-17
81. Snyder, R. R., ve ark. (1990). Human Papillomavirus Associated With poor Healing of Episiotomy Repairs, *Obstetrics and Gynecology*, 67(6), 664-667
82. Stamp G. E. (1997). Care of The Perineum in The Second Stage of Labour: A Study of Views and Practices of Australian Midwives, *Midwifery*, 13, 100-104.
83. Sullivan, H. (1991). Repairing The Tear, *Nursing Times*, 87 (35), 60-61.
84. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., Akyüz, K. (2005). Anket Yöntemi ve Bilimsel Araştırma, Songür Eğitim Hizmetleri-Yayıncılık, Ankara
85. Taşkın, L. (2002). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş V. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 292.
86. T.C. Sağlık Bakanlığı-UNICEF Türkiye Temsilciliği (2002). Emzirme, Bölüm 1: Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Temel Mesajlar
87. Tecnical Working Group, World Health Organization (1999). Postpartum Care of The Mother and Newborn: A Practical Guide, *Birth*, 26(4), 255-258
88. Thorp, J. M. and Bowes, W. A. (1989). Episiotomy: Can its routine use be defended?, *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 160 (5), 1027-1030.
89. Thacker, S. B. and Banta, H. D. (1983). Benefits and Risks of Episiotomy: An Interpretative Review of the English Language Literature 1860-1980, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 38 (6), 322-338.
90. Thacker, S. B. (director) (2000), Midline Versus Mediolateral Episiotomy, *British Medical Journal*, 320, 1615-1616.
91. Tincello, D., Williams, A., Fowler, G. E., Adams, E. J., Richmond, D. H. ve Alfirevic, Z. (2003). Differences in Episiotomy Technique Between Midwives and Doctors, *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 1041-1044.
92. Toker, Z. (2003). Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
93. Uygur, D., Yeşildağlar, N., Kıs, S. ve Sipahi, T. (2004). Early Repair of Episiotomy Dehiscence, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 44, 244-246s

94. Üstünsöz, A. (1996). Epiyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
95. Weber, A. M. ve Meyn, L. (2002). Episiotomy Use in the United States 1979-1997, *Obstetrics & Gynecology*, 100 (6), 1177-1182.
96. Woolley, R. J. (1995). Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature since 1980, <http://www.gentlebirth.org/format/woolley.html>, Erişim Tarihi: 7.2.2008
97. Yıldırım, G., Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (2), 7-12.
98. Yılmaz, S. (2004). Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya
99. Zetterström, J. ve ark. (1999). Anal Sphincter Tears at Vaginal Delivery: Risk Factors and clinical Outcome of Primary Repair, *Obstetrics and Gynecology*, 94 (1), 21-28.
100. Ziegel, E. ve Blarcom, C. C. V. (1978). *Obstetric Nursing*, Collier Macmillan Publishers, London, 386-419.
101. <http://en.wikipedia.org/wiki/Episiotomy>, Erişim Tarihi: 15.02.2008

8. EKLER (EK-1, EK-2, EK-3, EK-4)

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-2:EBE VE HEKİMLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK SORU
FORMU

EK-3: DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEKİMLERİN EPİZYOTOMİ
UYGULAMASINA İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK SORU
FORMU

EK-4: İZİN

EK-1

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOCAELİ İL MERKEZİNDE BULUNAN DEVLET HASTANELERİNDEKİ
DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEKİMLERİN
EPİZYOTOMİ UYGULAMASINA YÖNELİK
DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doğum sırasında en sık uygulanan cerrahi uygulamalardan birisi de epizyotomidir. Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinide bulbo-cavernos kasına yapılan kontrollü cerrahi bir insizyon olarak tanımlanır.

Bu çalışmanın amacı, Kocaeli il merkezinde yer alan tüm hastanelerdeki doğum salonunda çalışan ebe ve hekimlerin (doğum yaptıran personelin) epizyotomi uygulamasına yönelik düşüncelerini belirlemektir. Sizlerden elde edilen tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bugünün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginize teşekkür ederiz

**YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK SORU FORMUNU
DOLDURMAYI
KABUL EDİYORUM**

TARİH

AD-SOYAD

İMZA

EK-2

**EBE VE HEKİMLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK SORU
FORMU**

Form No:

Tarih:

1. Çalıştığınız kurumun adı:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz:

a) Bayan

b) Erkek

4. Medeni durumunuz:

a) Evli

b) Bekâr

c) Diğer...

5. Mesleki öğrenim durumunuz:

a) Sağlık meslek lisesi mezunu ebe

b) Ön lisans mezunu ebe

c) Lisans mezunu ebe

d) Uzman Hekim

e) Asistan Hekim

f) Diğer...

6. Doğumhanede çalışma süreniz ne kadardır?

EK-3

DOĞUM SALONUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEKİMLERİN
EPİZYOTOMİ UYGULAMASINA İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİNİ
BELİRLEMEYE YÖNELİK SORU FORMU

	Katılıyorum	Katılmıyorum
Epizyotomi normal doğumun bir parçasıdır.		
Epizyotomi her doğumda rutin uygulanmalıdır.		
Eğer gebede herhangi bir endikasyon varsa epizyotomi uygulanmalıdır		
Epizyotomi uygulanmasına perinenin durumuna göre karar verilir.		
Laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmaz fakat epizyotomilerin onarılması doğumhanede kalış süresini belirgin derecede uzatır.		
Fetüs başı, bası yaptığı için kesi öncesi perineye anestetik madde uygulanması gerekmez.		
Epizyotomi açılacak bayanda mutlaka perine tıraş edilmelidir.		
Epizyotomi açarken onam alınmasına gerek yoktur		
Epizyotomi onarımı plasenta çıktıktan sonra yapılmalıdır.		
Epizyotominin başlıca yararı perine tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemektir		
Epizyotomi doğum sırasında oluşabilecek ciddi perine yırtıklarından koruyucu bir uygulamadır		
Epizyotomi pelvik tabana olan uzun süreli basıyı önler		
Epizyotominin en büyük dezavantajı ağrı veren bir insizyon olmasıdır		
Epizyotomi uygulaması sonrası onarım süreci, anne-bebek iletişiminin başlatılması ve annenin istirahata alınmasını geciktirir.		

	Katılıyorum	Katılmıyorum
Epizyotomi, kadının cinsel ilişki de memnuniyetini azaltır		
Median ve mediolateral epizyotomilerde dikişlerin açılması sık görülür		
Perine kaslarının aşırı gerildiği durumlarda bölgedeki gerilmeyi önlemek için epizyotomi mutlaka açılmalıdır.		
Kadına epizyotomi açmaya ebe ya da hekim tek başına karar vermelidir		
Epizyotomi uygulanmasındaki artış ebe ve hekimlerin non-farmakolojik uygulamaları (perineyi esnetme uygulamaları) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir		
Epizyotomi açılarak yaptırılan doğum, sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde ebe ve hekimler tarafından sık kullanılan bir uygulama olmuştur.		
Epizyotomi, özellikle prematüre yenidoğanlarda fetal kafa üzerindeki basıncı azaltarak neonatal beyin hasarını önler		
Epizyotomi, vakum ya da forseps gibi obstetrik uygulamaların, uygulanmasını kolaylaştırmak için daha geniş bir alan sağlar		
Epizyotomi kan kaybını ve hematom gelişme riskini artırır		
Epizyotomi kadının, sağlık bakım maliyetini artırır ve hastanede kalış süresini uzatır		
Perineye sütür atılmadan önce mutlaka anestetik madde verilmelidir.		
Eğer küçük bir laserasyon olacağı tahmin ediliyorsa epizyotomi açılmamalıdır. Çünkü laserasyon daha kolay iyileşir.		

KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B104ISM4410001/1673
Şube : Yataklı Tedavi Hizmetleri Şb.
Konu : Anket Uygulama İzni


16.11.2007 3268

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 25.10.2007 tarih ve 469 sayılı yazınız.

Enstitünüz Ebelik Programı yüksek lisans öğrencisi Nafiye ÇELEBİ'nin "Doğum Salonlarında Çalışan Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Uygulamasına Yönelik Düşüncelerin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait, uygulama kısmı anketinin İlimiz Merkezindeki Doğum Servisi bulunan Kamu ve Özel Hastanelerde uygulama izin talebinizi içeren ilgi yazınız incelenerek, söz konusu anketin ilgi yazınız ekinde gönderilen örnek şekliyle uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Mehmet KURT
Vali a.
Vali Yardımcısı

12.11/07 S.SERBES
12.11/07 Yat.Ted.Hiz.Şub.Müd.V.Dr.A.GERÇEK
.../.../07 İl Sağ.Müd.Yard.Dr.Ş.KASIMOĞLU
.../.../07 İl Sağ.Müd.Dr.Hasan AYDINLIK

Kocaeli Sağlık Müdürlüğü Yataklı Tedavi Hizmetleri Şubesi
Kemalpaşa Mah.İnönü Cad.No:78 İzmit/KOCAELİ
Tel: 0262 321 10 36 / 116 / 170 Fax: 0262 322 24 43

Bilgi için :S.SERBES
E-posta :kocaeli.yths@saglik.gov.tr
Elektronik ağ :www.kocaelism.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgileri

Adı Soyadı : Nafıye ÇELEBİ
Doğum Yeri ve Tarihi : Hekimhan/MALATYA-02.10.1983
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-Posta Adres : nafıyECELEBi@Yahoo.com

Eğitim Bilgileri

Lise : Karamürsel Yabancı Dil Ağırlıklı Lise,
Lisans : Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Yüksek Lisans : Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

İş Tecrübesi

Ebe : Özel İstanbul Medipol Hastanesi, 2005
Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007
Ereğli Sağlık Ocağı, 09.07.2007--