

164052



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## VAGİNAL DOĞUMLARDA PERİNE MASAJININ ETKİNLİĞİ

F. DENİZ SAYINER  
DOKTORA TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

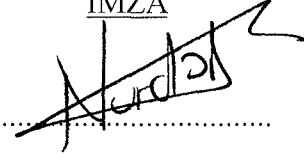
İSTANBUL - 2005

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

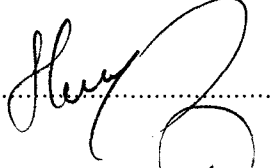
Doktora öğrencisi Deniz SAYINER'in, çalışması jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

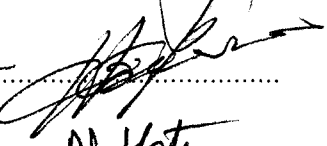
Tez Danışmanı : Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ  
Üniversitesi : Marmara



Üye : Prof.Dr. Hediye ARSLAN  
Üniversitesi : Marmara



Üye : Prof.Dr.Hacer KARANİSOĞLU  
Üniversitesi : İstanbul  
~~Marmara~~



Üye : Yrd. Doç. Dr. Nevin H. Şahin  
Üniversitesi : İstanbul  
~~Doç.Dr.Nezih KIZILKAYA~~



Üye : Doç.Dr.Orhan ÜNAL  
Üniversitesi : SB.Lütfi Kırdar Eğt.Arş.Hast.



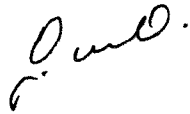
ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 05 / 04 / 2005 tarih ve 03 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS  
Müdür Y.

Müdür Yardımcısı

Doç.Dr. Gülden Z. Omurtag



## TEŞEKKÜR

Kişisel ve akademik gelişimime verdiği her türlü katkı için danışmanım sayın **DOÇ.DR. NURDAN DEMİRCİ'YE**,

Çalışmamı yapabilme imkânı sunan Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İdaresine,

Öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı sayın **PROF. DR.HEDİYE ARSLAN'A**,

İstanbul'da sadece evini değil gönlünü de bana açan arkadaşım **ZÜBEYDE EKŞİ'YE** ve **AİLESİNE**,

Yardımları ve desteği için **YARD. DOÇ. DR. NEDİME KÖŞGEROĞLU'NA**,  
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bölümünden **YARD. DOÇ DR. CANAN DEMİRÜSTÜ'YE**

Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu'na  
Araştırmam için her türlü kolaylığı sağlayan Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Başhekimliğine, idarecilerine, ebe ve hemşire meslektaşlarıma,

Zeynep Kamil Sağlık Yüksek Okulu personeline,  
Dostluk ve destekleri için sayın **ETEM HAKAN ERGEÇ, MURAT YURDAKUL** ve **YASEMİN AKTAN'A**

En güzel zamanlarında uzak kalmak zorunda kaldığım **OĞLUM MERT CAN**  
ve **KIZIM SELCAN'a**

Sonsuz desteği için sevgili eşim **ALİ'YE**  
ve **YAŞAMIMA KATKISI OLAN HERKES'E**

TEŞEKKÜR EDERİM.....

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER .....	II
RESİM ve TABLOLAR LİSTESİ.....	IV
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY .....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. PELVİK TABAN ve PERİNEİN ANATOMİSİ.....	5
4.1.1.Pelvik Taban .....	5
4.1.1.1. Yüzeysel Musculo Aponevrotik Tabaka.....	5
4.1.1.2. Orta Musculo Aponevrotik Tabaka.....	6
4.1.1.3. Derin Musculo Aponevrotik Tabaka .....	7
4.1.1.4. Centrum Tendineum Perine-i .....	8
4.1.1.5. Pelvik Fasyalar.....	8
4.1.2. Perine .....	10
4.2. PERİNEAL TRAVMA .....	11
4.2.1. Epizyotomi.....	12
4.2.1.1. Epizyotominin Tanımı Ve Tarihçesi.....	12
4.2.1.2. Epizyotomi Çeşitleri .....	14
4.2.1.3. Epizyotomi Komplikasyonları.....	15
4.2.1.4. Epizyotominin Perine Hasarını Önlemede Rolü .....	16
4.2.1.5. Epizyotomi Maliyeti .....	18
4.2.2. Yırtıklar.....	21
4.2.3. Perineal Travmalarda Yaşam Kalitesi .....	21
4.3. MASAJ .....	23
4.3.1. Masajın Tanımı.....	23
4.3.2. Masajın Etkileri.....	24
4.3.2.1. Genel Etki.....	24
4.3.2.2. Boşaltıcı Etki.....	24
4.3.2.3. Humoral Etki .....	24
4.3.2.4. Sinirsel Etki.....	25

4.3.2.5. Mekanik Etki .....	25
4.4. PERİNE MASAJI.....	27
4.5. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ.....	29
4.6. PRENATAL PERİNE MASAJININ KANIT TEMELLİ UYGULAMA OLARAK İNCELENMESİ .....	30
4.6.1. Kanıt Temelli Uygulama Nedir .....	30
4.6.2. Perine Masajının Kanıt Temelli İncelenmesi.....	32
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	35
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	35
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ .....	35
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	36
5.4. VERİ TOPLANMASI.....	37
5.4.1. Veri Toplama Araçları.....	37
5.4.2. Uygulama.....	38
5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	39
5.6. ARAŞTIRMA ESNASINDA KARŞILAŞILAN OLUMLU DURUMLAR.....	39
5.7. ARAŞTIRMA ESNASINDA KARŞILAŞILAN OLUMSUZ DURUMLAR.....	39
5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	39
6. BULGULAR.....	40
7. TARTIŞMA .....	48
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	60
8.1. SONUÇLAR.....	60
8.2. ÖNERİLER.....	61
9. EKLER.....	62
10. KAYNAKLAR .....	67
11. ÖZGEÇMİŞ.....	80

## RESİM ve TABLOLARIN LİSTESİ

### Resimler

<b>Resim 1:</b>	Süperfisyel Perine Kompartımanı.....	6
<b>Resim 2:</b>	Derin Perine Kompartımanı.....	8
<b>Resim 3:</b>	Pelvik Tabandaki Fasyaların Şematik Kesiti .....	9

### Tablolar

<b>Tablo 6.1:</b>	2002 Yılı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevinde Yapılan Vaginal Doğumlarda Epizyotomi Uygulanmasının Parite Durumuna Göre Dağılımı.....	40
<b>Tablo 6.2:</b>	Gebelerin Bazı Özelliklerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 6.3:</b>	Grupların Gebelik Sayısı Dağılımı .....	41
<b>Tablo 6.4:</b>	Önceki Doğumun Yapıldığı Yer İle Epizyotomi Uygulanma Durumunun İlişkisi .....	41
<b>Tablo 6.5:</b>	Önceki Doğumun Yapıldığı Yer İle Yırtık Olma Durumunun Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 6.6:</b>	Epizyotomi Uygulanma Durumunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 6.7:</b>	Gruplarda Yırtık Oluşma Durumunun Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 6.8:</b>	Perineal Travma Durumunun Gruplara Göre Dağılımı .....	43
<b>Tablo 6.9:</b>	Epizyotomi Uygulanması Durumunun Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi.....	43
<b>Tablo 6.10:</b>	Primiparlarda Epizyotomi Uygulanmasının Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi.....	44
<b>Tablo 6.11:</b>	Multiparlarda Epizyotomi Uygulanmasının Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi.....	44
<b>Tablo 6.12:</b>	Yırtık Oluşumunun Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi .....	45
<b>Tablo 6.13:</b>	Epizyotomi Uygulanma Durumunun Kegel Egzersizini Yapma Durumu İle İlişkisi .....	45
<b>Tablo 6.14:</b>	Multipar Gebelerde Uygulayıcı Masaj Sıklığının Kendi Kendine Masaj Uygulama Sıklığı İle Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 6.15:</b>	Primipar Gebelerde Uygulayıcı Masaj Sıklığının Kendi Kendine Masaj Uygulama Sıklığı İle Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 6.16:</b>	Masaj Grubundaki Olguların Masajı Önerme Durumu .....	46
<b>Tablo 6.17:</b>	Masaj ve Kontrol Gruplarında Epizyotomi Uygulananlarda REEDA Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	46

## 1. ÖZET

Araştırmamız prenatal perine masajının doğum esnasında perine bütünlüğünü koruyacağı, epizyotomi gereksinimini azaltacağı, perineal travma oluşsa bile yara iyileşmesini hızlandıracağı düşüncesiyle, masajın etkilerini saptamak için planlanmış randomize deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklem grubuna Eskişehir Doğum Çocuk Bakımevi'ne Ocak 2003- Mayıs 2004 tarihleri arasında başvuran gebelerden 50 gebe masaj, 50 gebe de kontrol grubu olarak alındı. Gebelere 34. haftadan itibaren haftada 1 ya da 2 kez perine masajı yapıldı ve kendilerinde nasıl yapılacağı öğretilerek yapmaları istendi. Olgulara pelvik taban kaslarını kullanabilmeleri için; kegel egzersizleri de öğretildi.

Çalışmaya katılan olgular yaş, travayda gestasyon haftası, gebelik sayısı, önceki doğumlarda epizyotomi iyileşme süresi ve yenidoğan doğum ağırlığı, şimdiki doğumda yenidoğan doğum ağırlığı, baş çevresi gibi özellikler açısından benzer özellikte idi.

Araştırmaya katılan multipar olguların %14'ünün önceki doğumlarını evde, % 86'sının hastanede yaptığı, hastanede doğum yapan gebelerden 1'ine epizyotomi uygulandığı saptanmıştır.

Masaj grubunda epizyotomi uygulanma oranı %10, kontrol grubunda %92 olarak saptanmıştır. Masaj uygulanan grupta epizyotomi uygulanma oranı istatistiksel anlamlı düzeyde azalmıştır.

Primipar gebelerin masajı sık yaptıklarında epizyotomi uygulanma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Ancak multiparlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Epizyotomi uygulanan olgularda her iki grupta yara iyileşmesi REEDA skalası ile değerlendirilerek karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Masaj yapma sıklığının yırtık oluşması ile ilişkisinde istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı, ancak masajı daha sık yapan olgulardan %94'ünde yırtık oluşmadığı gözlenmiştir.

Uygulayıcı masajı ile kendi kendine masaj yapma durumu incelendiğinde primipar gebelerin masajı yapmaya daha istekli olduğu, masajı daha az yaptıran multipar olguların kendi kendine masajı da daha az yaptıkları saptanmıştır.

Sonuç olarak prenatal perine masajı perineal travmayı azaltmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Prenatal perine masajı, Perineal travma, Epizyotomi, Perineal laserasyon, REEDA skalası

## 2. SUMMARY

### THE EFFECT OF PERINEAL MASSAGE IN VAGINAL BIRTHS

The research is a random experimental study which is aimed to determine the effects of the massage which is thought to occur the wholeness of perineum, to reduce episiotomy necessity, to accelerate wound recovery although there happens a trauma.

50 pregnant have been accepted to massage group, 50 have been accepted to controlling group of study's sample group who has applied to Eskişehir Maternity and Child Hospital in January 2003- May 2004. The pregnant have been massaged once or twice a week after 34. week and have been asked to do the massage on their own after an education. Kegel exercises have been taught to the cases to use pelvic floor muscles.

The cases included in the study have the similarities in age, gravidity week, pregnancy number, episiotomy recovery in previous birth and newborn birth weight, newborn weight in momentary birth, around the head and so on.

14 % percent of multipar cases participated in the study, have given birth at home, 86 % percent of them at the hospital and it has been determined that one of the pregnant have been performed episiotomy.

Average percentage of episiotomy performance have been determined 10%, 92% in controlling group. episiotomy performance rate in massage group has considerably reduced statistically.

Episiotomy performance rate in primipar pregnant have considerably reduced statistically when they do frequent massage. But no important difference has been determined.

Wound recovery in the cases who have been performed episiotomy has been evaluated and compared with REEDA scale and no considerable difference has been determined between them.

There hasn't been a statistical considerable difference in torn arise in relation with massage frequency, however, it has been observed that 94% percent of cases doing the massage more often haven't faced with torn case.

When the case of practising massage and self massage have been examined, it has been found out that primipar pregnant are more eager to do massage and that multiple cases who have been taken less massage do less massage on their own.

**Keywords:** Prenatal perineal massage, Perineal trauma, Episiotomy, Perineal laceration, REEDA scale

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada her yıl 210 milyon kadın gebe kalmakta ve bunların %15'inde gebelikle ilgili bir komplikasyon, %1,7'sinde ise ölümcül komplikasyon gelişmektedir (89).

Sağlıklı bir doğum, güç olmayan doğal bir olaydır. Ancak doğumda karşılaşılabilecek tehlikeli durumların önlenmesi ve bunlar olduğunda gerekli işlemlerin zamanında yapılması anne ve yenidoğan sağlığı açısından son derece önemlidir. Doğum öncesi bakım, annelerin ve doğacak bebeğin sağlıklı olmalarını kolaylaştıran en etkin sağlık hizmetidir. Doğum öncesi dönemdeki izlemlerde amaç kadının gebelik, doğum ve sosyal yaşamı ile ilgili risk faktörlerini ortadan kaldırmak, gebelikte oluşabilecek riskleri erken tanımak ve bunlarla ilgili önlemler almaktır (8, 115, 110).

İnsanlığın varoluşundan bugüne kadar süregelen çeşitli araştırmalar ve incelemelere karşın doğum öncesi dönemde ve doğum eyleminde yapılan çeşitli girişimlerin tüm toplumlarda aynı şekilde uygulanmadığı bilinmektedir (115).

Normal doğumu daha güvenli ve nitelikli hale getirmek için iyi niyetli çabalar ve araştırmalar sonucunda; aslında normal doğuma yardımcı olmayan, uygunsuz zamanda yapılan ya da uygun olmayan, gereksiz birçok müdahale uygulanır hale gelmiştir (115, 126).

Nitelikli doğumda amaç, sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleştirilmesidir. Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. Normal doğumlarda nitelikli sağlık hizmeti sunacak en uygun sağlık ekibi üyesinin ebe olduğu düşüncesi, DSÖ tarafından da desteklenmektedir (115, 126).

Doğum sırasında oluşabilecek perineal travma, annenin sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından ciddi risk oluşturabilir. Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur. Epizyotominin yaygın kullanımı ise kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırmıştır (59). Yıllardan beri doğumda ağrı ve sıkıntılı durumları hafifletecek pek çok teknik ve uygulama üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Son yıllarda epizyotominin sınırlandırılması gerektiğini ifade eden pek çok çalışma vardır. Özellikle perineal travmaları azaltarak doğum anında daha az kanamanın

olması, doğum sonu kanamayı ve perineal bölgede ağrı ızdırabı azaltıp annenin yeni rolüne uyumunu kolaylaştırmak bu çalışmaların yapılmasındaki temel amaçtır (29, 59, 69, 70, 105).

Perineal travmayı önleyerek, perinenin bütünlüğünü korumak ve postpartum fonksiyonlarını hızla yeniden kazandırmak amacıyla önerilen girişimlerden biriside prenatal perine masajıdır. Prenatal perine masajı yapmak için en uygun sağlık ekibi üyesi olan ebelerin prenatal perine masajın ne zaman ve nasıl yapıldığını bilmesi ve uygulayarak perineal travmayı azaltması gerekir (29, 59, 69, 105).

Kayganlaştırıcı özelliği olan bir yağlı madde ile yapılan perine masajı, vagina çevresindeki kaslara ve dokulara yapılan masajı ifade eder. Dokulara ve kaslara elastikiyet kazandırmada ve rehabilitasyonda önemli etkileri olan masajın, perineal bölgedeki doku ve kaslara da benzer etkileri sayesinde vaginal doğumlarda olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir (14, 29, 59, 69, 70, 105).

Bu araştırmadaki amaç; prenatal perine masajının vaginal doğum yapan kadınlarda perine bütünlüğünü korumada, epizyotomi uygulamasını azaltmada ve yara iyileşmesinde etkilerini saptamaktır.

### **Hipotezler**

Prenatal perine masajı:

- Doğum esnasında perine bütünlüğünü korur, intakt perine oranını artırır.
- Epizyotomi gereksinimini azaltır.
- Perineal travma oluşsa bile yara iyileşmesini hızlandırır.

## 4. GENEL BİLGİLER

Perine masajının vaginal doğumlarda etkinliğinin anlaşılabilmesi için pelvik taban ve perineyi oluşturan sistem ve yapıların anatomisinin ve normal vaginal doğumdaki fonksiyonunun bilinmesi gerekir.

### 4.1. PELVİK TABAN ve PERİNENİN ANATOMİSİ

#### 4.1.1. Pelvik Taban

Pelvik tabandaki her bir organ sistemi (üriner, genital ve intestinal) pelvisi geçerek kendi doğal açıklıkları ile dışarı açılmaktadır. Bu nedenle, bu sistemler fonksiyon ve anatomik destek bakımından birbirleri ile karmaşık bir ilişki içindedir (49).

Pelvik tabana önden bakıldığında, görünümü üstte simphisis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina isciadaların sınırlandığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Tuber iskiadikumlar arasından geçen bir çizgi perineyi ön (ürogenital) ve arka (anal) olmak üzere iki üçgene ayırır (23, 24, 49, 110). Ürogenital üçgende klitoris, üretra ve vaginal açıklık yer almaktadır. Pelvik tabanda dıştan içe doğru cilt ve cilt altı geçildikten sonra üç tip kas tabakası yer almaktadır.

- 1.Yüzeysel Musculo Aponevrotik Tabaka
- 2.Orta Musculo Aponevrotik Tabaka
- 3.Derin Musculo Aponevrotik Tabaka (2, 6, 23, 24, 26, 119).

#### 4.1.1.1. Yüzeysel Musculo Aponevrotik Tabaka

Bu tabaka dört farklı kastan meydana gelmiştir.

#### **Musculus Bulbocavernosus (Musculus Constrictor Cunni):**

Vaginanın girişini iki yandan, ön ve arkadan birleşmeden sarar. Sadece yüzeysel lifleri klitorisin arkasında birleşir. Derin lifler Centrum Tendineum da sonlanır. Yüzeysel lifler perinede çaprazlaştıktan sonra Musculus Sfinkter Ani Externus liflerine karışır. Sinirini Nervus Pudendalis'ten alır. Klitorisin ereksiyonuna yardım eder. Vaginal açıklığı daraltır (2, 6, 24, 49, 129).

#### **Musculus İschiocavernosus:**

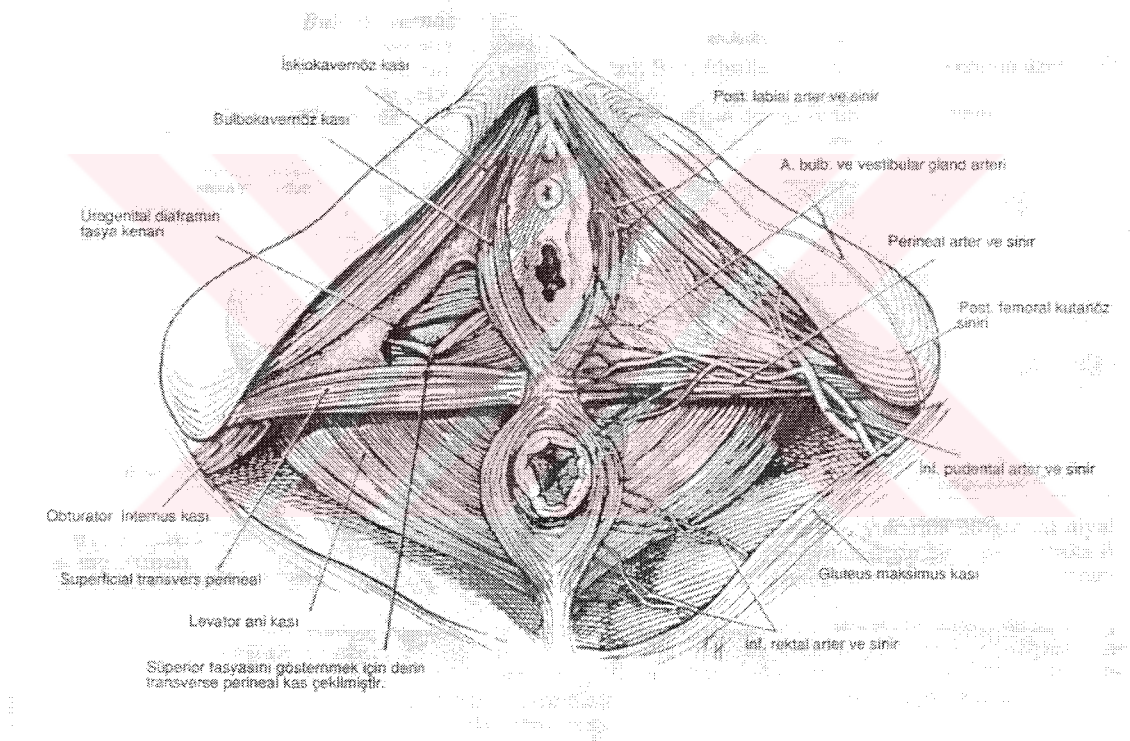
Tuber ischiadicum'dan başlar. Crus Clitoridis'e ulaşarak sonlanır. Siniri Nervus Pudendalis'ten alır. Klitorisin ereksiyonuna yardım eder.

### **Musculus Transversus Perine-i Süperficalis:**

Vulvanın arka kısmı ile anüsün ön kısmı arasında bulunan ve Centrum Tendineum denilen bölgede başlayıp pubisin inen kollarına doğru uzanan ve inen kolun alt kısmı ile Tuber İschiaducum'da sonlanan bir kastır. Nervus Pudendalis tarafından inerve edilir. Ürogenital Diyaframın arka kısmını kuvvetlendirir.

### **Musculus Sphincter Ani Externus:**

Yüzeysel lifleri Koksiksin ucu ve Ligamentum Anococcygeum'dan başlar. Centrum Tendineum'da sonlanır. Derin lifleri ise Centrum Tendineum'dan başlar, anüsü çevreler ve birbirlerine karışarak sonlanır. Nervus Rectalis İneriör'den sinirini alır.



**Resim 1: Süperfisyal perine kompartmanı (2)**

#### **4.1.1.2. Orta Musculo Aponevrotik Tabaka**

Üçgen şeklinde olup tabanı Tuber ischiadicumlar arasında uzanan hat ve tepesi ise symphysis altına uzanır. Bu tabakada bulunan kaslar aşağıda sıralanmıştır (2, 129).

### **Musculus Transversus Perine-i Profundus:**

Arcus pubisten enine doğru uzanır. Ligamentum Arcuatus Pubis ve Ligamentum Transversus perine-i bu oluşumu destekler. Arkada Centrum Tendineum ile birleşir.

Üretra ve vaginayı saran hüzmeler gönderir. Kasıldığı zaman vaginayı daraltır ve üretrayı tespit eder. Pelvik diyaframın ön bölümünü alttan kuvvetlendirir. Sinirini Nervus Pudendalis ve Nervus Klitoridis'ten alır (2, 129).

#### **Musculus Sphincter Ürethra Diaphragmatica:**

Üretra'yı sarıp os pubise tutunur. Bazı lifleri Musculus Transversus Perine -i Profundusun yapısına karışır. Sinirini Nervus Dorsalis ve Nervus Klitoridis'ten alır.

Birinci ve ikinci musculoaponevrotik tabakalar Ürogenital Diyafram olarak ta adlandırılmaktadır (2,130).

#### **4.1.1.3. Derin Musculo Aponevrotik Tabaka (Pelvik Diyafram)**

Pelvik organların ve endopelvik fasyanın hemen altında pelvik diyafram adı verilen ve abdominal pelvik kaviteye primer destek sağlayan çizgili kas tabakası yer almaktadır. Süperior ve inferiör fasyalarla beraber levatör ani ve koksigesus kaslarını içerir. İskiorektal fossanın tabanını oluşturur ( bkz. Resim 2) (2, 129).

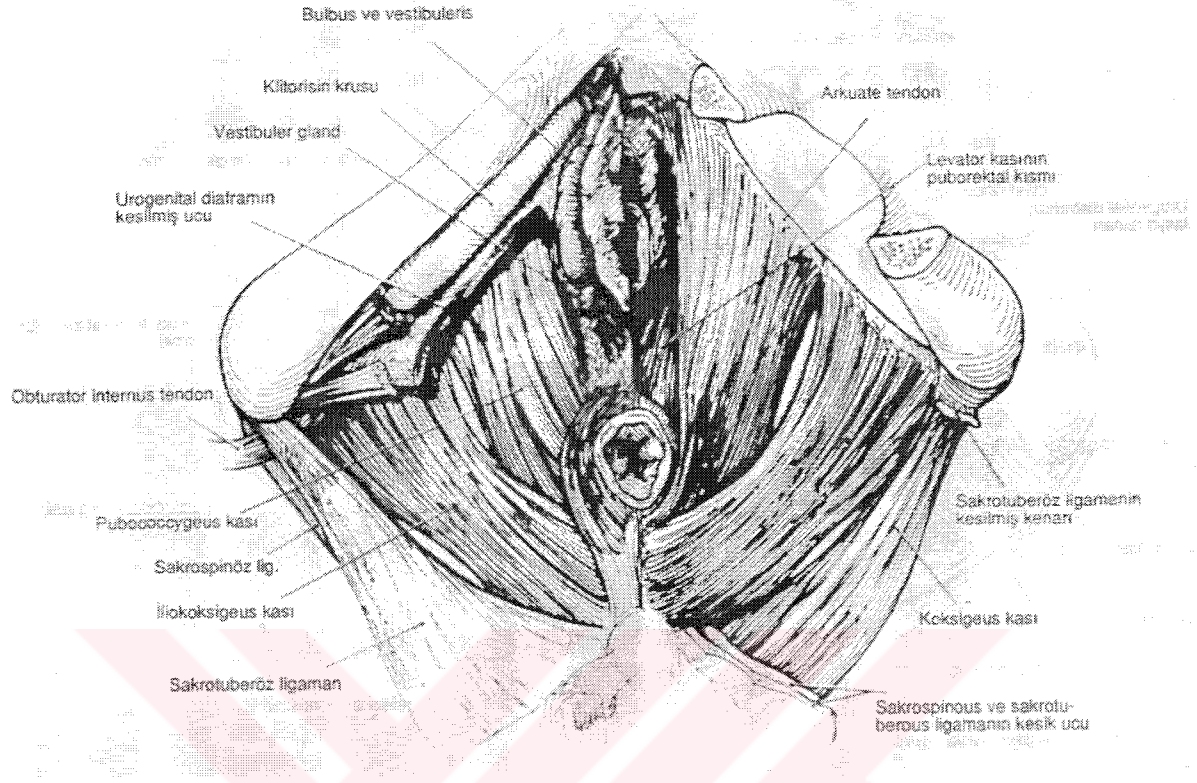
#### **Musculus Levatör Ani:**

Pelvik organ desteğinde en önemli görevi levatör ani kas grubu üstelenmektedir. Önde oS Pubisten başlayıp spina ischiadicalara doğru uzanır. Üç ayrı bölümden oluşur

- 1.Musculus puborektalis,
- 2.Musculus İliokoksigeus,
- 3.Musculus pubovaginalis.

Bu kaslar orijin aldıkları yerlerden aşağıya ve içe doğru yönelerek orta hatta yaklaşırlar. Arkada sakrumun alt ucu ve koksiks hizasında Centrum Tendineum'da birleşir. Bazı lifleri anüs ile perine arasındaki kısımda toplanırlar (Luschka lifleri).

Musculus Puborektalis'in sağ ve sol hüzmeleri arasında meydana gelen, üretra ve vaginanın geçmesine izin veren açıklık, Hiatus Genitalis olarak adlandırılır. Pelvis tabanının en kuvvetli tabakası olan M.Levatör Ani'nin görevi, pelvik organları taşımaktır. Musculus Levatör Ani kasıldığı zaman rektum ve vagina pubise doğru çekilir. Musculus Sfinkter Ani Externus kasıldığı zaman anüs ve rektumun en aşağı kısmı arkaya doğru çekilir. Bu iki kasın kasılma özelliği sayesinde rektum kapalı tutulur. Nervus Pudendalis ve Nervus Koksiks tarafından innerve edilir. Musculus Levatör Ani koksiksten öne doğru Arcus Pubis'e uzanarak Levator plağını oluşturur. Gerek uterus ve gerekse rektumun uzun eksenleri Hiatus Genitalis'e doğru değil de Levator plağına doğrudur (2, 6, 13, 24, 26, 49, 121, 129).



**Resim 2: Derin perine kompartmanı (2)**

#### **Musculus Koksigeus:**

Spina iskiadan başlayıp son sacral vertebraya ve koksikse uzanır. Hem orijin hem de insersiyon noktası hareketsiz sabit yapılar üzerinde olan bir kastır. Sakro spinöz ligament üzerinde yer alır. Arka pelvik segmentin desteklenmesine yardımcı olur. Musculus Koksigeus, Musculus Levatör Ani ile birlikte pelviste bulunan organları destekler karın içi basıncın artmasına karşı koyar. Nervus Pudendalis tarafından innerve edilir (2, 6, 13, 24, 26, 31, 49, 121, 129).

#### **4.1.1.4. Centrum Tendineum Perine-i**

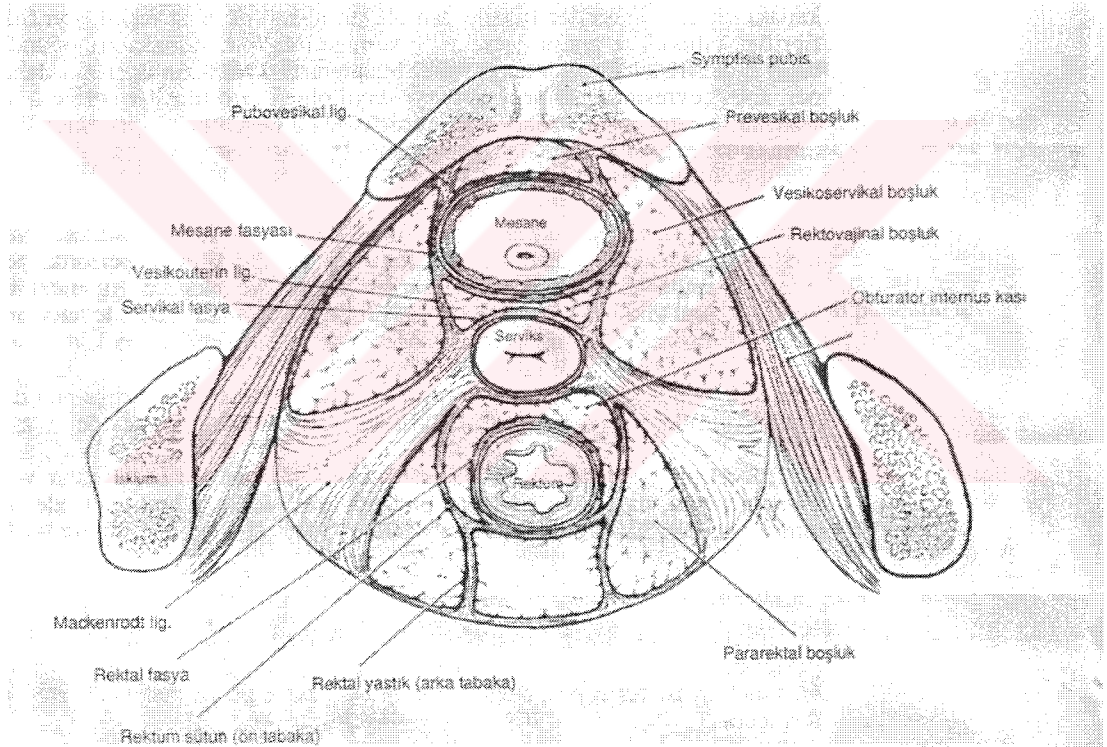
Hemen hemen bütün pelvik taban kaslarının birleşme yerinde düğüm şeklindeki giriş yapısıdır. Burada Musculus Sfinkter Ani Externusun ön parçası ve Musculus Transversus Perine-i Profundus'un arka kenarı ile iç içe geçer. Bu yapıya Musculus Levatör ani ve Musculus Bulbocavernosus da katılır (2, 129, 130).

#### **4.1.1.5. Pelvik Fasyalar**

Endopelvik fasya, pelvik organların etrafındaki bağ dokusu yoğunlaşmasından meydana gelir. Endopelvik fasya pelvis girimine doğru yönelir. İkiye ayrılır. Bir bölümü

Musculus Obturatorus Internus'u örterken diğeri bu kasın altına girer. M.Obturatorus internusun orta kısmında fasya kalınlaşır ve Arcus tendineus'u oluşturur. Buradan sonra ikiye ayrılarak Musculus Levatör Ani'nin alt üst yüzeyine uzanır. Endopelvik fasya uterusun iki yanında ve özellikle serviks seviyesinde giderek yoğunlaşır. Uterusu pelvis yan duvarlarına bağlar.

Retinaculum uteri adı verilen bu oluşumun içinde arteria ve vena uterina ve uterusu ait sinir lifleri geçer. Retinaculum uteri pelvis yan duvarlarından içe, ortaya doğru uzanırken dört fasyaya ayrılır. Bunlardan ilki mesanenin önüne, ikincisi mesane ve vagina arasına, üçüncüsü vagina ile rektum arasına ve dördüncüsü ise rektumun arkasına doğru uzanır. Bu dört tabakanın başlangıç kısmı Ligamentum Latumun kaidelerini oluşturur (2, 6, 24, 26, 31, 49, 130).



**Resim 3: Pelvik tabandaki fasyaların şematik kesiti (2)**

Ligamentum latum, levatör fasyasının superior kısmının iç yüzünden başlar. Pelvisteki organları destekler. Önde pubise doğru uzanarak Ligamentum Pubovesikale'yi ve yanlarda Ligamentum Cardinale'yi yapar. Levatör kasının üzerinde bulunan superior levatör fasyası, Musculus Levatör Ani'nin serbest kenarını örterek ürogenital diyaframın derin fasyası ile birleşir. Ürogenital diyaframın alt yüzünü örten fasya, Fasya Diaphragmatis Ürogenitalis Inferior (Colles fasciası) adını alır. Colles

fasyası bir yanda Musculus Levatör Aninin alt yüzünü örten fasya ile ilişkili iken diğer yandan simphisin önünden geçerek karın ön duvarında Campers ve Scarpa fasyası olarak uzanır (resim 3) (2, 7, 26, 129).

#### **4.1.2. Perine**

Perineum terimi daha çok vulva ile anüs arasında kalan bölge için kullanılmaktadır (2, 31, 60, 65, 129).

Perineum apertura, pelvis inferiörü kapatan pelvik diyaframın alt katını oluşturur. Bu bölgenin sınırlarını önde Ligamentum Arcuatum Pubis, ön yanlarda ramus inferiör ossis pubis, ramus ossis ischii, arka yanlarda tuber iskiadikalar, ligamentum sacrotubuler ve arkada koksiksin ucu yapar. Eşkenar dörtgen şeklindeki bu bölge tuber iskiadikalardan geçen horizontal bir çizgi ile ön ve arka olmak üzere iki üçgene ayrılır. Öndeki üçgende dış genital organlar bulunduğu için Trigonium Urogenitale, arkadaki üçgende canalis analis ve anüs bulunduğu için Trigonium Anale denir. Trigonum urogenitale içinde üretra ve vagina yer almaktadır (2, 13, 24, 31, 129).

Trigonium ürogenitale, perineumun ön üçgenidir. Burada kadınlarda dış genital organları yer alır.

Trigonium urogenitale tabakaları: (Dıştan içe doğru)

1. Deri
2. Fascia perine -i süperfacialis (Yüzeysel perine fasyası)
3. Spatum Süperfaciale Perine-i (Yüzeysel perine aralığı)
4. Spatium Profundum Perine-i (Derin perine aralığı) (2, 129)

#### **Fascia Perine-i Süperfacialis (Yüzeysel perine fasyası)**

Yüzeysel ve derin olmak üzere iki fascia'dan oluşur. Yüzeysel yaprak yağ dokusundan zengin olup karın ön duvarı fasciasının derin yaprağı olan Scarpa fasyasının devamıdır. Bu fasya perinede Colles fasyası adını alır ve yüzeysel perine aralığındaki kas ve oluşumları sarar (2, 129).

#### **Spatum Süperfaciale Perine-i (Yüzeysel perine aralığı )**

Yüzeysel perine fasyası ve fasya diyaframa urogenitalis inferiör arasında bulunan aralıktır. Bu aralıkta Musculus Transversus Perine-i süperfacialis, Musculus iskiocavernosus, Musculus Bulbospongiosus, Crus clitoridis, Bulbus vestibuli, Glandula Vestibularis yer alır (2, 129).

### **Spatium Profundum Perine-i (Derin perine aralığı)**

Fasya diyaframa ürogenitalis süperior ve fasya diyaframa ürogenitalis inferior arasında kalan aralıktır. Bu aralıkta Musculus Transversus Perine-i Profundus, Musculus Sphincter Üretra, üretranın membranöz kısmı, damar ve sinirler bulunur.

Spatium profundum Perine-i, fasya diaphragma urogenitalis süperior, fasya diyaframa ürogenitalis inferiör ile birlikte diyaframa ürogenitale olarak adlandırılır.

Fasya diyaframa ürogenitalis süperior ve fasya diyaframa ürogenitalis inferiör önde birleşerek ligamentum transversum perineyi, arkada birleşerek ligamentum transversum pelvisi meydana getirir.

Trigonum Anale, perinenin arka kısmını oluşturan üçgen tabakadır. Tüber iskiadikalarn ön uçlarını birleştiren çizgi, bu üçgenin tabanını, koksiksin ucu üçgenin arkada yer alan tepesini oluşturur. Trigonium anale içinde; anal kanal, anüs, Musculus Sphincter Ani Eksternus bulunur. Bu üçgenin yan kısımlarında Fossa İschio Rektalis çukuru bulunur (2, 129).

### **4.2. PERİNEAL TRAVMA**

Perineal travma doğum sırasında kendiliğinden yada epizyotomi gibi cerrahi insizyonla genital bölgede oluşan bir yara (hasar) olarak tanımlanabilir. Doğum sırasında perineal travma sıklıkla görülen bir durumdur (9, 16, 29, 36, 55, 59, 69, 97, 105).

Johnson (59) ile Gomme ve ark. (44), İngiltere ulusal verilerine göre 90-95 yılları arasında vaginal doğum sırasında kadınların %85'inden fazlasında çeşitli derecelerde perineal travmaya maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Johnson (59), İngiltere'de vaginal doğum yapan kadınların %85'inde perineal travma görüldüğünü ve 2/3 'ündenden fazlasında ise suture olduğunu belirtmiştir.

Perineal travmanın, postnatal dönemde olduğu kadar daha sonraki uzun dönemde de kadınlarda sosyal, psikolojik, fizyolojik etkileri olabilmektedir. Ağrılı cinsel ilişki, üriner ve fekal inkontinans, sürekli perineal ağrı uzun dönemde ortaya çıkabilecek etkilerindendir. Perinesi intakt (sağlam, bozulmamış) olanlarda bu sıkıntılarının daha az olduğunu ifade eden araştırmalar vardır (4, 13, 35, 41, 69, 96).

İnsizyon açılmaksızın kendiliğinden oluşan perineal travmalara yırtık, insizyonla oluşan perineal travmalara ise epizyotomi denir (59).

## 4.2.1. Epizyotomi

### 4.2.1.1. Epizyotominin Tanımı ve Tarihçesi

Epizyotomi doğumu kolaylaştırmak amacı ile kulvar orifisi genişleterek, fetüsün gelen kısmının perineden sıyrılmasını kolaylaştıran pudental insizyonun genel adıdır (6, 9, 13, 16, 26, 36, 54, 109, 110).

Rutin epizyotominin yeri tartışmalı olsa da en önemli endikasyonu, 3.<sup>o</sup> ve 4.<sup>o</sup> perine laserasyonlarının önlenmesi ve müdahaleli doğum sırasında doğumu kolaylaştırmasıdır.

Endikasyonları;

- Perineal laserasyonun önlenmesi
- Operatif (müdahaleli) vaginal doğum
- Makat prezantasyonu
- İkiz gebelik
- Fetal makrozomi
- Omuz distosisi
- Preterm doğum

Epizyotomi; travayın ikinci evresi sonunda, bulbo-kavernöz kasına yapılan, cerrahi insizyondur. Uygulama amacı; doğumu kolaylaştırmak, travayın ikinci evresini kısaltarak fetal asfiksi oranını düşürmek, fetal başı baskıdan kurtarmak, perine yırtıklarını önlemek ve pelvis taban kaslarını korumaktır (6, 9, 16, 26, 36, 55, 60, 110).

Epizyotomi, obstetrik müdahaleler içinde en yaygın kullanılan uygulamadır. Ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise 90%'nından fazlasında epizyotomi uygulanmaktadır (62). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak tüm vaginal doğumların %40' ına epizyotomi uygulanmıştır (120, 123, 124).

2003 TNSA verilerine göre her 5 kadından birisi doğumunu evde yapmıştır (116). Ülkemizde evde yapılan doğumlarda yapılan girişimlerin kayıtları sağlıklı ve güvenilir şekilde tutulmamaktadır. Ev doğumlarında doğuma yardım eden sağlık ekibi üyesi olan ebelerin, epizyotomiye daha az tercih ettikleri ev doğumlarında daha çok spontan yırtıkların daha fazla olduğu düşünülmektedir (3). Ancak hastanede meydana gelen doğumlarda uygulanan epizyotomilerde de ilave yırtıklar meydana gelmekle

beraber kayıtlarda sadece epizyotomi belirtilmekte epizyotomiye ilave yırtıklar her zaman kayıtlarda yer almamaktadır.

Epizyotominin uzun yıllardır uygulandığı bilirse de ilk uygulama zamanı tam olarak bilinmemektedir. Epizyotomi ile ilgili ilk uygulamaların 18 ve 19.yüzyıllarda yapıldığı tahmin edilmektedir. Perineye yapılacak kesinin faydalı olacağı ilk kez 1742 yılında Oult tarafından ifade edilmiştir. Oult'un yaptığı kesinin vagina ile rektum arasında olduğu bilinmektedir (29, 119). İlk mediolateral epizyotominin 1847 yılında Dubais tarafından yapıldığı bilinmektedir. Epizyotomi kullanımı hakkında ilk yayın 1851 yılında bir cerrah tarafından "The Stetoscope and Virginia Medical" da yayınlanmıştır. Epizyotomi terimi ise ilk kez 1857 yılında Braun tarafından kullanılmıştır (29, 113, 119).

Epizyotomi 1800'lü yılların sonundan 1900'lü yılların başına enfeksiyon oranlarının yüksek olması ve anestetik ilaçların yeterli olmaması nedeni ile çok kabul görmemiştir (113, 119).

Epizyotomi ile ilgili olarak 1800'lü yılların sonundan ve günümüze kadar süren ve son zamanlarda daha da yoğun olarak devam eden bilimsel tartışmalar vardır (Clarke1889, Dwees1889, Monton1885) (29, 80, 88).

Tartışmalar sonucunda Pomeray ve De Lee arasında bir fikir birliğine varılmasının ardından rutin epizyotomi kullanılmasının yaygın hale geldiği bilinmektedir (20, 29). A.B.D'de 1979'a kadar doğum yapan tüm kadınların 62%'sinden fazlasına primipar kadınların ise 90%'ından fazlasına epizyotomi uygulandığı saptanmıştır.(20, 29).

Thacker ve Banta (112) çalışmalarında, epizyotomi kullanımına karşı çıkmış ve epizyotominin perineal travmaları korumada başarısız olmasının yanısıra yırtılmaların şiddetinde ve sayısında da artışa neden olduğu ve rutin kullanılmaması gerektiğini ifade etmiştir.

Lede ve ark. (74), epizyotominin rutin kullanılmasının herhangi bir yararlı etkisi olduğuna dair güvenilir kanıtlar olmadığını bildirmiş, üstelik bunun zararlı sonuçları olabileceğine dair açık kanıtlar olduğunu ifade etmiştir.

Renfrew ve ark. (96) 25 randomize çalışma, 4 metaanaliz, 4 prospektif ve 36 retrospektif çalışma ve 8 textbooku gözden geçirdikten sonra epizyotomi uygulanmasının sınırlandırılmasının gerekli olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Chase (20), Wall Street Journal'de yayınlanan makalesinde; epizyotominin kullanılması ile ilgili tariheyle ilgili ele almış ve son zamanlarda epizyotominin kullanılmasının sınırlandırılması gerektiğini ifade eden yayınlardan söz etmiş ve A.B.D' de epizyotomin tartışmalı bir uygulama olduğunu belirtmiştir.

Minkin (83), 1920'lerden beri her üç kadından birine uygulanan epizyotominin, yırtıkları önlemek ve küçük bir kesi ile bebeğin gelen kısmının rahatça çıkmasını sağlamak amacıyla yapıldığını, ancak epizyotomiye atfedilen yararı kesin olmadığını, epizyotominin bebeğin rahat çıkmasına bir katkı sağlamadığını, hatta yırtıkların sayısında ve şiddetinde artışa neden olduğunu belirten çalışmalardan söz etmiştir. Ayrıca doğumun 2.evresinin uzamasının sorun olmadığını bu uzamanın bebeğe zarar vermediğini, aksine kasların güçlenmesine katkısı olabileceğini ifade etmiştir.

Carroli ve Bellizan (19), sınırlandırılarak yapılan ve rutin yapılan epizyotominin karşılaştırıldığı 6 çalışmayı incelemiş ve sınırlandırılarak yapılan epizyotominin sayısız yararlarından söz etmiştir. Epizyotomi sınırlandırılırsa hastalarda posterior travma, sütür ve enfeksiyon komplikasyonlarında azalmanın olacağını, ağır perineal travmalarda ve ağrıda fark olmadığını ancak anterior travmaların arttığını ifade etmiştir.

#### **4.2.1.2. Epizyotomi Çeşitleri**

Epizyotomi median, lateral ya da mediolateral olarak uygulanabilir. Klinik uygulamada yeterli dilatasyonu sağlamadığı için, lateral epizyotomi genellikle tercih edilmemektedir (16, 22, 26, 27, 113).

Median epizyotomi; kolay onarılması, anatomik bozukluklara yol açmadan iyileşmesi ve hastalarda kan kaybı ve doğum sonu ağrının daha az olması sebebiyle tercih edilmektedir. Fakat doğum sırasında yırtılarak, anal sfinkterden rektuma kadar uzaması ve kadının doğumdan sonraki cinsel yaşamında ağrılı cinsel ilişkiye yol açma riski yüksektir. Ayrıca postoperatif ağrı ve iyileşme süresi daha kısa olup kozmetik açıdan mediolaterale göre daha uygundur. En büyük dezavantajı 3-4 derece perine yırtığına neden olmasıdır. Midline (median) epizyotomi kanlanması az olan perineal doku kesildiği için mediolaterale göre daha az kanamaya neden olur (125).

Mediolateral epizyotomide ise, sfinktere kadar uzama görülmez fakat onarımı daha güçtür, ağrı ve kaybedilen kan miktarı daha fazladır ve vakaların yaklaşık olarak % 10'unda anatomik kusurlara yol açabilir. Arteria uterina pelvik fasyada bulunduğu için mediolateral epizyotomide kanama miktarı daha fazla olabilmektedir. Bu

dezavantajlarına rağmen, yırtılarak rektuma kadar uzanma ihtimali olmadığı için ülkemizde daha yaygın olarak kullanılmaktadır (22, 109, 113).

Weeks ve Kozak (124), epizyotominin çok yaygın kullanılan bir cerrahi uygulama olduğunu, A.B.D’de 1998 yılına 1,2 milyon kişiye uygulandığını, median epizyotominin Kuzey Amerika’da daha fazla uygulanırken, Latin Amerika’da ve Avrupa’da mediolateral epizyotominin daha yaygın uygulandığını bildirmiştir.

Mediolateral epizyotomi de sırası ile:

- Cilt ve cilt altı dokusu
- İkinci vaginal mukoza
- Bulbokavernöz kası ve ürogenital septum (fasya ve musculus transversalis süperfisiyalıs)
- Pelvik diyaframın süperior fasyası
- Derin mediolateral keside levatör ani kasının puborektalisin alt kısımları kesilir (109).

#### **4.2.1.3. Epizyotomi Komplikasyonları**

Epizyotominin erken post partum dönemde komplikasyonları olabildiği gibi uzun dönemde de ortaya çıkabilecek komplikasyonları da vardır.

Erken dönemde hematoma, enfeksiyon, selülit, abse oluşumu pudental sinir hasarı, ağrı, sütür açılması, perine laserasyonunda artış yara iyileşmesinin gecikmesi, ödem, defekasyonun gecikmesi ve kanama görülebilmektedir (54). Özellikle epizyotominin literatürde çok üzerinde durulmayan ya da altı çok çizilmeyen komplikasyonu olan kanama, sezeryan ameliyatları ile aynı derecede ve bazen daha bile fazla hemogram seviyesinde düşmeye neden olabilmektedir (79, 111, 113, 118).

Wooley (126), mediolateral epizyotomi de posterior yırtık derecesi az olsada inrapartum kanamayı arttırdığını belirtmiştir.

Tekirdağ ve ark (111), mediolateral epizyotomi ile vaginal doğum yapmış hastalar ile sezeryanla doğum hastaların pre ve postpartum hemoglobin ve hematokrit değerlerindeki ortalama değişim yönünden karşılaştırdıklarında; epizyotomi uygulananlarda doğum sonrası kan değerlerindeki azalmanın, sezeryanla doğum yapan hastalara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Epizyotominin uzun dönemdeki komplikasyonları ise; rektal tonus kaybı, rektal inkontinans, pudental sinir hasarı, rekto vaginal fistül, skar dokusu ve abse oluşumu ve ağrılı cinsel ilişkidir (19, 59, 67, 74, 76, 81, 100, 112, 119, 122, 125).

Gündüz (48) çalışmasında, yapılan bir araştırmada, vaginal doğumdan sonraki 6 hafta boyunca kadınlarda ağrı ve ağrı korkusu gibi nedenlerle %7- 17,9 oranında miksiyon ve defekasyonda zorluk, %4,6 oranında ise fekal inkontinans saptadığını ifade etmiştir.

Hirsch (56), epizyotominin yararlı olmadığını özellikle median epizyotominin 3<sup>o</sup> yırtık riski taşıdığını, mediolateral epizyotominin ise postpartum ağrıya, yara iyileşmesinde gecikmeye, gaz ve dışkı inkontinasına ve nadiren de olsa fistüle neden olabileceğini, ifade etmiştir. Ayrıca epizyotomi kadar epizyotomiye uygulayan kişininde önemli olduğunu, yetersiz tekniğinde olumsuz etkileri olabileceğini ilave etmiştir.

Walfisch ve Hallak (120), çalışmasında epizyotominin, anterior travmayı önlemede fetal ve maternal açıdan başarılı bir uygulama olmadığını, maternal kan kaybını arttırdığını, posterior travmanın derinliğini ve genişliğini arttırdığını ve anal sfinkter yaralanması için önemli bir risk olduğunu bu nedenle rutin epizyotominin terk edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

#### **4.2.1.4. Epizyotominin Perine Hasarını Önlemedeki Rolü**

Epizyotomi ile ilgili olarak uzun yıllardır tartışmalar süregelse de doğum kanalını çıkımda genişletmesi ve kontrolsüz oluşabilecek onarımı zor, ciddi yırtıkları önlediği düşüncesi hala doktorların pek çoğunda yaygındır. Oysa son çalışmalarda epizyotminin pelvik taban kaslarında daha fazla yırtılmaya neden olduğu belirtilmektedir (20,59, 100, 112, 120, 125).

Perinesi rijit olan kadınlarda epizyotominin, anüse kadar uzanarak yırtıkları ve daha geç dönemde de fekal inkontinans oluşumunu attırdığı yönünde görüşler bildirilmiştir. Her ne kadar rutin epizyotominin sistosel, rektosel ve uterus prolapsusunu önlediğini savunan yayınlar çoğunlukta olsa da son zamanlarda yapılan meta analitik çalışmaların sonucuna göre koruyucu etkinliği tartışmalıdır. Özellikle pelvik relaksasyon gelişimi açısından incelendiğinde epizyotomi yapılan ve yapılmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (41, 42, 52, 82, 107).

Eltorkey ve Nuaim (37), sınırlandırılmış epizyotomi ve rutin epizyotomi uygulanmış vakaları inceledikleri çalışmanın sonucunda, perinede yırtık oluşmaması

düşüncesiyle rutin epizyotomiye başvurulmaması gerektiğini, özellikle primiparlarda sınırlandırılmış epizyotominin tercih edilmesini, anterior travmayı önlemede, apgar skorlarında, bebek başında travma ve 2.evrenin uzaması, açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucunu bildirmiştir.

Larson ve Roa (72), geçmişte epizyotominin ciddi yırtıkları önlediğine inanıldığını oysa şimdi karşıt olarak epizyotominin daha ciddi komplikasyonlara neden olduğunu düşünülmekte olduğunu ifade etmiştir. Epizyotomi uygulanmayan bir kadının küçük bir yırtıktan da acı çekebileceğini, ancak bunun epizyotomi için tercih nedeni olmaması gerektiğini, spontan yırtığı olan kadınları daha az acı yaşayacağını ve kaslarının daha iyi güçlenip postpartum cinsel sorunlarının daha az olacağını belirtmiştir.

Wooley (125), epizyotominin tek avantajının anterior yırtılmaları önlemesi olduğunu ve intrapartum hemorajiyi arttırmak gibi ciddi tehlikelerinin yanında bu avantajının önemsiz kaldığını belirtmiştir.

Walling (122), pelvik kaslara zararı azaltmak için epizyotomiye savunanların olduğunu ancak intakt perine ile doğum yapanlarda pelvik kasların daha güçlü olduğunu, cinsel memnuniyetin daha iyi olduğunu ortaya koyan çalışmalar olduğunu ifade etmiştir.

Fleming ve ark.(41), doğumdan sonraki 6.ayda kadınların elektromyografik perineometri ile perineal kas fonksiyonlarını ölçtükleri çalışmada, epizyotomi uygulanan vakalarda; perineal kas fonksiyonlarında azalma tesbit ettiklerini ve epizyotominin perineal kas fonksiyonlarını korumada etkili olmadığını saptamıştır.

Sylvie (82), epizyotominin ciddi yırtıkların önlenmesinde, pelvik kasların daha hızlı iyileşmesinde, kasların relaksasyonunda, spontan yırtıkları izleyen hastalıkların azaltılmasında etkisi olduğuna dair açık kanıtlar olmadığını belirtmiş ve ilk doğumunda perineal travma deneyimleme durumunun sonraki doğumda perineal travmaya maruz kalma riskini arttıracığı için primipar gebelerde rutin epizyotomiden vazgeçilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Kovacs (68), primipar gebe grubu ile yaptığı çalışmanın sonucunda; epizyotomi uygulanmayan grupta perinenin daha iyi korunduğunu ve apgar skorunun epizyotomiden etkilenmediğini tesbit etmiştir.

Korczynski (67), literatürdeki çalışmalarını yeniden gözden geçirerek epizyotominin risklerini ve yararlarını incelemiştir. Perineal travmanın komplikasyonlarının tartışılması gerektiğini, perineal travmanın üriner inkontinans ve cinsel disfonksiyona neden olabileceğini bu yüzden perineal travmadan sakınmak için yeni teknikler geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Slepp ve Grant (104), İngiltere’de yaptıkları çalışmada vaginal doğumlarda sınırlandırılmış ve rutin epizyotomi uygulanmış iki grubu karşılaştırmış ve her iki grupta üriner inkontinans ve cinsel ilişkide ağrı deneyimi açısından farklılık bulamadıklarını ifade etmiştir.

Sartore ve ark. (100), anal ya da üriner inkontinans insidansı açısından epizyotomi uygulanan ve uygulanmayanlar arasında farklılık olmadığını belirtmiştir.

Henriksen ve ark.(52), anal sfinkterde yırtık insidansının epizyotomi uygulananlarda daha fazla olduğunu ve epizyotomi kullanımı ile ilgili düşüncelerin değiştiğini tesbit etmiştir.

Klein (66), epizyotominin doğum sırasında yaygın ve rutin kullanımının tartışılması gerektiğini, sanki epizyotomisiz doğum olmazmış gibi bir düşüncenin doğru olmadığını ifade etmiştir.

Coats ve ark.’ları (22), yaptıkları çalışmada 407 primipar gebeden oluşan çalışma grubunda median epizyotomi uygulanan olguların %11’inde anal sfinkter ve rektal mukoza hasarı geliştiğini, medio lateral epizyotomide anal sfinkterde ve rektal mukozada hasar oranının % 2 oranında olduğunu saptamışlardır.

Yukarıda belirtilen çalışmaların bulguları ışığında epizyotomi, perineal yırtıkların önlenmesinde ve perineal fonksiyonların korunması ve yeniden kazanılmasında etkin bir metod değildir. Günümüzde yaklaşım, rutin epizyotominin perineal bütünlüğü sağlayamadığı, aksine arttırdığı görüşüdür. Bu nedenle perine koruyucu doğum tekniklerinin kullanımı söz konusudur (3, 20, 59, 66, 78).

Lu (78), epizyotominin sınırlandırılması ve perineyi koruyucu alternatif tekniklerin denenmesi gerektiğini belirtmiştir.

#### **4.2.1.5. Epizyotomi’nin Maliyeti**

En yaygın obstetrik cerrahi girişim olan epizyotomi sağlık giderlerinde önemli bir paya sahiptir. Bir hastalığın maliyetini sadece sağlık hizmetlerine harcanan para olarak tanımlamak doğru değildir. Maliyet üç bileşene sahiptir.

- Direkt maliyetler; kişisel giderler (yara iyileşmesinde ve enfeksiyondan korunmada kullanılan antibiyotikler, antiseptikler, sarf malzemeler vs.)
- İndirekt maliyetler; ev ve ev dışındaki işlerde üretim kaybı, bakıma ihtiyaç duyma
- Manevi kayıplar; ölçülmesi en zor olanı olup yaşanan sıkıntı ve ruh sağlığın bozulmasını içerir (84, 91).

Bir sağlık kurumunun ana hedefi, sağlığı maksimum düzeye çıkarmak ve kaynakları korumaktır. Bu ise değişimi zorunlu kılar. Değişikliğin oluşması için baskı yaratabilmek dolayısı ile harcamaların yönetiminde maliyet bilinci ile maliyeti önlemek arasındaki farkı anlamak çok önemlidir. Maliyet bilinci, bireyi gözetmesinin yanı sıra yarar ve risk analizlerini içeren mevcut araştırmaların dikkatle gözden geçirilmesine temellenen insan kaynakları ve maliyetin bölüştürüldüğü bir felsefedir. Maliyeti önleme yalnızca mali hedeflere temellenirken, maliyet bilinci klinik ve organizasyon uygulamalarını içeren mali kaynakların bölüştürüldüğü bir yaklaşımdır. Maliyet bilinci ile uygun perinatal bakım sunumunda etkisi olmayan, gereksiz, uygulama ve rutinleri ayıklamak için bilgi kullanılır ve bakımı sunanların ortak bir görüşe sahip olmaları sağlanır (32, 103).

Maliyet bilinci, uygun prenatal bakım ve tedavilerde etkisiz bulunan gereksiz uygulama ve rutinleri ayıklamak için profesyonellerin oybirliği ve bilgisini kullanır. Perinatal maliyet bilinci oluşturmanın önemli bir yönü doktorlar ve hemşireler arasında doğru bir işbirliği ve iletişimi kapsamaktadır (32, 103).

Maliyet bilinci ve maliyeti önleme arasındaki farkı anlamak önemlidir. Maliyeti önleme var olan mali hedefe ulaşmak için her ne gerekirse yaparak maliyeti azaltmak veya sınırlama girişimidir. Ne yazık ki maliyeti önlemenin klinik etkisi yalnızca geçmişe bakarak öğrenebilir. Diğer yönden maliyet bilinci uzun dönemde hastayı bir bütün olarak değerlendirmesinin yanı sıra yarar ve risk analizini içeren varolan araştırmaların dikkatle gözden geçirilmesine temellenen insan kaynakları ve maliyetin bölüştürüldüğü bir felsefedir (103).

Epizyotomi perinatal dönemde yapılan rutin uygulamalardan birisidir. 21. yüzyılda kaçınılmaz bir olgu olan değişimden payını alan bir müdahale olan epizyotomi ile ilgili yıllardan beri süre gelen tartışmalar ve araştırmalar vardır (30, 95, 119, 124). Mevcut bakım ve uygulamaları değiştirmek için araştırmalar kullanılmaktadır. Etkin

sağlık bakımında kanıt temelli uygulamaya yönelme; kaliteli sağlık bakımını ve bakımın sonuçlarının da istenildiği şekilde yani olumlu olmasını sağlar. Ancak sağlık bakımının maliyeti de oldukça önemlidir. Birçok ülkede sağlık bakımı oldukça pahalı olmasına karşın bakım kalitesinden ödün vermeden maliyeti düşürmek için çeşitli girişimlerde bulunmaktadır. Klinik etkinlik ise doğru hastaya, doğru yol ile doğru uygulamayı yapmaktır (32).

Kanıt temelli yaklaşımların gelişmesi ile bazı prenatal uygulamaların avantaj ve dezavantajlarını araştıran çalışmalar yapılarak elde edilen bilginin sağlık profesyonellerince kullanılması sağlanmaktadır. Bu araştırmaların güç analizi yapılmalıdır. Her zaman anlamlı istatistiksel güç bulunmayabilir. Bununla birlikte bir uygulama için anlamlı istatistiksel bir farklılık meta-analizi tekniği kullanılarak belirlenebilir (33, 103).

Bazı konular için meta analizler veya literatürün gözden geçirilmeleri önemlidir. Bir meta analizi klinik bir konuda, bir çok çalışmanın sonuçlarını mevcut raporlardan kanıtların ağırlığına temellenerek entegre sonuç çıkarmaya izin verdiği için yararlı olabilir. Eğer küçük örneklerle bir konuda birçok sayıda kaliteli araştırma sonucu varsa meta-analizi önemlidir (11, 103).

Bazı uygulamalar için yapılacak araştırma ve meta-analiz sonuçları doğrultusunda değişiklik yapmak gerekebilir (18, 29, 33). Epizyotomi kullanımının sınırlandırılmasında da bu sonuçlardan yararlanılmalıdır. Epizyotominin komplikasyonlarının çokluğu ve önemli etkilerinin yanı sıra hastaya maliyeti de ayrıca değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Ülkemizde, epizyotomi 2004 yılı Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatına göre resmi yataklı tedavi kurumlarında 75 milyon TL (75YTL) ile ücretlendirilmiştir (81). Ancak bir hastaya maliyeti bununla sınırla kalmamakta epizyotomili vakalarda kullanılan antiseptik solüsyon, antibiyotik ve diğer ilaçların kullanımı, özbakımı desteklemek için hastanın bir yakınına gereksinim duyması gibi özellikler epizyotominin maliyetini oluşturmaktadır (91).

Ayrıca, epizyotomili hastaya yataklı tedavi kurumunda sağlık bakımı sunan personelin hastaya daha fazla zaman harcaması, sarf malzeme kullanımının artması ve sterilizasyon işlemi de epizyotomi maliyetinin oluşturan diğer faktörlerdir. Epizyotomi komplikasyonsuz iyileştiğinde maliyet için bileşenler böyle iken komplikasyon

oluşması halinde hastaya vereceği zararlarla beraber ek olarak maliyeti de arttıracığı unutulmamalıdır.

#### **4.2.2. Yırtıklar**

Spontan olarak meydana gelen ve anatomik yapılarda verdiği hasara göre sınıflandırılan perineal yaralanmalar yırtık olarak adlandırılmaktadır. Yırtıklar dokuların zarar görme derecesine göre aşağıda belirtildiği gibi sınıflandırılmaktadır.

**1° yırtık:** Sadece deri ve mukoza yırtılmıştır.

**2° yırtık:** Deri ve mukozaya ilaveten derin deri tabakası, yüzeysel perine kasları (M.Bulbocavernozus ve M. Transversus perine-i ve bazı vakalarda M.pubokoksigeus ) yırtıkları eklenebilmektedir.

**3° yırtık:** 2° yırtılan dokulara ilaveten, anüs mukozası ve anal sfinkter de yırtılmıştır.

**4° yırtık:** Anüs ve rektal mukozaya kadar uzanan yırtık mevcuttur (26, 27, 46, 55, 75, 77, 101, 105).

Epizyotomi uygulanmayan vakalarda spontan olarak yırtıklar oluşabileceği gibi epizyotomi uygulanan vakalarda, epizyotomi insizyonuna ilave olarak yırtıkların olduğu durumlara da sık rastlanılabilmektedir. Özellikle epizyotomi uygulanan vakalarda rektuma doğru uzayan 3° ve 4° yırtıklar dah fazladır (57, 125).

#### **4.2.3. Perineal Travmaların Kadının Yaşam Kalitesine Etkisi**

Yaşam kalitesi fiziksel, bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olmasıdır. Yaşam kalitesi; kişisel ve kültürel değerler, inançlar, benlik, amaç ve hayattan beklentiler, kendi kendini algılamının bileşimi olan subjektif bir kavramdır (7, 64, 91).

1939'da ilk kez Thorndike tarafından sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlanan yaşam kalitesi, hastalıklar, kazalar, tedaviler, kişiler arası ilişkiler ve sosyal desteği içeren insan deneyimlerinden etkilenir (7, 64, 91, 127).

Yaşam kalitesini etkileyen temel kavramlar fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ve fonksiyonel sağlık olarak belirtilmektedir. Sağlıklı bir doğum, güç olmayan doğal bir olaydır. Ancak doğumda karşılaşılabilecek tehlikeli durumların önlenmesi ve bunlar olduğunda gerekli işlemlerin zamanında yapılması anne ve yenidoğan sağlığı açısından son derece önemlidir. Doğum öncesi bakım, annelerin ve doğacak bebeğin sağlıklı olmalarını kolaylaştıran en etkin sağlık hizmetidir. Doğum öncesi dönemdeki

izlemlerde amaç kadının gebelik, doğum ve sosyal yaşamı ile ilgili risk faktörlerini ortadan kaldırmak, gebelikte oluşabilecek riskleri erken tanılamak ve bunlarla ilgili önlemler almaktır (8, 89, 115).

İnsanlığın varoluşundan bugüne kadar süregelen çeşitli araştırmalar ve incelemelere rağmen doğum öncesi dönemde ve doğum eyleminde yapılan çeşitli girişimlerin tüm toplumlarda aynı şekilde uygulanmadığı bilinmektedir (115, 126).

Normal doğumu daha güvenli ve nitelikli hale getirmek için iyi niyetli çabalar ve araştırmalar sonucunda; aslında normal doğuma yardımcı olmayan, uygunsuz zamanda yapılan ya da uygun olmayan, gereksiz birçok müdahale uygulanır hale gelmiştir (115, 126).

Nitelikli doğumda amaç, sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleştirilmesidir. Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım doğum fizyolojik bir süreçtir ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirir (115, 126).

Doğum sırasında oluşabilecek perineal travma, annenin sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından ciddi risk oluşturabilir. Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur. Epizyotominin yaygın kullanımı ise kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırmıştır. Yıllardan beri doğumda ağrı ve sıkıntılı durumları hafifletecek pek çok teknik ve uygulama üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Son yıllarda epizyotominin sınırlandırılması gerektiğini ifade eden pek çok çalışma vardır. Özellikle perineal travmaları azaltarak doğum anında daha az kanamanın olması, doğum sonu kanamayı ve perineal bölgede ağrı ızdırabı azaltıp annenin yeni rolüne uyumunu kolaylaştırmak bu çalışmaların yapılmasındaki temel amaçtır. Doğum ve doğumda yapılan tüm girişimler boyutları ve etkileri ile kadının ve ailesinin yaşam kalitesinde farklılıklara yol açabilecek büyük ve önemli bir deneyimdir (47, 56, 59, 68, 74, 98).

Perineal travmalar olgularda yaşam için tehdit oluşturmasa da kadınların yaşam kalitesini etkileyebilecek bir durumdur. Bireyin yaşamı ile ilgili genel doyumu ve iyilik durumunu algılayışı olarak tanımlanan yaşam kalitesi kavramı; kişisel, kültürel değerler, inançlar, kendi kendini algılama ve kişisel hedeflerden etkilenir. Bu nedenle de elde edilen objektif bulgular ile hastanın yakınmaları arasında farklılık vardır (83, 101).

Perineal travma nedeni ile bireylerin sosyal yaşamı, fiziksel, psikolojik durumu, ev, iş ve cinsel yaşamı olumsuz etkilenebilmektedir. Vajinal doğumlarda çok sık olarak uygulanan epizyotomi ve oluşan yırtıklar kısa ya da uzun dönemde yarattığı olumsuz etkiler nedeni ile kadının ve eşinin cinsel yaşamını etkileyebilir, kadının boşaltım fonksiyonunda geçici ya da uzun süreli bozukluklara neden olabilir, anne bebek etkileşimini geciktirebilir. Bütün bunlar kadının yaşam kalitesinde, geçici ya da uzun süreli olarak azalmaya neden olur (37, 59, 62, 68, 82).

Korczynski (67), gebelik boyunca yapılan perineal masajın epizyotomi uygulanmasını önlemede ilginç bir metod olduğunu, postpartum dönemde kadının yaşam kalitesini arttıracığını ifade etmiştir.

### **4.3. MASAJ**

#### **4.3.1. Masajın Tanımı**

Lökomotor sistemi ve sinir sistemini olduğu kadar, genel dolaşımı da etkilemek, sağaltımına yardımcı olmak amacıyla vücut dokularına uygulanan bilimsel, sistematik manipülasyonlara, masaj adı verilir. En iyi masaj elle yapılandır (58, 87, 114).

Klasik masajın uygulama alanı, vücudu kaplayan deri ve altındaki kaslardır. Masajın etkisi, masajın yapıldığı yerde görüldüğü gibi, sinir sistemi ve vücut sıvıları aracılığı ile vücudun öbür dokularına aktarılır (58, 87, 114).

Vücut örtüsünün üst katmanını deri, derialtı, bağ ve yağ dokusu oluşturur. Bu dokuların arterleri, venleri, lenf damarları, duyuşal motor ve vegetatif sinir lifleri bağ dokusu aracılığı ile birbirine bağlanır (87, 114).

Sağlıklı bir insanda deri ve deri altı katmanlarının normal bir esnekliği vardır. Katmanlar birbiri üzerinde kolayca kaydırılabildikleri gibi, iki parmak arasında tutularak kaydırıldığında da ağrı hissedilmemektedir (114).

Deri ve derialtı dokusunun altında kaslar bulunur. Bağ dokusu aracılığıyla birleşen kas hücreleri kas liflerini oluşturur. Kas lifleri de gene bağ dokusu yardımı ile yan yana gelerek kas demetlerini meydana getirir. Lif demetlerinin birleşmesiyle de kaslar oluşur. Birleşerek grup yapan kaslar, bağ dokusundan oluşan fasya dediğimiz örtülerle deri altı dokusundan ayrılmışlardır. Kasların sinir ve damarları bağ dokusu içinde yayılır (58, 87, 114).

Masajın, deri, deri altı dokusu ve kaslarda oluşan etkilerinin derinliği ve şiddeti, uygulanan manuplasyonun cinsine ve kuvvet derecesine göre değişir (58, 87, 114).

Masaj, genellikle sanıldığı gibi, yalnız venler ve lenf damarları içindeki sıvıların, elle sıvazlanarak kaydırılması demek değildir. Deri, deri altı yağ dokusuyla aralarında yayılan sinirler ile damarlar, daha alttaki kaslar, tendonlar ve hatta derinde bulunan sinir sistemi de masajdan etkilenir. Oluşan etkilerin sonuçları, masajın yapıldığı yerde lokal olarak görülebileceği gibi, sinir sistemi ve vücut sıvıları aracılığıyla tüm vücuda yayılır. Örneğin sakrumdan enseye kadar omurga boyunca uzanan, iç organlarla zengin sinirler bağlantısı bulunan alana yapılacak masajla safra kesesinin, midenin ve bağırsakların fonksiyonlarını etkileme olanağı mevcuttur (58, 87, 114).

Genel masajda hastanın solunumunun derinleşmesi, uyuklaması ve masajın bitiminde kendini zinde ve dinlenmiş hissetmesi, masajın genel sonucudur.

#### **4.3.2. Masajın Etkileri**

##### **4.3.2.1. Genel Etki**

Klasik masajın etkisi, vücut örtüsündeki sinir uçlarının eflorajla uyarılması ve uyarıların duyuşal sinirler aracılığıyla tüm vücuda yayılmasıyla oluşur. Kişide genel bir gevşeme olur ve kendini dinlenmiş gibi hisseder (114).

##### **4.3.2.2. Boşaltıcı Etki**

Vücut örtüsünün sıvazlanıp yoğrulması, bu dokular arasında bulunan venler ve lenf damarlarındaki sıvı akımını destekleyerek hızlandırır. Bu etki klasik masajın etkilerinden biridir (114).

##### **4.3.2.3. Humoral Etki**

Friksiyon ve petrisajla erişilebilen derinlikteki dokuların, hücrelerinin yapılan basınçla sıkıştırılmaları sonucu bazı maddeler serbest hale geçer. Doku hormonu olarak tanımlanan bu maddeler, histamin, asetilkolin veya her ikisine de benzeyen fakat kimyasal yapıları halen tam olarak bilinmeyen, damarlar üzerinde vazoaktif etkisi olan maddelerdir. Bu doku hormonları serbest hale geçtikleri bölgede, yani masajın yapıldığı alanda kapiller damarları genişleterek yerel kan dolaşımını ve lenf dolaşımını hızlandırır (yerel etki). Ayrıca dolaşıma karışıp vücuda yayılarak genel bir etkide meydana getirir (114).

#### 4.3.2.4. Sinirsel Etki

Kuvvetli masaj manuplasyonları, uygulandıkları alandaki vegetatif sinir sistemini de uyarırlar. Örneğin kan damarlarının yapısında bulunan vegetatif lifler, en kolay erişilebilenlerdir. Omuriliğe iletilen bu uyarı, orada değişik yönlere aktarılır.

a)Uyarı ilk olarak, aynı segmentte bulunan esas olduğu yere, yani masajın yapıldığı alana geri döner. Uyarıya, burada verilen kapiller yanıt, kapiller vazodilatasyondur. Kapiller kan akımının hızlanmasının yanı sıra, dinlenme halinde kapillerde açılma ve kapiller permeabilite de artış olabilir (yerel dolaşım etkisi).

Yerel dolaşım etkisi, uyarının tek sonucu değildir. Masajın yapıldığı alandaki dokuların metabolizması da bu uyarıdan etkilenir ve bu olay, yerel metabolizma etkisi olarak adlandırılır. Gerek dolaşım ve gerekse metabolizmadaki hızlanma sonucu, dokular oksijen ve besin maddeleri yönünden zenginleşir. Ayrıca karbondioksit ve diğer metabolizma artıklarının genel dolaşıma karışarak olay yerinden uzaklaştırılmaları doku regenerasyonu için gerekli ortamı sağlar.

b)Vegetatif sinir ağına olan uyarı omurilikte aynı segmentte bulunan iç organların vegetatif sinirlerine de aktarılır. Uyarıların aktarılarak iletiildiği iç organların, (mide, safra kesesi, bağırsak fonksiyonları) kan dolaşımaları da dolaylı uyarılmış olur (segmental etki). Segmental etki, özel yöntemle uygulanan bağ dokusu veya konnektif doku masajında daha belirgindir.

c)Çevresel vegetatif sinir ağına yapılan uyarı, kuşkusuz beyindeki vegetatif merkezlere de iletilecektir. Bu iletim sonucu, vegetatif temel tonüs üzerinde de bir etkinin oluşması olasıdır. Vegetatif merkezlerin hipofizle olan yakın komşulukları ve fonksiyonel ilişkileri nedeniyle, iç salgı sistemide bu uyarıdan etkilenir (114).

Masajın son üç maddede özetlenen ve vegetatif sinir sistemi aracılığı ile oluşan indirekt etkisi dışında birde direkt mekanik bir etkisi vardır (114).

#### 4.3.2.5. Mekanik Etki

Daha önce, ven ve lenf damarları içindeki sıvının kaydırılarak hızlandırılması olarak tanımlanan mekanik etki o kadar basit değildir. Belki de masajın en önemli etkisiolarak nitelendirilen bu etki, kas tonüsü üzerinde görülebilir (114).

Kaslar, insan tam dinlenmede veya uykudayken bile tamamen gevşemezler. Belli oranda, değişmeyen bir gerginlikleri vardır. Normal tonüs, fizyolojik tonüs veya temel tonüs dediğimiz bu gerginlik, kasların çalışmasının artmasına hipertoni veya

hipertonüs, azalmasına da hipotoni veya hipotonüs denir. O anki durumlarına göre de kaslara normotonik, hipertonic veya hipotonik kas denir (114).

Klasik masajın en önemli etkilerden biri, kasların bu tonüs değişikleri üzerinde görülür. Ancak bu etki mekanizması biraz komplike olup, anlaşılabilmesi için bazı fizyolojik ön bilgilerin bilinmesi gerekir (114).

Kaslar, omuriliğin ön boynuz motor hücrelerinden çıkıp, ön kökleri oluşturarak omurilikten ayrılan motor sinirler aracılığı ile gelen uyarılarla kasılırlar. Gelen uyarıların kas liflerine aktarılması, motor sinirlerin kasta sonlanma yeri olan motor plaklar aracılığı ile olur. Kasların kasılmasını sağlayan, yapılarındaki myofibril denen ünitelerdir. Kasların kasılabilmesi için eşik değerde yani yeter kuvvette bir uyarı gerekir. Her kasılmadan sonra kasın ikinci bir uyarıyı yanıtlayarak tekrar kasılabilmesi içinde belli bir dinlenme süresi zorunludur. Yani kaslar kendilerine ulaşan her uyarıyı yanıtlayıp kasılmazlar, ancak bir gevşeme süresinden sonra tekrar kasılabilirler. Kasın aralıksız kasılması söz konusu değildir. Ayrıca, kas liflerinin bir bölümü kasılırken, öbür bölümü dinlenmede kalır. Bir kasın maksimal kasılmasında, liflerin en çok yarısı kasılabilir. Kasın kasılma kuvveti ve ortaya çıkan güç aynı anda kasılan kas liflerinin sayısı ile ilgilidir (114).

Kasların temel veya fizyolojik tonüsü, iç ve dış dünyadan gelen uyarılarla dengede durur. Soğuk, ağrı, dokunma, optik ve akustik uyarılarla ruhsal dürtüler, temel tonüste değişiklik yapabilir (87, 114).

İç ve dıştan gelen uyarılar etkisiyle temel tonüsün düzenlenmesi, kas içiği sistemi aracılığı ile olur. Motor gamma lifler yoluyla kas içciklerine gelen uyarılar, beyindeki bazı çekirdeklerle, piramidal ve ekstrapiramidal sistemin, beyinciğin ve vegetatif merkezlerin kontrolü altındadır. Uyarıların sentezi beyin sapında yapılmakta, gamma lifleri iletim yolunu, kas içcikleri de uygulama organını oluşturmaktadır. Yani kas içciklerinin fizyolojik görevlerinin önemli bir bölümü vegetatif kaynaklıdır ve temel tonüsü iç ve dıştan gelen dürtülere göre dengelemek amacını güder. Kas içciklerinin bu karmaşık görevlerini yerine getirebilmeleri ve sonunda amaca dönük koordine ve bilinçli bir hareketin yapılabilmesi için, piramidal yolla gelen impulsların eriştikleri kasta belli bir tonus olması gerekir. Arka köklerin hastalanması veya afferent çevresel sinirlerin herhangi bir nedenle kesilmesinde kas içciğinden gelen uyarılar omuriliğe ulaşamayacağı için aynı segmentten iner ve zarar gören kas gamma uyarılarını alamaz

ve dolayısıyla tonüsünü kaybeder. Afferent impulsların kesilmesiyle pasif gerilmelere karşı progressif direnç gösteren gerilme refleksi de yok olacaktır (114).

Sonuç olarak kaslara uygulanan klasik masaj, özellikle petrisaj, kaslardaki tonüs değişikliğinin nedenine yönelik bir tedavi yöntemidir. Etki, tonüsün çevresel düzenleyicilerinden olan kas içciklerine, direkt mekanik yolla olur. Klasik masaj, hipotonik kasların tonüsünü artırır, hipertonic olanların ise düşürür. Yani her iki durumda da uygulanabilir. Aynı zamanda tonüs bozukluğunun periferik segmental sebeplerinden olan ve damar sistemindeki patolojik irritan impulslar, uyarı eşliğinin yükseltilmesiyle (uyarılabilmenin düşürülmesi) ortadan kaldırılmış olur (114).

Masajın etkisi hiçbir zaman dokular içindeki kan ve lenfi kaydırmakla sınırlı değildir. Masaj, deri sinirleri ile derinin altında bulunan yumuşak dokulara örneğin kaslara ve tendonlara bağ dokusuna ve daha derinde bulunan sinir bağlantılarına etkili olarak çok yönlü ve iç organlara aktarılan, onların fonksiyonlarını aktive eden veya engelleyen sonuçlar verir. Masajın etkisini sadece çevresindeki mekanik olaylar olarak kabul etmekte yanlıştır. Masaj değişik uygulama çeşitleriyle reaktif hiperemi yapar, doku sıvılarının geliş ve gidişlerini canlandırır, kapiller duvarların geçirgenliğini artırır, iç organları tonize eder, kan ve sıvı birikintilerinin emilmelerini kolaylaştırır. Dolaşım yetmezliğinde, kan ve lenf dolaşımını destekler, genel gücü artırır, yoğunluğu azaltır, ruhsal gerginliklerde teskin edici rol oynar (87, 114).

#### **4.4. PERİNE MASAJI**

Yukarıda perinedeki kasların özellikleri ve masajın kaslar ve vücuda genel etkilerinden bahsedilmiştir. Özetlemek gerekirse pelvik taban kasları denilen perineyi oluşturan kas grubu, egzersiz ve masajdan etkilenen istemli ve kontrolü mümkün çizgili kas grubudur. Pelvik kaslar, rijit ve sert bir yapı olmaktan çok değişen durumlara göre değişen cevaplar verebilen dinamik destek görevi görmektedir. Kadının cinsel aktivasyonunda rol oynarlar. Doğumda termde bir fetüsün geçebilmesi için ileri derecede gerilmeye maruz kalırken postpartum dönemde normal fonksiyonların devamı için tekrar kontrakte olabilmektedir (24, 36, 49, 127, 128, 130).

Ülkemizde ebelerin ev doğumlarında doğumun 2.evresinde geleneksel olarak uygulanan perine masajı, ancak son yıllarda epizyotominin perineal travmayı önlemediğine ilişkin tartışmalarla birçok ülkede de güncellik kazanmıştır (29, 44, 59, 62, 69, 93, 102, 105).

Perine masajı, vagina ve rektum arasında bulunan perineal bölgeye elle yapılan masajı ifade eder. Masaj, kayganlaştırıcı yağlı bir madde ile vaginanın dışına ve yaklaşık 4cm vaginanın iç ve dış duvarına yapılmaktadır. Perine masajına başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boşaltılmalıdır( perine masajının nasıl yapıldığı EK.5'te anlatılmıştır) (www. parentsplace.com, 18.01.2005, www.epregnancy.com, 21.02.2005)

Son zamanlarda prenatal perineal masajın perinenin doğuma hazırlanarak bütünlüğünün korunmasında, yırtıkların sayısını ve şiddetinin azaltılmasında olumlu etkileri olduğunu ifade eden araştırmalar yaygınlaşmaktadır (3, 4, 29, 44, 59, 69, 70, 105).

Lu (78), epizyotominin sınırlandırılarak perineyi korumak için alternatif tekniklerin ilk önce Almanya'da denendiğini elle yapılan masaj ve balon uygulamaları ile perinenin doğuma hazırlandığını belirtmiştir.

Patterson (93), gebeliğin 35. haftasından doğuma kadar yapılan perine masajının perineal elastikiyeti arttıracığını ve intakt perine oranını yükseltebileceğini belirtmiştir.

Labrecque ve ark (69, 70) çalışmalarının sonucunda perineal fonksiyonların korunmasında, gebelik boyunca yapılan perine masajının, perinenin bütünlüğünü korumada, postpartum perineal fonksiyonların kazanılmasında etkili olduğunu özellikle primipar gebelerde intakt perineyi sağlayarak; cinsel memnuniyeti arttırabileceğini ve ağırlı cinsel ilişkiyi önleyebileceğini ifade etmiştir.

Johansen (59), gebeliğin 35. haftasından itibaren doğuma kadar yapılan perine masajının yırtıkları azaltmada etkili olduğu, perinenin elastikiyetini arttırdığını ve antenatal yapılan pelvik taban kas egzersizinin ve perine masajının perineal travmayı azaltabileceğini belirtmiştir.

Stamp ve ark.(106), doğum eyleminin 2.fazında perineye masaj yapılmasının ve perinenin desteklenmesinin perinenin gevşemesine yardım edebileceğini yırtılmayı azaltacağını ve epizyotominin gerekliliğinin azalacağını tesbit etmiştir.

Gomme ve ark.(44, 45), antenatal perine masajının, perineal travmayı azaltmada etkili olduğunu, birçok gebelik kitabında tavsiye edildiğini ve antenatal bakım içinde perine masajının rutin olarak uygulanması gerektiğini ifade etmiştir.

Prenatal perineal masaj primiparlarda perineal travma riskini azaltır (4, 29, 59, 69).

Ebeler daha çok doğum sancısının ikinci safhasında kadınların perinesini sıklıkla yağ, sıcak kompres kullanarak veya sadece ıkınma ile yavaş kasılmasını sağlayarak korumaya çalışırlar. Zıt olarak doktorlar geleneksel olarak rutin uygulama olarak epizyotomiye uyguladılar (3). Bu durum genellikle literatürde belirtilmemektedir.

#### **4.5. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ**

Pelvik tabandaki çizgili kaslar kendi fasyal bağlantıları ile çalışarak, pelvik organların prolapsusunu önler, kontinansı sağlar ve kadının cinsel aktivitesinde rol oynarlar (49).

Perineal kasların bütünlüğünün ve elastikiyetinin korunması aynı zamanda üriner inkontinansı önlemeyi sağlayabilir. Egzersiz ve masajın çizgili kaslarda yeterli tonüs oluşumunda ve fonksiyonunu korumada etkili olduğu kesindir. Pubokoksigeal kasların perineal masaj ve egzersiz ile fonksiyonlarını güçlendirilmelidir (39, 51).

Pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizleri ilk kez 1951 yılında Arnold Kegell tarafından tanımlandığı için Kegell egzersizleri denir. Pelvik taban kaslarını Mundy üçüncü bir sifinkter olarak kabul etmektedir. Bu nedenle egzersizler ayrı bir önem kazanmaktadır. Özellikle stres inkontinansında pelvik taban kaslarını güçlendirmek için önerilir (34, 39, [www.incontinent.com](http://www.incontinent.com), 21.02.2005).

Egzersiz, kas gücü artışı yanında; uterusun sarkma ihtimalini azaltır, bağırsak kontrolünü artırır, orgazm artar, cinsel sorunlar azalır. Az yoğunlukta egzersizi çok tekrar etme ile tip 1 liflerinde hipertrofi olur, bu da destek yapısını artırır. Perinenin tonüs ve elastikiyetini artırdığı için vajinal doğumlarda yırtık ihtimali azalır. Ayrıca epizyotomi yarasının iyileşmesi egzersiz yapan kadınlarda daha hızlı olmaktadır (39, 51).

Egzersiz ile aynı zamanda motor ünitelerin (sinir +kas+myonöral plak ) birbiri ile olan ilişki ve koordinasyonu düzelmektedir. Düzenli güçlendirme egzersizleri, aktive olan motor ünit sayısını ve bunların daha kolay uyarılmasını arttırmaktadır (nöranal adaptasyon). Kas volümü artar (hipertrofi) (39).

Pelvik taban kasları yeterince güçlü ve hipertrofik olduğunda, ani intraabdominal basınç artışına hızlı bir kontraksiyon ile cevap verirler (34, 39, 49, 121).

Egzersizin kontrendikasyonu yoktur. En önemli endikasyonu prenatal ve postpartum dönemdeki kadınlar içindir (4, 41, [www.childbirth.com](http://www.childbirth.com). 06.02.2005, [www.kidney.niddk.nih.gov](http://www.kidney.niddk.nih.gov), 21.02.2005)

Wilson ve Herbison, vaginal doğumdan sonra bir grup kadının pelvik taban kas egzersizlerini yapmalarını sağlamış ve egzersizi yapmayan bir başka kadın grubu ile karşılaştırarak değerlendirmiştir. Egzersiz yapan kadınlar kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %50 iken kontrol grubunda %76 olarak bulgulanmıştır (39).

## **4.6. PRENATAL PERİNE MASAJININ KANIT TEMELLİ UYGULAMA OLARAK İNCELENMESİ**

### **4.6.1. Kanıt Temelli Uygulama Nedir?**

Kanıt temelli uygulamalar, 18. yüzyılda Çin'de Qing Hanedanlığı döneminde, birkaç öğrencinin Kaozheng adını verdikleri bir bilgi edinme metodolojisine uymalarına dayanır. Geniş anlamıyla bu metodoloji, "kanıta dayalı araştırma yapmak" ve bu yüksek standartta güvenilirliği ve doğruluğu olan verilerin özenli bir şekilde değerlendirmesi üzerine kurulmuştur. Kaozheng öğrencilerinin amacı, öğrenimlerini spekülasyonlar yerine, salt gerçekler üzerine kurmaktır (18).

İngiliz obstetrisyen, jinekolog, epidemiyolog ve araştırmacı Dr. Archie Cochrane, sağlık bakımı verenlerin, bakımın etkinliğini değerlendirmede, kontrollü randomize çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamış ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına liderlik etmiştir (108).

Kanıta dayalı uygulamalar, Sackett tarafından: " Bir hastanın bakımı konusunda karar verirken, en güncel ve iyi kanıtları; net, dikkatli ve vicdanlı bir şekilde değerlendirmektir" şeklinde tanımlamıştır. Kanada'daki McMaster Üniversitesinde çalışan Sackett ve arkadaşları tarafından geliştirilen kanıta dayalı sağlık bakımı İngiltere, ABD ve dünyanın diğer bölgelerinde giderek gelişmektedir (11, 18, 86).

Kanıt, iyi planlanmış araştırma sonuçlarıdır. Özellikle etkinliği ölçen randomize olarak yapılmış araştırmalardan elde edilen sonuçlar en kaliteli kanıtlardır. Konusunda otorite olmuş uzmanlardan alınan bilgiler, toplanan verilere dayanarak yapılan klinik hasta değerlendirmeleri, sağlık profesyonellerinin inanışları, değerleri ve hastaların tercihleri de kanıt olarak kabul edilebilir (5, 18).

Kanıtlar "A"dan "D"ye kadar değerlerine göre sınıflandırılmıştır. **A** düzeyinde bir kanıt, randomize kontrollü deneylerden ya da sistematik randomize deneylerin gözden geçirilmesi ile elde edilir. Meta analiz ve sistematik gözden geçirmeler (sistematik review) % 50 ya da daha çok randomize kontrolü çalışma içermelidir. **B** düzeyinde bir kanıt, randomize olmayan kontrollü çalışmalardan,

diğer sağlam deneylerden, iyi gözlem çalışmalarından kaynaklanır. C düzeyindeki kanıt, çok sınırlıdır ve metodolojisi zayıf gözlem çalışmalarından ya da vaka raporlarından elde edilmiştir. D düzeyi kanıtın bilimsel bir değeri yoktur ve profesyonel grupların konu üzerindeki fikir birliğinden kaynaklanır (71, www.cochrane.org, 21.02.2005).

Araştırma, varolan bilginin güncellenmesi ve onaylanmasını sağlayan bilimsel bir süreçtir ve uygulamaya direkt ya da indirekt etkisi olan yeni bilginin üretilmesidir. Modern araştırma teknikleri, profesyonellere, sorulara geçerli cevapların bulunması ya da saptanan problemlere geçerli çözüm bulunması için önemlidir. Araştırma kaynaklı bilginin kullanılması toplum üzerinde bir etki yaratır ya da var olan durumu değiştirir. Araştırma kullanımının temelini; kaliteli araştırmalardan bilgi oluşturma, bu bilgiyi uygulayıcılara iletme, uygulamaların araştırmadan gelen bilgi üzerine temellenerek istenen sonuçların başarılması oluşturur. Bu noktada araştırma sonuçlarının analiz edebilme yeteneği ve klinik uygulamalarda araştırma sonuçlarının uygulanması için değerlendirme yapabilmek önemlidir (11, 29).

Callaghan'ın notlarında belirtildiği gibi Gray, kanıta dayalı karar verecek olan kişinin aşağıdaki yeteneklere sahip olması gerektiğini düşünür (18).

- Etkinlik, güvenilirlik, geçerlilik kriterlerini tanımlayabilme becerisi,
- Yeni bir test ya da tedavinin etkinliğini, geçerliliğini, güvenilirliğini gösteren noktaları bulma becerisi,
- Kalite kanıtlarını değerlendirebilme becerisi,
- Örneklem grubundan alınan araştırma sonuçlarının tüm gruba genelleştirilip genelleştirilemeyeceğini değerlendirme yetisi,
- Örneklem grubundan alınan araştırma sonuçlarının yerel popülasyona genelleştirilip genelleştirilemeyeceğini değerlendirmesini yapabilme becerisine sahip olmalıdır(18).

Kanıt temelli bakım, en iyi ve doğru uygulamaların belirlenmesini, bakımı sunan profesyonellerin uzmanlaşmalarını, hasta merkezli bakım sağlamalarını ve ileri teknolojiyi etkin bir şekilde kullanabilmelerini, bakımı alan ve sunanların beklentilerinin karşılanmasını ve bireyin sağlık bakımı profesyonelleri ile karar verme sürecine katılabilmesini hedefleyen bir süreçtir (11, 18, 28, 97, 99, 117).

Bu sayede hastaya verilecek bakıma "doğru şeyleri yapmak ve yapılanı doğru yapmak" felsefesi hakim olur, bakımın kalitesi arttırılarak gelişmesi sağlanır, kaynaklar daha etkin kullanılacağı için maliyet azalır, klinik rehberlerin geliştirilmesiyle bakımın standardizasyonu sağlanır, araştırma ve araştırma teknikleri gelişir, profesyonellik ve takım çalışması artar (11, 18, 32, 97, 99, 117).

Fakat kanıt temelli bakımının uygulanmasının önünde bazı engeller vardır. Bunlar; kanıtların birbiriyle çelişmesi, ulaşılabilir kanıt azlığı, kültürlerarası geçerlilik, yetersiz bilgi desteği, randomize yapılan çalışmaların güvenilirliği, kanıtlara erişmenin zaman alması, bakımın bireyselleştirilmemiş olması ve kanıtın uygulanması ve yayılmasının zorluğudur (18, 85, 94).

Kanıtların yayılmasını sağlamak amacıyla, 1992 yılında Dr. Archie Cochrane tarafından, sağlık bakımı ile ilgili çalışmalar ve kontrollü araştırmalardaki bilgiler "Cochrane Collaboration" adı altında toplanmıştır. Cochrane Collaboration, yılda 500-600 sistematik randomize çalışmanın ve 200-300 çalışma raporunun yer aldığı uluslar arası bir ağıdır ve göcden geçirmeler aracılığı ile araştırma kanıtlarını ortaya koyar (108).

Cochrane Collaboration'nın yayınlarını; hemşire, hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, beslenme uzmanından oluşan 26 alt grup, düzenli olarak güncellemektedir. Kadın ve yenidoğan hemşireliği ile ilgili, meme kanseri, jinekolojik kanser, inkontinans, yenidoğan, gebelik ve doğum, subfertilite ve menstrüel siklus problemleri, pelvik ağrı, menoraji ve menopoz olmak üzere yedi gözden geçirme grubu vardır (108).

Son yıllarda yapılan çalışmalar; doğum sırasında verilen bakımda perineal bölgedeki kılların temizlenmesi, rutin elektronik izlem, doğumda supine ya da litotomi pozisyonu verilmesi, kadının bir şeyler yiyip içmesine izin vermemek, eşin ya da arkadaşların doğum odasından çıkarılması epizyotomi gibi pek çok uygulamanın, etkili ve yararlı olmadığı sonucunu ortaya çıkarmıştır (10, 25, 34, 97, 104, 105, 106, 107, 108, 112, 125).

#### **4.6.2. Perine Masajının Kanıt Temelli İncelenmesi**

Son yayınlar epizyotominin kısıtlı kullanımının desteklenmesi gerektiğini söylemektedir. Epizyotomi kullanımının sınırlandırmasını desteklenmesinde güçlü

kanıt, yeni sistemik görüşler ve randomize çalışmalar vardır (3, 12, 88, 95, 112, 120, 125, 126).

Ülkemizde ve bazı ülkelerde ebelerin ev doğumlarında doğumun 2.evresinde geleneksel olarak uyguladıkları perine masajı, ancak son yıllarda epizyotominin perineal travmayı önlemediğine ilişkin tartışmalarla birçok ülkede de güncellik kazanmıştır. Perine masajının etkinliğini ortaya koymak üzere yapılmış bazı çalışmalar vardır ancak bu çalışmalar her ne kadar masajın etkili olduğunu ifade etsede bu konuda daha fazla randomize kontrollü araştırmalara gereksinim vardır. Çünkü bu araştırmaların sonucunda aşağıdaki sorulara cevap bulmak mümkün olabilir.

- Masaja başlamak için optimum zaman nedir?
- Efektif etki için hangi sıklıkla uygulanmalıdır?
- Hangi çeşit lubrikant (yağlandırıcı) en iyisidir?
- Tam olarak nasıl uygulanmalıdır?
- Tüm etnik gruplar için eşit düzeyde etkin midir?
- Doğum sırasında yapılan masaj etkili midir?

Bu soruları yanıtlayacak çalışmalar önem taşımaktadır. Bu tip çalışmalar hemşirelik girişimleri için açık destek sağlamaktadır. Random kontrollü yapılan araştırmalar, perine masajının perineal travmayı azalttığını kanıtlamıştır (4, 29, 44, 59, 69, 88, 101, 105).

Shipman ve ark.(101), 861 kadın üzerinde antenatal perineal masajın etkileri ile ilgili randomize kontrollü bir araştırma yapmıştır. Bu çalışmada perineal masaj yapan grupta ikinci ve üçüncü derece yırtıklarda %6,1 ve müdahaleli doğumlarda ise %6,5 azalma olduğu ve 30 yaş üzerindeki kadınların masajdan daha fazla yararlandıklarını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında doğumun ikinci evresinin uzunluğu, itmeye harcanan zaman, doğum pozisyonu ve apgar skorları açısından bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Labreque (69) perineal masajın etkisini incelediği çalışmasında, intakt (sağlam) perine oranını, masaj grubunda; kontrol grubuna oranla %7 daha yüksek olduğunu, primiparlarda intakt perine oranının masaj grubundaki kadınlarda %9,2 daha yüksek bulunduğunu ifade etmiştir. Perineal masajın yararlı etkisinin uygulama sıklığına bağlı olduğunu ifade ederken belirlenmiş günlerin üçte ikisinde masaj yapan kadınlarda intakt

perine oranının seyrek masaj yapılanlara göre daha fazla olduğunu, multipar kadınlarda perineal masaja uygulamasının daha düşük olduğunu saptamıştır.



## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Vaginal doğumlarda prenatal perine masajının etkisini belirlemek amacıyla Ocak 2003-Mayıs 2004 tarihleri arasında yürütülen çalışmamız randomize, deneysel ve prospektif bir araştırma özelliğindedir.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ**

Araştırma, Eskişehir Sağlık Müdürlüğü resmi verilerine göre 2002 yılında toplam 7787 doğumun gerçekleştiği Eskişehir ilinde ve bu doğumların 3806'sının (yaklaşık %49) meydana geldiği, yaklaşık 850.000 nüfuslu bir bölgeye hizmet veren Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü bu hastanede, günlük doğum sayısı ortalama 10,4 olup, 4 travay odası 4 yataklı bir lohusa kanama takip odası, 3 doğum odası olan bir doğumhane bulunmaktadır.

Doğumhane de gündüz 08-16 saatlerinde 4 veya 5 ebe, gece vardiyası 16-08 saatleri arasında ise 3 ebe görev yapmaktadır. Toplam 15 uzman kadın doğum hekiminin olduğu hastanenin gündüz vardiyasında bir hekim, gece vardiyasında da bir uzman hekim doğum odasından sorumludur.

Vaginal doğumların çoğunu müdahale (vakum ekstraksiyon, atoni kanaması, 4.derece yırtık onarımı, distosi) gerektirmedikçe ebeler yaptırmaktadır. Ayrıca epizyo insizyonunu açma ve onarımını yapmada ebeler görev almaktadır.

Doğumhanede gebelerin çoğuna lavman, ayrıca oksitosin infüzyonu, amniotomi gibi uygulamalar sıkça yapılmaktadır. Travay boyunca gebelerin takibi ebe tarafından yapılmaktadır. Gebe takiplerinde kullanılan 2 adet fetal monitör mevcuttur.

Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakım Evi'nde gebelerin antenatal takiplerinin yapıldığı bir gebe polikliniği vardır. Günde ortalama 20 civarında gebenin başvurduğu bu poliklinik gündüz mesaisinde açık olup ve 1 uzman hekim ve 1 ebe görevlidir. Antenatal poliklinikte, gebelerin rutin laboratuvar tetkikleri ve gereken gebelere vaginal muayene, USG, NST yapılmaktadır. Araştırmamız kapsamındaki gebeler bu polikliniğe başvuran gebeler arasından seçilmiştir.

Araştırma için bu kurumun seçilmesinin nedeni, doğum sayısının çok olması ile birlikte ebelerin gebe takibinde, doğumlarında, epizyo açmada ve onarımında aktif olarak rol almalarıdır.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Başhekimliğinden gerekli yazılı izin alınmıştır (EK1).

### 5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Ocak 2003 ve Mayıs2004 tarihleri arasında; Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi gebe polikliniğine başvuran riskli gebeliği olmayan ve kesinleşmiş sezeryan endikasyonu olmayan, 33.gestasyon haftasının üzerindeki gebeler oluşturmuştur.

Örneklem kapsamında ise evrende belirlenen grup içinden;

- 34.gestasyon haftasındakiler,
- İlk ya da ikinci doğumunu yapmak üzere başvuranlar,
- Vaginal doğum yapmayı isteyen ve planlayan,
- Doğumunu ebelerin yaptırmasını tercih eden,
- Doğumları ebeler tarafından yaptırılan,
- Haftada en az 1 kez hastaneye gelmeye istekli olan ve gelen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- Genital bölgesine dokunulmasından ve yağ sürülmesinden rahatsızlık duymayan, gebeler alınmıştır.

Bu gebelerin tesbiti için haftanın 5 günü antenatal polikliniğe gidilerek toplam 700'e yakın gebe ile görüşüldü. Gebelere bu araştırma ile doğuma kadar onların izleneceği ve masajın doğumdaki etkilerine bakılacağı söylendi. Masaj yaptırmaya gönüllü oldukları takdirde; haftanın 2 günü ya da çok uygun şartları olmayan bazı gebeler için haftanın 1 günü en az hastaneye gelecekleri söylendi ve bu durumu kabul eden gebelere aydınlatılmış onam formu doldurtuldu (EK.2). Masajın yapılacağı yer olarak doğumhanede yedek olarak boş tutulan bir oda belirlendi. Ayrıca gebeye doğum yapacağı ünite tanıtıldı.

Gebelere masaj esnasında kullanılan gliserin yağı eczaneden uygulayıcı tarafından temin edildi. Uygulayıcı gebelerin randevularını ayarlarken kendine ulaşılabilme yi sağlayacak küçük tanıtım kartını her gebeye verdi. Gebelere masajın etkilerinin neler olabileceği anlatıldı.

Masaj grubuna katılan gebelerin isimleri doğum odasında net görülebilecek bir panoya uygulayıcı tarafından asıldı ve gebelere doğuma geldiklerinde ebelere masaj yaptıran grupta olduklarını mutlaka söylemeleri istendi.

Hedeflenen 50 sayısına ulaşabilmek için, örneklem grubuna gönüllü olan 420 gebeden; 67'sinin çeşitli nedenlerden acil sezaryen olması, 249'unun randevularını aksatması ve sonradan masajı yaptırmaya isteksiz olması, 54 olgunun doğumunun hekim tarafından yaptırılması gibi nedenlerle, araştırma kapsamından çıkartılmıştır.

Masaj grubu 50 gebeden oluşmuştur. Araştırma kapsamında masaj yapılan 50 gebenin 25'i ilk doğumunu, 25'i de ikinci doğumunu yapan gebelerden seçilmiştir.

Araştırmamız için gerekli deney ve kontrol grubunu oluşturan grupları oluşturacak vaka sayısını belirlemek amacıyla güç analizi yapıldı. Literatüre göre perineal masajla intakt perine oranı %10 oranında arttırılabilmektedir (59, 69). 2002 yılında Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde epizyotomi uygulanma oranı tüm gebelerde %70, primiparlarda %97 oranındadır (Tablo 1). Evreni temsil etmek üzere örneklem hacmi;  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde,  $1-\alpha=0,95$  güven aralığında,  $\beta=0,10$  hata riski ile  $1-\beta=0,90$  güçte toplam vaka sayısı 51 olarak tesbit edilmiştir. Uzun süreli izlem ve işlemler dizisi nedeniyle beklenmeyen kayıplar yaşanabileceği de dikkate alınarak toplam hedeflenen 50 örneklem sayısına ulaşabilmek için 420 vaka ile çalışmaya başlanmış ve araştırmamız; 50 olgu örneklem grubu, 50 olgu da kontrol grubuna alınarak sonuçlandırılmıştır.

Kontrol grubu ise yine doğumları ebeler tarafından gerçekleşen ve masaj grubu tamamlandıktan sonra hastaneye gelen gebelerden oluşmuştur. Kontrol grubuna alınan 50 gebe 38.gestasyon haftasından sonra doğum için doğum odasına kabul edilen, sistemik bir hastalığı olmayan, baş prezantasyonu ile vaginal doğum yapan olgulardan oluşmuştur. Kontrol grubundaki 50 gebenin 25'i ilk, 25'i de ikinci doğumunu yapan gebelerden seçilmiştir.

## **5.4. VERİ TOPLANMASI**

### **5.4.1. Veri Toplama Araçları**

#### **Veri toplama formu**

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile olguların demografik verileri ile doğumlarına ilişkin bazı özelliklerinin sorgulandığı 26 sorudan oluşmuştur (EK.3).

#### **Perine masajı uygulama rehberi**

Kendi kendine perine masajının nasıl yapılacağını anlatan ve araştırma kapsamında masaj grubunda bulunan gebelere verilen 15 maddeden oluşan rehber uygulayıcı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (www.chidbirth.org., www.suite101.com., www.gentlebirth.org., www.epregnancy.com., www.parentsplace.com 20.02.2005 ) (EK.4).

#### **Gliserin ve steril eldiven**

Masaj yaparken kayganlaşmayı sağlamak için kullanılan gliserin eczaneden uygulayıcı tarafından temin edilmiştir. Her olgu için her randevuda bir eldiven kullanılmıştır.

## **REEDA skalası**

REEDA Skalası, doğum sonu perinenin değerlendirilmesinde objektif sonuçlara ulaşabilmek amacıyla, 1979'da Davidson tarafından geliştirilmiştir. Skalanın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1989'da Hill (53) tarafından yapılmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Üstünsöz (119) tarafından yapılmıştır.

Skala aşağıda belirtilen yara iyileşmesinin 5 parametreden oluşur.

- Kızarıklık (**R**edness)
- Ödem (**E**dema)
- Ekimoz (**E**cchymosis)
- Akıntı (**D**ischarge)
- Yara iyileşmesinin yaklaşması (**A**pproximation)

Skala her bir değerlendirmeye 0, 1, 2 ve 3 puanları verilerek değerlendirilir. En düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. En yüksek puan en ciddi perineal travmayı göstermektedir (EK.5).

### **5.4.2. Uygulama**

Araştırmaya başlamadan önce doğum odasında ve antenatal poliklinikte çalışan ebelere perineal masaj hakkında eğitim yapıldı. Uygulayıcı tarafından gebelere masaj yapılırken ebelerin de izlemesi vasıtası ile uygulamalı olarak ebelerinde masajı öğrenmeleri sağlandı. Ebelerden travay esnasında masaja devam etmeleri istendi. Bütün ebeler, perineal masajı uygulamaya gönüllü oldu.

Masaj öğretilmeden önce pelvik taban ve pelvik tabanda yer alan dokular hakkında kapsamlı bilgi verildi. Masajın ve egzersizin önemi anlatıldı. Uygulamaya başlamadan önce gebe kadının mesanesini boşaltmasını sağlandı. Gebe kadın doğum odasındaki boş odada litotomi pozisyonunda yatırıldı, karın ve kalça kısmının gevşek olması sağlandı. Uygulayıcı gliserin ile on dakika boyunca perine bölgesine masaj yaptı. Gebelerinde evde kendilerinin ve eşlerinin de yapabileceği ve nasıl yapabileceği anlatıldı. Evde masajı nasıl yapacaklarını ve dikkat edilmesi gereken konuları anlatan uygulayıcı tarafından hazırlanmış uygulama rehberi, masaj grubundaki tüm gebelere verildi (EK.4.)

Masaj yaparken gebeye pelvik taban kaslarını kullanması için kegel egzersizleri de öğretildi. Egzersizi öğretebilmek için iki parmak vaginaya sokularak palpasyonla pelvik tabandaki kaslarını kasmayı vaginasını daraltmaya çalışması söylendi. Bu kasılma anında kadının kaslarını fark etmesi sağlandı. 3 sn. kadar kasmaya devam etmesi ve ardından 3 sn gevşek bırakması söylendi. Olgulara bu egzersizleri evlerinde

doğuma kadar her gün en az 5- 10 kez yapmaları istendi. Her kontrolde gebenin egzersizleri nasıl ve ne kadar yaptığı sorgulanarak doğru yönlendirme yapıldı.

### **5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanarak değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol gruplarından elde edilen verilerin dağılımlarının karşılaştırılmalarında yüzdellik, aritmetik ortalama, Fisher Exact test, "t" testi, Chi Square testleri kullanılmıştır. Ayrıca örneklem sayısını belirlemek ve araştırmamızın güçlülüğünü ortaya koyabilmek için güç analizi yapılmıştır (90).

### **5.6. ARAŞTIRMA ESNASINDA KARŞILAŞILAN OLUMLU DURUMLAR:**

- Araştırmanın planlanması aşamasında doğum ve çocuk bakım evinin başhekimliğinin idari ve etik açıdan izin verme konusunda yardımcı olması,
- Ebelerin araştırmaya katılması ve ilgi göstermesi,
- Gebelerin araştırmaya katılmasıdır.

### **5.7. ARAŞTIRMA ESNASINDA KARŞILAŞILAN OLUMSUZ DURUMLAR:**

- Gebelerin her hafta hastaneye gelmekte zorluk yaşamaması,
- Bazı hekimlerin ve ebelerin araştırmayla ilgili önyargılarının olması,
- Gebelerin litotomi pozisyonunda yatma ve vaginasına dokunulmasından rahatsız olmasıdır

### **5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya geçmeden önce çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK.1). Uygulanan yöntemlerin anne ve bebeğe hiç bir zararlı etkilerinin olmadığı açıklanmış ve olguların istedikleri gruba girebilecekleri ifade edilmiştir. Her vakaya, aydınlatılmış onam formu doldurtulmuştur (EK. 2)

Araştırmaya katılan vakaları alırken gönüllülük ilkesine uyulmuş, veriler araştırmacı tarafından kişilerle bire bir görüşülerek elde edilmiştir. Katılımcılara önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmış, kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı garantisini verilmiş, kullanılan formlarda kişisel bilgilere ait herhangi bir soru yer almamıştır. Bütün doldurulan formlar araştırmacının evinde dosyalanmış ve çalışma tamamlandığında yok edilmesi planlanmıştır.

## 6. BULGULAR

Antenatal dönemde uygulanmaya başlanan perineal masajın vaginal doğumlarda epizyotomiye sınırlandırmada, perine bütünlüğünü korumada ve yara iyileşmesini hızlandırmada etkili olduğu hipotezini doğrulamak amacı ile yapılan araştırma kapsamına, 50 gebe masaj grubuna, 50 gebede kontrol grubuna olmak üzere toplam 100 gebe alınmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

**Tablo 6.1. 2002 Yılı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevinde Yapılan Vaginal Doğumlarda Epizyotomi Uygulanmasının Parite Durumuna Göre Dağılımı**

Epizyotomi	Parite Durumu				Toplam	%
	Primipar	%	Multipar	%		
Var	915	96,72	700	51,85	1615	70,33
Yok	31	3,28	600	48,15	631	29,67
<b>Toplam</b>	<b>946</b>	<b>100</b>	<b>1350</b>	<b>100</b>	<b>2296</b>	<b>100</b>

Eskişehir ilinde 2002 yılında toplam 7787 doğum gerçekleşmiştir. Doğumların % 49'u (3806 doğum) Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde meydana gelmiştir. Bu doğumların 2296'sı vaginal doğumdur.

Tablo 1.de görüldüğü gibi primipar gebelerin %96,72'sine, multipar gebelerin ise %51,85'ine epizyotomi uygulanarak doğum yapmışlardır. Tüm doğumların içinde epizyotomi uygulanma oranı bu kurumda %70,33 olarak saptanmıştır.

**Tablo 6.2. Gebelerin Bazı Özelliklerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Özellik	Genel			Grup			t (p>0,05)	
	n	x	sd	n	x	sd		
Yaş	100	24,16	3,98	Masaj	50	23,62	3,34	1,35
				Kontrol	50	24,7	4,5	
Gestasyon haftası	100	39,44	0,87	Masaj	50	39,56	0,88	1,37
				Kontrol	150	39,32	0,86	
Önceki Doğumda Epizyo İyileşme Süresi (gün)	44	10,40	2,67	Masaj	20	10,25	2,44	0,35
				Kontrol	24	10,54	2,88	
Önceki Doğumda Yenidoğan Doğum Ağırlığı	50	3268,00	272,27	Masaj	25	3.236,40	265,17	0,29
				Kontrol	125	3.279,60	284,18	
Yenidoğan Doğum Ağırlığı	100	3205,80	433,80	Masaj	50	3.191,00	459,57	0,34
				Kontrol	50	3.220,60	410,56	
Yenidoğan Baş Çevresi	100	34,43	0,88	Masaj	50	34,58	0,88	1,71
				Kontrol	50	34,28	0,86	

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalamaları  $24,16 \pm 3,98$ , travaydaki gestasyon haftaları ise  $39,44 \pm 0,87$  olarak tespit edilmiştir.

Gebelerin bir önceki doğumlarında epizyotominin iyileşme süresi ortalama  $10,40 \pm 2,67$  gün olarak belirtilmiştir.

İkinci doğumunu yapan gebelerin önceki bebeklerinin doğum kilosu ortalaması  $3268,00 \pm 272,27$  gram olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda bulunup doğan tüm bebeklerin ortalama doğum kilosu  $3205,80 \pm 433,80$  gr, bebeklerin baş çevresi ortalaması ise  $34,43 \pm 0,88$  cm olarak saptanmıştır.

Çalışma kapsamındaki gebelerin yaş, travaydaki gestasyon haftası, önceki doğumda epizyo iyileşme süresi ile yenidoğan doğum ağırlığı, şimdiki yenidoğan ağırlığı ve bebek baş çevresi açısından her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığı olmadığı saptanmıştır ( $t=1,35$   $p>0,05$ ;  $t=1,37$   $p>0,05$ ;  $t=0,35$   $p>0,05$ ;  $t=0,29$   $p>0,05$ ;  $t=0,34$   $p>0,05$ ;  $t=1,71$   $p>0,05$ ).

**Tablo 6.3. Grupların Gebelik Sayısına Göre Dağılımı**

Grup	Gebelik Sayısı			Toplam n
	Birinci n	İkinci n	Üçüncü n	
Masaj grubu	20	26	4	50
Kontrol grubu	23	22	5	50
Toplam	43	48	9	100

Tablo 6.3' te gebelerin gebelik sayıları verilmektedir. Masaj grubundaki 20 olgunun ilk gebeliği, 26'sının ikinci gebeliği ve 4 gebenin ise 3.gebeliği olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki 50 gebeden 23'ünün birinci, 22 gebenin ikinci ve 5 gebenin ise üçüncü gebeliği olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6.4. Önceki Doğumun Yapıldığı Yer İle Epizyotomi Uygulanma Durumunun İlişkisi**

Doğum Yaptığı Yer	Epizyotomi Uygulanma Durumu				Toplam	
	Uygulanan		Uygulanmayan		n	%
	n	%	n	%		
Hastane	42	98	1	14	43	86
Ev	1	2	6	86	7	14
Toplam	43	100	7	100	50	100

Fisher,  $p<0,001$

Araştırma kapsamına alınan multipar gebelerin %86'sının hastanede doğum yaptığı, %14'ünün ise evde doğum yaptığı saptanmıştır.

Epizyotomi uygulanan olguların %98'i hastanede doğum yaparken, evde doğum yapan olgulardan %86' sına epizyotomi uygulanmadığı gözlenmiştir.

Doğumun yapıldığı yer ile epizyotomi uygulanma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6.5. Önceki Doğumun Yapıldığı Yer ile Yırtık Olma Durumunun Karşılaştırılması**

Doğum Yapıldığı Yer	Yırtık Olma Durumu				Toplam	
	Olan		Olmayan		n	%
	n	%	n	%		
Hastane	2	50	41	89	43	86
Ev	2	50	5	11	7	14
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fisher, p>0,05

Önceki doğumlarında yırtık olan olguların %50'si hastanede, yırtık oluşmayan olguların ise %11'inin evde doğum yaptığı belirlenmiştir. Yırtık olmayan doğumların %89'unun hastanede meydana geldiği gözlenmiştir.

Doğumun yapıldığı yer ile yırtık oluşma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 6.6. Epizyotomi Uygulanma Durumunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Epizyotomi	Grup				Toplam	
	Masaj		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
Uygulanan	5	10	46	92	51	51
Uygulanmayan	45	90	4	8	49	49
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

$X^2=62,267$ ,  $p<0,001$  GÜÇ ANALİZ=0,91137

Tablo 6.6'da araştırma kapsamında masaj grubuna alınan 50 gebeden 5'ine epizyotomi uygulanmış 45'ine uygulanmamıştır. Kontrol grubundaki 50 gebeden 4 gebeye epizyotomi uygulanmamış 46 gebeye epizyotomi uygulanmıştır. Araştırma kapsamındaki 100 olgudan 51 gebe epizyotomi uygulanarak doğum yaparken 49 gebede epizyotomi uygulanmadığı bulgulanmıştır.

Epizyotomi uygulanma durumu masaj ve kontrol grubu ile karşılaştırdığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $X^2=62,267$   $p<0,001$ , güç analiz =0,91137).

**Tablo 6.7. Gruplarda Yırtık Oluşma Durumunun Karşılaştırılması**

Yırtık	Grup				Toplam	
	Masaj		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
Olan	6	12	1	2	7	7
Olmayan	44	88	49	98	93	93
Toplam	50	100	50	100	100	100

$X^2=3,84, p>0,05$

Prenatal perine masajı yapılan grupta olguların %12'sinde yırtık oluştuğu, kontrol grubundaki olgularda %98 oranında yırtık oluşmadığı saptanmıştır.

Her iki grupta yırtık oluşma açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $X^2 =3,84 P > 0,05$ ).

**Tablo 6.8. Perineal Travma Durumunun Gruplara Göre Dağılımı**

Perineal Travma	Grup			
	Masaj		Kontrol	
	n	%	n	%
Sadece Epizyotomi Uygulanan	4	8	36	52
Sadece Yırtık Olan	6	12	1	2
Epizyotomi insizyonu Uzayan	1	2	18	36
İntakt Perine	39	78	5	10
Toplam	50	100	50	100

Tablo 6.8 incelendiğinde perine masajı uygulanmış masaj grubunda intakt perine oranı %78, kontrol grubunda %10 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 6.9. Epizyotomi Uygulanması Durumunun Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi**

Epizyotomi	Masaj Yapılma Sıklığı				Toplam	
	Haftada İki Kere		Haftada İki Kereden Fazla		n	%
	n	%	n	%		
Uygulanan	3	20	2	6	5	10
Uygulanmayan	12	80	33	94	45	90
Toplam	15	100	35	100	50	100

Fisher,  $p>0,05$

Epizyotomi uygulanma durumunun masaj sık yapma sıklığı ile ilişkisi incelendiğinde; olguların %90'ına epizyotomi uygulanmadığı, epizyotomi uygulanmayan vakaların %73'üne perine masajının haftada iki kezden fazla masaj

yapıldığı ve haftada iki kez masaj uygulanan olguların ise %80'inde epizyotominin uygulandığı saptanmıştır.

Epizyotomi uygulanma durumu ile masaj yapılma sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 6.10. Primiparlarda Epizyotomi Uygulanmasının Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi**

Epizyotomi	Masaj Yapılma Sıklığı				Toplam	
	Haftada İki Kere		Haftada İki Kereden Fazla		n	%
	n	%	n	%		
Uygulanan	3	75	2	9,5	5	20
Uygulanmayan	1	25	19	90,5	20	80
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fisher, p<0,05

Tablo 6.9 incelendiğinde, haftada iki kezden daha fazla masaj yapılan olguların %90,5'inde epizyotomi uygulanmadığı, haftada iki kez masaj yapılan olguların %75'ine epizyotomi uygulandığı bulunmuştur.

Primipar gebelerde epizyotomi uygulanma durumu ile masaj yapılma sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6.11. Multiparlarda Epizyotomi Uygulanmasının Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi**

Epizyotomi	Masaj Yapılma Sıklığı		Toplam
	Haftada İki Kere	Haftada İki Kereden Fazla	
	n	n	n
Uygulanan	-	-	-
Uygulanmayan	11	14	25
<b>Toplam</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>25</b>

Fisher, p>0,05

Masaj yapılan hiçbir multipar gebede epizyotomi uygulanmadığı, 25 multipar olgunun 11'inin masajı haftada iki kez yaptığı, 14 olgunun ise masajı iki kezden daha fazla yaptığı saptanmıştır.

Multipar gebelerde epizyotomi uygulanma durumunun masaj yapılma sıklığı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır.

**Tablo 6.12. Yırtık Oluşumunun Masaj Yapma Sıklığı İle İlişkisi**

Yırtık	Masaj Yapılma Sıklığı				Toplam	
	Haftada İki Kere		Haftada İki Kereden Fazla		n	%
	n	%	n	%		
<b>Olan</b>	2	13	4	12	6	12
<b>Olmayan</b>	13	87	31	88	44	88
<b>Toplam</b>	15	100	35	100	50	100

Fisher, p>0,05

Yırtık oluşmasının masaj yapma sıklığı ile ilişkisi tablo 6.11’de incelendiğinde, doğumlarında yırtık oluşan iki gebeye haftada iki kez masaj yapıldığı, yırtık oluşan 4 gebeye ise haftada iki kez den fazla masaj yapıldığı saptanmıştır.

Yırtık oluşmayan 44 (%88) gebeden 13’üne haftada iki kez masaj uygulanırken, 31’inde ise masajın haftada iki kezden fazla uygulandığı bulgulanmıştır.

Yırtık oluşumu ile masaj yapma sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 6.13. Epizyotomi Uygulanma Durumunun Kegel Egzersizini Yapma Durumu İle İlişkisi**

Epizyotomi	Kegel Egzersiz				Toplam	
	Yapan		Yapmayan		n	%
	n	%	n	%		
<b>Uygulanan</b>	2	7	3	13	5	10
<b>Uygulanmayan</b>	25	83	20	87	45	90
<b>Toplam</b>	27	100	23	100	50	100

$X^2 = 0,036, p > 0,05$

Tablo 6.12’de epizyotomi uygulanma durumunun kegel egzersizi yapma ile ilişkisi verilmektedir. Epizyotomi uygulanan 2 olgunun kegel egzersizlerini yaptığı, 3 gebenin de yapmadığı saptanmıştır. Epizyotomi uygulanmayan 45 gebeden 25’inin kegel egzersizlerini yaptığı, 20 gebenin yapmadığı bulunmuştur.

Epizyotomi uygulanma durumu ile kegel egzersizi yapma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 0,036, P > 0,05$ ).

**Tablo 6.14. Multipar Gebelerde Uygulayıcı Masaj Sıklığının Kendi Kendine Masaj Uygulama Sıklığı İle Karşılaştırılması**

Uygulayıcı Sıklığı	Gebenin Uygulama Sıklığı								Toplam	
	Hiç Yapmamış		Haftada Bir		Haftada İki		Haftada Üç			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Haftada Bir</b>	8	61	3	43	-	-	-	-	11	44
<b>Haftada İki</b>	5	39	4	57	3	100	2	100	14	56
<b>Toplam</b>	13	100	7	100	3	100	2	100	25	100

Multipar gebelerde uygulayıcının yaptığı masaj ile kendi kendine masajı uygulamanın sıklığı karşılaştırıldığında masajı kendi kendine hiç yapmayan olguların %61'inde uygulayıcı masajının haftada bir kez yapıldığı, haftada iki uygulayıcı masajı yapılan gebelerin %57'sinin haftada bir kez kendi kendine de masaj yaptığı belirlenmiştir.

Haftada iki kez uygulayıcı masajı yaptıran multipar olgulardan 3 olgunun kendi kendine masajı haftada iki kez uyguladığı 2 olgunun ise masajı haftada üç kez kendi kendine uyguladığı saptanmıştır.

**Tablo 6.15. Primipar Gebelerde Uygulayıcı Masaj Sıklığının Kendi Kendine Masaj Uygulama Sıklığı İle Karşılaştırılması**

Uygulayıcı Sıklığı	Gebenin Uygulama Sıklığı								Toplam	
	Hiç Yapmamış		Haftada Bir		Haftada İki		Haftada Üç			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Haftada Bir</b>	2	50	2	18	-	-	-	-	4	16
<b>Haftada İki</b>	2	50	9	82	9	100	1	100	21	84
<b>Toplam</b>	4	100	11	100	9	100	1	100	25	100

Tablo 6.15' te masaj uygulanan primipar 25 olgunun %16'sına (n=4) uygulayıcı tarafından haftada bir kez masaj uygulanmış, %84'üne (n=21) haftada iki kez masaj uygulandığı gözlenmektedir.

Haftada iki kez masaj uygulanan 21 olgunun 2'si kendi kendine hiç masaj yapmaz iken, 9 olgunun haftada bir kez, 9 olgunun haftada iki, 1 olgunun ise haftada üç kez kendi kendine masaj yaptığı saptanmıştır.

**Tablo 6.16. Masaj Grubundaki Olguların Masajı Önerme Durumu**

Önerme Durumu	n	%
Öneren	50	100
Önermeyen	0	0

Tablo 6.16'da görüldüğü gibi çalışma grubunda bulunan olguların tamamı perine masajını diğer gebelere önermektedir.

**Tablo 6.17. Masaj ve Kontrol Gruplarında Epizyotomi Uygulananlarda Reeda Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Epizyotomi	Reeda Skala Puanı			t ve p Değerleri
	n	X	± SD	
Masaj Grubu	5	3,8	0,83	"t"=0,75
Kontrol Grubu	46	3,97	1,22	p>0,05

Tablo 6.17' de masaj grubu ve kontrol grubunun REEDA Skalası sonucunda elde edilen ortalama puanları karşılaştırıldığında, masaj grubunda epizyotomi uygulanan olguların REEDA Skalası ortalama puanı  $3,80 \pm 0,83$  olarak bulunurken, kontrol grubundaki epizyotomi uygulanan 46 olgunun REEDA Skalası ortalama puanı  $3,97 \pm 1,22$  olarak bulunmuş ve her iki grupta REEDA skala puan ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $t=0,75$ ,  $p>0,05$ ).

## 7. TARTIŞMA

Gebeliğin 20.haftasında başlayan ve yenidoğanın yaşamının ilk haftasına kadar geçen süre perinatal dönem olarak adlandırılır. Perinatal bakımın amacı anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde olabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanması amacıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (8, 32, 89, 128).

Perinatal bakımda kanıt temelli yaklaşım geliştirmek hemşirelik mesleği için oldukça önemli bir konudur (32,108). Kanıt temelli yaklaşım geliştirebilmek için stratejiler:

- Mevcut uygulamaları değerlendirmek ve uygulamada değişiklikler yapmak için multidisipliner uygulamada uygulama komitesini organize etmek,
- Komite üyelerinin veri kaynakları ve literatür incelemelerinin belirli bir standartta olmasını sağlamak,
- Mevcut uygulamalar, ürünler ve hizmetler hakkında değişik kaynaklardan bilgi toplamak,
- Uygulamalar, ürünler ve hizmetler 2 grupta sınıflandırılır.
  - I. Akla yatkın olanlar (Kanıtlarla desteklenen uygulamalar)
  - II. Kalıplaşmış geleneksel olarak yapılanlar (Her zaman yapılan ama kanıtlarla desteklenmemiş uygulamalar)
- Elde edilen başarıyı birlikte kutlamak (32)

Günümüzde sunulan sağlık hizmetinin ekonomik analizlerinin yapılması ve verimliliğin artırılması, bu bağlamda ebe ve hemşireler tarafından yapılan birçok girişimin, etkinliğini ortaya koyarak yararlı uygulamaların yapılması desteklenirken, yarar sağlamadığı halde alışkanlık halinde devam eden, zaman ve ekonomik kayıplara neden olan ve hatta zararlı sayılabilecek girişimler terk edilmelidir. Ebelik ve hemşirelik uygulamalarında bunların yapılabilmesi için iyi bir alt yapıya gereksinim vardır. Alt yapıyı hazırlayabilmek için bakım ve izlemler için protokol hazırlamak, bakım rehberi oluşturmak ve özellikle de bakıma yönelik deneysel çalışmalar yapmak oldukça yararlıdır (1, 18, 32, 38, 43, 61, 92, 94).

Perine masajı, ebelerin daha bağımsız ve aktif oldukları ev doğumlarında, doğum eyleminin dilatasyon evresinde uyguladıkları geleneksel uygulamalardan biridir. Ancak bu uygulamanın etkinliğinin, ülkemizde araştırılmadığı diğer ülkelerde de perine masajı ile ilgili yapılmış araştırmaların yeterli olmadığı bilinmektedir. Son yıllarda perineal travmanın üriner ve fekal inkontinas, ağrılı cinsel ilişkide rol oynadığını ortaya

koyan çalışmalar üzerine, perinenin bütünlüğünü korumak ve perine kaslarını güçlü tutmak için alternatif yöntemler üzerinde durulması ile birlikte, perine masajı ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Perine masajının etkisini net olarak ortaya koyabilmek için; bu konuda daha fazla random kontrollü deneysel araştırmalar yapılmış ve araştırmaların meta analizlerle değerlendirilmesi gerekmektedir (29, 59, 69).

Araştırmamız prenatal perine masajının vaginal doğumlara katkısını saptamak amacıyla kanıt temelli bakımın felsefesi gereği, randomize kontrollü deneysel bir çalışma tipinde planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmamız kapsamına alınan gebelerin yaş ortalamaları  $24,16 \pm 3,98$  olarak tespit edilmiştir. Masaj grubundaki gebelerin yaş ortalaması  $23,62 \pm 3,34$ , kontrol grubundaki olguların  $24,70 \pm 4,50$  olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre, ülkemizde en yüksek doğurganlık hızı, 20-24 ile 25-29 yaş gruplarında görülmektedir (116).

Tekirdağ ve ark.'nın(110) epizyotomili olgularla yaptıkları çalışmada anne yaşı ortalaması,  $26,62 \pm 4,75$  olarak tespit edilmiştir.

Karahan'ın (63) travayda lavman uygulamasının, travay sürecine, anne ve yenidoğan sağlığına etkisini incelediği araştırmasında gebelerin yaş ortalamasının  $25,46 \pm 4,97$  olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan olgularımızın yaş ortalaması, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uygun olan çocuk doğurma yaşı olarak belirtilen 20-34 yaş grubuna, ülke genelinde sonuçlara uygunluk göstermektedir (17, 110, 116).

Araştırmamız kapsamına alınan olguların travaydaki gestasyon hafta ortalaması  $39,44 \pm 0,87$  olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.2). Termde bir gebeliğin ortalama  $40 \pm 2$  gestasyon haftasında olduğu bilinmektedir. Araştırmamız kapsamındaki gebelerin travaydaki gestasyon haftaları incelendiğinde hepsinin termde gebeler olduğu gözlenmektedir.

Üstünsöz (119), epizyotomi iyileşmesinde sıcak ve soğuk uygulamaların etkisini incelediği araştırmasında çalışma kapsamındaki gebelerin %83,1'inin termde gebeler olduğunu bulgulamıştır.

İkinci doğumlarını yapmak üzere başvuran multipar gebelerin bir önceki doğumlarındaki epizyotominin, iyileşme süresi ortalama  $10,40 \pm 2,67$  gün olarak belirtilmiştir (Tablo 6.2).

Üstünsöz (119), araştırmasında çalışma kapsamındaki multipar gebelerin önceki epizyotomi iyileşme süresini, %45 oranında 14 gün ve üzeri, %39,5 'inde 10 -13 gün arasında saptamıştır.

Bizim araştırmamızda ortalama iyileşme sũresinin daha kısa ve farklı olması stũnsœz'ũn araştırmasına gœre daha yeni bir dœnemde yapıldığı için yara iyileşmesinde etken olabilecek faktœrlerin ve koşulların gũnũmũzde geœmiře gœre daha iyi olmasıyla aœıklanabilir.

Literatũrde perineal travma oluşumunda bebeğın doğum kilosunun etkili olduğu, iri bebeğın (3800 gramın ũzeri) doğum eyleminin ikinci evresini uzattığı ve pudendal hasarı arttırabileceğı ifade edilmektedir (29, 40, 110).

İkinci doğumunu yapan gebelerin œnceki bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması 3268,00 ± 272,27 gr olarak bulunmuştur (Tablo 6.2). Araştırma grubundaki tũm olguların bu doğumlarında ortalama yenidoğan ağırlığı, 3205,80±433,80gr, masaj grubundakilerin ise 3191±459,57gr bulunurken, kontrol grubundaki gebelerin 3220,60± 410,56gr olarak saptanmıştır (Tablo 6.2).

Tuğrul ve ark.(113), mediolateral epizyotominin postpartum hemoraji ũzerindeki etkisini değerlendirdikleri œalıřmasında yenidoğan doğum kilosunu 3225±483gr olarak bulmuşlardır.

Karahan (63), travayda lavman uygulamasına ilişkin araştırmasında œalıřma grubunda yenidoğanların ortalama doğum kilosunu, 3280,57± 664,32 gr olarak saptamıştır.

Dinœ (33) gebelerde pelvik taban kas egzersizleri ile ilgili œalıřmasında yenidoğan doğum ağırlığını deney grubunda 3292,57±481,131gr, kontrol grubunda 3255,75±466,2 gr olarak saptamıştır.

Literatũre gœre termde doğan normal yenidoğanların doğum ağırlığı 3200gr± 200gr'dır (15, 23, 110). Araştırmamız kapsamındaki olguların bebek doğum kilosu aœısından durumları incelendiğinde literatũr ile uygunluk gœsterdiği, ayrıca perineal travmayı arttıran ve bu değişkenin olgularımızda œalıřmamız sonuœlarını etkileyebilecek bir farklılığa neden olmadığı saptanmıştır.

Sağlıklı yenidoğanın baş œevresinin 33-35 cm olduğu bilinmektedir (23, 110). Bebeklerin baş œevresi uzunluğu, yenidoğanın, iri bebek olup olmadığını değerlendirebilmek için œnemlidir. İri bebek bilindiğı gibi pek œok literatũrde epizyotomi endikasyonları arasında yer almaktadır ve perineal travma oluşumuna etki ettiğı ifade edilmektedir (6, 29, 33, 110, 127).

Masaj ve kontrol grubundaki bebeklerin baş œevreleri karşılaştırılmış masaj grubunda 34,58±0,88 cm, kontrol grubunda 34,28±0,86 cm bulunmuştur.

Karahan (63) araştırmasında baş œevresini, œalıřma grubunda 34,04±1,03cm, kontrol grubunda ortalama 34,31±1,58 cm bulgulamıştır.

Çalışma grubumuzda bulunan olgularda bebeklerin baş çevrelerinin ölçüsü literatüre paralellik gösterip normal değerlerin içinde olup, her iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 6.2).

Çalışma kapsamındaki olgularımızın yaş, travayda gestasyon haftası, önceki doğumda epizyo iyileşme süresi ile yenidoğan doğum ağırlığı, şimdiki doğumlarındaki yenidoğan doğum ağırlığı ve bebek baş çevresi değerleri açısından masaj ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmaması yani grupların eşdeğer olması çalışma sonucu elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmaktadır. Ayrıca grupların homojen olması randomizasyonun doğru yapıldığını da göstermektedir.

Her iki grupta da gebelik sayısı dağılımının birbirine benzer özellikte olduğu ve en fazla olguların birinci ya da ikinci gebeliği olduğu gözlenirken sadece 9 vakanın üçüncü gebeliği olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3).

Karahan (63), travayda lavman uygulaması ile ilgili çalışmasında gebelik sayısı ortalamasının çalışma grubunda  $2,03 \pm 1,93$  kontrol grubunda  $2,28 \pm 1,43$  olarak saptamıştır.

Tuğrul ve ark. (113), epizyotomi ile ilgili çalışmalarında gebelik sayısını çalışma grubunda ortalama  $1,5 \pm 0,8$ , kontrol grubunda  $1,8 \pm 0,9$  olarak bulgulamıştır.

Gündüz (48), gebelikte konstipasyonu değerlendirildiği araştırmasında gebelik sayısı ortalamasını  $2,02 \pm 1,32$  olarak belirtmiştir.

Araştırmamızda her iki grupta randomizasyon nedeniyle 25 birinci 25 ikinci doğumu olan gebeleri aldığımız için gebelik sayısının diğer araştırmaların bulgularına göre daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Dünyada ve ülkemizde evde ya da hastanede doğum yapma oranı ülkelerin değişen sosyo ekonomik koşulları ile dönem dönem farklılık gösterebilmektedir. Ülkemizde geçmiş yıllarda evde doğum yapma oranı, özellikle de kırsal kesim olarak nitelendirilen köylerde daha yüksek iken her geçen yıl bu oran düşmektedir (116). Bunun nedenleri kırsal kesimden kentlere artan göç, ulaşımın eskiye nazaran daha rahat olması ile doğum anında, köyden hastane olan şehir merkezlerine kolayca ulaşılabilmesi olarak sıralanabilir. Ayrıca hastanelerde konforun artması, ağrısız doğum yapma isteği ile doğumda anestezi uygulamalarının sadece hastanelerde yapılması, sezeryan ile doğumların tercih edilmesi gibi faktörler gebelerin hastanede doğum yapma isteğini arttırmaktadır.

Doğum, mümkün olduğunca gebenin kendini iyi ve güvenli hissettiği yerde yaptırılmalıdır, ancak uygun takip ve bakımın yapılabileceği bir yer olmasına da dikkat edilmelidir (115, 126). Son yıllarda evde doğum yapma oranı, ülkemizde zamanla

azalırken, gelişmiş ülkelerde; evlerde yeterli bakım, girişim ve izlemin yapılabileceği teknoloji ve insangücüne sahip olma ve evde bakım yaklaşımındaki gelişmelerin, evde doğum yapma oranını arttığı bilinmektedir.

Araştırma kapsamına alınan multipar gebelerin önceki doğumlarını %86'sının hastanede, %14'ünün ise evde yaptığı, epizyotomi uygulanan olguların %98'inin hastanede doğum yaparken, evde doğum yapan olgulardan %86 'sına epizyotomi uygulanmadığı gözlenmiştir (Tablo 6.4).

Doğumun yapıldığı yer ile epizyotomi uygulanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

Üstünsöz'ün araştırmasında (119) önceki doğumlarında tüm gebelerin %81'inde epizyotomi uygulandığı gözlenmiştir. Ancak Üstünsöz'ün araştırmasında gebelerin önceki doğumlarını nerede yaptıkları bulgusu yer almamaktadır.

Dinç (33) gebelikteki üriner inkontinansı şikayeti olan gebelerle ilgili çalışmasında olguların önceki doğumda epizyotomi oranını %88 olarak belirtmiştir

Üstünsöz ve Dinç'in çalışmasında, önceki doğumların yapıldığı yer ile ilgili bilgi olmamasına rağmen, epizyotomi uygulanma oranı bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde evde doğum yapma oranı yaklaşık %20' dir (116). Bizim araştırmamızda evde doğum oranının düşük olması araştırma yaptığımız bölgenin ülkenin kentsel sayılabilecek daha gelişmiş bir bölgesi olmasından ve örneklem grubunda primipar gebelerin olmasından kaynaklanmaktadır.

Özerdoğan'ın (91) Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini incelediği araştırmasında bu bölgede evde doğum oranını %25 ve 20 yaş ve üstü tüm kadınlarda epizyotomi uygulanma oranını %43 olarak tesbit etmiştir. Bu araştırmada epizyotomi uygulanma oranı kentte %73,1, köyde %26,9 olarak saptanmıştır.

Araştırma bulgularımızda da ülkemizde de, bazı ülkelerde olduğu gibi ev doğumlarında daha çok ebelerin rol aldığı ve ebelerin, epizyotomi gibi müdahaleleri hekimler göre daha az tercih ettikleri sonucunu söyleyebiliriz.

Perineal yırtıklar, spontan olarak kendiliğinden oluşabileceği gibi epizyotomiye ilave olarak uzamış yırtıklarda olabilir. Özellikle epizyotomi uygulanan vakalarda epizyotominin, posterior yırtıklara neden olduğu belirtilmektedir (59, 120, 125).

Araştırmamız kapsamındaki multipar olgulardan (n=50), önceki doğumlarında yırtık olanların %50'si hastanede, yırtık oluşmayan olguların ise %11'inin evde doğum

yaptığı belirlenmiştir. Hastanede meydana gelen doğumlarda yırtık olmama oranı % 89 olarak belirlenmiştir (Tablo 6.5).

Doğumun yapıldığı yer ile yırtık oluşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ancak Tablo 6.5’ te evde doğum yapmanın yırtık oluşumunu arttırdığı gibi görülmesine rağmen, hastanede meydana gelen doğumlarda epizyotominin rutin ve yaygın kullanılması, ayrıca epizyotomi insizyonuna ilave yırtıkların kayıtlarda yer almaması ve hastaların kendilerine yapılan perine onarımının yırtık ya da epizyotomi nedeni ile mi olduğunu açıklama yapılmadığı için bilmemelerinden dolayı kesin bir yargıya varmamanın daha doğru olacağını düşünmekteyiz.

Tablo 6.6’da araştırma kapsamında bulunan ve prenatal perine masajı uygulaması ile epizyotomi açılma durumunun ilişkisi verilmiştir. Masaj grubunda yer alan 50 olgudan 5’ine epizyotomi uygulanmış 45 gebeye ise uygulanmamıştır. Kontrol grubundaki 50 gebeden 4 gebeye epizyotomi uygulanmamış 46 gebeye epizyotomi uygulanmıştır. Araştırma kapsamındaki 100 olgunun %49’una epizyotomi uygulanmadığı saptanmıştır (Tablo 6.6).

Masaj uygulanan grupta %90 oranında epizyotomi uygulanmamıştır. İki grup arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $X^2 = 62,267$   $p < 0,001$ , güç analiz = 0,91137).

Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi’nde epizyotomi uygulanma oranı, tüm doğumlarda %70.33, primiparlarda %96.72, multiparlarda ise %51 olarak saptanmıştır. Bizim araştırmamızda kontrol grubunda olguların epizyotomi uygulanma oranının, araştırma yapılan kurumun sonuçlarından daha yüksekmiş gibi görülmesinin nedeni, gebelerinin yarısının birinci, yarısının da ikinci doğumunun olmasından kaynaklanmaktadır.

Karaçam (62) epizyotomi uygulanmasının etkilerini değerlendirdiği araştırmasında epizyotomi uygulanma oranını tüm doğumlarda %64, primiparlarda %95, ikinci doğumunu yapanlarda %48 ikinci doğumun üzerindeki %12 olarak tesbit etmiştir.

Güngör (50), doğuma babaların katılması ile ilgili yaptığı araştırmada primipar gebelerde epizyotomi uygulanma oranını %96 olarak bildirmiştir.

Karahan (63), travayda lavman uygulaması ile ilgili yaptığı araştırmada olgularda epizyotomi uygulanma oranını; çalışma grubunda %68, kontrol grubunda %80 olarak belirtmiştir.

Gündüz (48), gebelikte konstipasyonu incelemek amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin %84,3'üne epizyotomi uygulandığını saptamıştır.

1993'te National Childbirth Trust (NCT) tarafından doğumda perine hakkında yapılan bir araştırmada perine masaj yapılan kadınların %22'sinde perineal travma da düşüş olduğu gözlenmiştir(29).

Kuzey Amerika Primer Bakım araştırma grubunun yaptığı bir çalışmada intakt perine oranı masaj grubunda %24,3, kontrol grubunda % 15,1 olarak tesbit edilmiştir (88).

Shipman (101) İngiltere'de yaptığı bir çalışmada perineal masajının intakt perine oranını % 6 oranında arttırdığını belirtmiştir (%69 -%75, p<0,007).

Labreque ve ark.(69), Kanada' da yaptıkları çalışmada prenatal perine masajının intakt perine oranını %15' ten %24,3' e çıkarttığını tespit etmiştir.

Avusturalya' da Stamp ve arkadaşlarının araştırmasında (105), masaj ve kontrol grubu arasında intakt perine açısından önemli bir farklılık bulunmazken, 3° ve 4° yırtıkların masaj grubunda azaldığı gözlenmiştir. Bu oran, %3,6' dan %1,7' ye gerilemiştir.

Karaçam ve Eroğlu (62), epizyotominin anne-bebek etkileşimine ve anne sağlığına etkisini inceledikleri çalışmalarında spontan yırtıkların epizyotomi uygulananlarda daha az olduğunu saptamıştır. Ancak epizyotomi uygulanan vakalarda doku hasarının daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Prenatal perine masajı yapılan grupta olguların %12'sinde yırtık oluştuğu, kontrol grubundaki olgularda %98 oranında yırtık oluşmadığı saptanmıştır. Her iki grupta yırtık oluşma durumunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $X^2=3,84$ ,  $P > 0,05$ ) (Tablo 6.7).

Davidson ve ark. (29) tarafından ABD' de prenatal perineal masajın etkisini inceledikleri araştırmalarında, masaj yapılan gebelerde masaj yapılmayan gebelere göre daha az ciddi yırtılmalar saptanmıştır. Masaj yapılan 269 vakanın 203' ünde intakt perine, 55' inde 1° yırtık 11' inde ise 2° ve üzerinde yırtık saptanmıştır. Masaj yapılmayan 93 gebeden ise 50' sinde intakt perine 32 sinde 1° yırtık, 11' inde 2° ve üzerinde yırtık tespit edilmiştir ( $X^2=17.073$ ,  $p=0,0002$ ).

Araştırmamız kapsamında bulunan kontrol grubundaki olgulardan yırtık oluşan 1 vakada yırtık 2.derecededir ve epizyotomi uygulanmadan kendiliğinden oluşmuştur. Masaj grubunda yırtık oluşan olgulardan üçünde 2.derece yırtık vardır, bu gebeler primipar olup epizyotomi uygulanmamıştır, ancak sütür atılmıştır, üç olguda ise yırtık 1 derecededir bu gebelerden ikisi multipar bir olgu primipardır.

Masaj grubunda (n=50), epizyotomi açılma oranı %10, epizyotomi açılmaksızın yırtık oluşma oranı da % 12 olup, intakt perine oranı %78 olarak saptanırken, kontrol grubunda %10 olarak belirlenmiştir. Olgularımızda spontan yırtık oranı, masaj grubunda %12, kontrol grubunda %2, epizyotomi insizyonunun uzama oranı ise masaj grubunda %2, kontrol grubunda %36 olarak saptanmıştır (Tablo 6.8).

Henriksen (52), anal sfinktere uzayan yırtıkların epizyotomi uygulananlarda daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Karaçam (62), epizyotomi uygulananlarda ilave yırtık gelişme oranını %28, insizyonun uzamasını %34, epizyotomi uygulanmayan grupta spontan yırtık oranını %22 olarak bulurken yırtık oluşmaların %60'nın 1<sup>o</sup> yırtık, %18'inde ise 2<sup>o</sup> yırtık oluştuğunu saptamıştır.

Bizim çalışmamızda prenatal perine masajı yapılan grupta intakt perine oranı, Davidson'un araştırması ile benzerlik gösterirken, kontrol gruplarında bizim çalışmamızdan farklı olarak onların çalışmasında intakt perine oranı daha yüksektir. Bu farkın onların araştırmasının yapıldığı yerde epizyotominin rutin uygulanmamasıdır.

Literatürde perine masajının yararlı etkisinin uygulama sıklığına bağlı olduğu, belirtilmiştir (29, 69, 70).

Epizyotomi uygulanma durumunun perine masajını yapma sıklığı ile ilişkisi incelendiğinde olguların %90'ına epizyotomi uygulanmadığı, epizyotomi uygulanmayan vakaların %94'üne perine masajının haftada iki kezden fazla uygulandığı, haftada iki kez masaj uygulanan olguların %80'inde epizyotominin uygulanmadığı saptanmıştır.

Epizyotomi uygulanma durumunun masaj yapılma sıklığı ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (fisher  $p>0.05$ ) (Tablo.6.9).

Masaj yapma sıklığının epizyotomi uygulanmasındaki etkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamasına ve literatürde bu konuda henüz net bir ifade olmamasına rağmen, masajı haftada iki kezden fazla yapan gebelerde epizyotomi uygulanma oranının daha düşük olduğu gözlenmektedir (Tablo 6.9).

Stamp ve ark.(105), sadece travayda perine masajını değerlendirdikleri çalışmasında masajın intakt perine için istatistiksel anlamlı bir fark bulamamışlardır.

Tablo 10'da primiparlarda epizyotomi uygulanmasının masaj yapma sıklığı ile ilişkisi incelendiğinde, haftada iki kezden daha fazla masaj yapılan olguların %90,5'inde epizyotomi uygulanmadığı, haftada iki kez masaj yapılan olguların %75'ine epizyotomi uygulandığı bulunmuştur.

Primipar gebelerde epizyotomi uygulanma durumu ile masaj yapılma sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Davidson (29), primiparlarda prenatal perineal masaj daha etkili olduğunu ifade etmiştir.(Fisher's exact 2-tailed test,  $p=0,003$ ).

Çalışmamızda, masaj grubunda epizyotomi yapılanların primipar gebeler olmasının nedeni, halen sağlık personelinin primipar gebelerin doğurtulmasında epizyotominin rutin ve yaygın kullanılması alışkanlığından ve geleneğinden kaynaklandığını ifade edebiliriz.

Multiparlarda epizyotomi uygulanmasının masaj yapma sıklığı ile ilişkisi masaj yapılan hiçbir multipar gebede epizyotomi uygulanmadığı, 25 multipar olgunun 11'ine masaj haftada iki kez, 14 olguda ise iki kezden daha fazla yapıldığı saptanmıştır (Tablo 6.11).

Multipar gebelerde epizyotomi uygulanma durumunun masaj yapılma sıklığı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır (FISHER  $p>0,05$ ).

Multipar gebelerde epizyotominin daha az uygulanmasının nedeni; multipar gebelerin daha kolay doğurabileceği düşüncesiyle epizyotomiye eğilimin multipar gebelerde düşük olmasıdır.

Yırtık oluşmasının masaj yapma sıklığı ile ilişkisi tablo 12'de incelendiğinde, doğumlarında yırtık oluşan iki gebeye haftada iki kez masaj yapıldığı, yırtık oluşan 4 gebeye ise haftada iki kez den fazla masaj yapıldığı saptanmıştır.

Masaj grubundaki multipar olgulardan sadece 2 olguda yırtık oluşmuştur yırtık oluşan 1 olguya haftada 2 kez, 1 olguya da haftada 2 kezden fazla masaj yapılmıştır.

Yırtık oluşmayan 44 (% 88) gebeden 13'üne haftada iki kez masaj uygulanırken, 31'inde ise masajın haftada iki kezden fazla uygulandığı bulgulanmıştır.

Yırtık oluşumu ile masaj yapma sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (FISHER  $p>0,05$ )

Masaj yapma sıklığının yırtık oluşumuna etkisi olmadığını, ancak 3<sup>0</sup> ve 4<sup>0</sup> gibi ciddi yırtık oluşumunu önlediğini ifade ederiz.

Literatürde pelvik taban kas egzersizleri ile perineal kasların bütünlüğünün ve elastikiyetinin korunmasının sağlanabileceği belirtilmektedir. (39, 59).

Johanson (59), antenatal dönemde yapılan pelvik taban egzersizlerinin perine masajı ile birlikte yapılırsa perineal travmayı azaltabileceğini belirtmiştir.

Tablo 6.13'te epizyotomi uygulanma durumunun kegel egzersizi yapma ile ilişkisi verilmektedir. Epizyotomi uygulanan 2 olgunun kegel egzersizlerini yaptığı, 3

gebenin de yapmadığı saptanmıştır. Epizyotomi uygulanmayan 45 gebeden 25'inin kegel egzersizlerini yaptığı, 20 gebenin yapmadığı bulunmuştur.

Epizyotomi uygulanma durumu ile kegel egzersizi yapma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $X^2=0,036, P>0,05$ , Tablo 6.13).

Dinç (33), üriner inkontinas şikâyeti olan gebelerde pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini araştırdığı çalışmasında epizyotomi uygulanma oranını deney grubunda %87,1 kontrol grubunda %76,9 olarak saptamıştır. Dinç araştırmasında egzersizin üriner inkontinansı azaltmada etkisini araştırmış perineal travmayı azaltmada katkısını değerlendirmemiştir.

Bizim çalışmamızın başlama zamanı, kegel egzersizlerine başlamak için geç bir dönem sayılabileceğinden, egzersizi yapmanın hastanın isteğine bırakılması, çalışmanın asıl amacının perine masajının etkinliğini ortaya koymak olmasından dolayı olgulara egzersizi yapması konusunda çok fazla yönlendirilmemiş ve egzersizin etkisi net olarak saptanmamıştır.

Tablo 6.14'te. Multipar gebelerde uygulayıcı masaj sıklığının kendi kendine masaj uygulama sıklığı incelendiğinde

Multipar gebelerde uygulayıcının yaptığı masaj ile kendi kendine masajı uygulamanın sıklığı karşılaştırıldığında masajı kendi kendine hiç yapmayan olguların %61'inde uygulayıcı masajının haftada bir kez yapıldığı, haftada iki uygulayıcı masajı yapılan gebelerin %57'sinin haftada bir kez kendi kendine masaj yaptığı belirlenmiştir.

Haftada iki kez uygulayıcı masajı yaptıran multipar olguların, 2'sinin masajı haftada üç kez kendi kendine uyguladığı, 3 olgunun ise masajı haftada iki kez uyguladığı saptanmıştır.

Multipar olgularda perine masajını kendi kendine yapma oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6.14)

Tablo 15 de görüldüğü gibi masaj uygulanan primipar 25 olgunun %16'sına (n=4) masaj uygulayıcı tarafından haftada 1 kez uygulanmış, %84'üne (n=21) haftada 2 kez uygulandığı gözlenmektedir.

Haftada 2 kez uygulayıcının masaj uyguladığı vakaların %36'sı (n=9) haftada 1 kez, 1 olgunun (% 4) ise haftada 3 kez kendi kendilerine masaj yaptıkları bulunmuştur.

Tablo 6.14 ve Tablo 6.15 incelendiğinde primipar gebelerin masajı daha sık uyguladıkları gözlenmektedir. Bunun nedeni ilk doğumunu yapacak olan gebelerin doğumu deneyimlemedikleri için daha endişeli, heyecanlı ve öğrenmeye daha istekli

olmaları ayrıca multipar gebelerde perineal travma oluşma riskini kendilerinde daha az olduğunu düşünmelerinden olabilir kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Doğumda perineal travmaya maruz kalmayan lohusalar, günlük fonksiyonlarına daha çabuk dönebilmekle beraber, anne-bebek etkileşimini, travmayı deneyimleyenlere göre daha erken zamanda gerçekleştirebilmektedir ve daha az perineal acı yaşadıklarını ifade eden araştırmalar vardır (62).

Araştırma kapsamında masaj uyguladığımız olguların tamamı (n=50) perine masajının faydalı olduğunu, bir daha bebek sahibi olmak isterlerse gebeliğinde tekrar yaptıracaklarını ve başka gebelere de önereceklerini ifade etmişlerdir( Tablo 6.16).

Labreque ve ark.(69, 70) çalışmalarında kadınların %80'i masajı tekrar yaptıracaklarını, %90 ise başkalarına da önereceklerini ifade etmişlerdir.

Gomme ve ark.(44) yaptıkları çalışmada 1.peryotta masaj uygulanan gruptan %85 gebe, 2. periyottaki masaj grubundan %97 gebe masajı tekrar uygulayacaklarını ve hamile arkadaşlarına önereceklerini ifade etmişlerdir.

Bizim çalışmamızda gebelerin memnuniyetinin yüksek olmasının nedeni ülkemizde antenatal bakımın yetersizliği, bu dönemde gereksinim duyulan gebelik ve doğum ile ilgili sorulara uygulayıcının cevap vermesi, bilgilendirilme ve eğitim gereksinimlerinin karşılanması, doğum yapılan ünitenin tanıtımı ve gebenin kendisiyle ilgilenildiği hissi ve güvenli hissetmeleri olduğu düşüncesindeyiz.

Perine masajı yapılan gebelerde post partum dönemde epizyotomi yara iyileşmesi daha erken olabilir. Çünkü perine masajı, perineal kasların fonksiyonlarını daha erken kazanmasını sağlayabilecek etkilere sahiptir. Doğum sonrası epizyotomi iyileşmesi; kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı, yara kenarlarının yaklaşması olmak üzere belirlenen beş kriterin baş harfleri ile adlandırılan REEDA skalası ile değerlendirilebilmektedir (46, 53, 86, 119, 143) .

Tablo 6.17'de perine masajı uygulanmış ve uygulanmamış grupta epizyotomi uygulanan vakaların yara iyileşmesi, REEDA skalası sonucunda elde edilen ortalama puanları karşılaştırılması verilmiştir. Masaj grubunda epizyotomi uygulanan olgularda REEDA ortalama puanı  $3,80 \pm 0,83$  olarak bulunurken, kontrol grubundaki epizyotomi uygulanan 46 olgunun reeda skala puanı  $3,97 \pm 1,22$  olarak bulunmuştur.

Her iki grupta REEDA Skala puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamıştır( $t=0,75$   $p>0,05$ ).

Karaçam (62), epizyotominin etkilerini değerlendirdiği çalışmasında epizyotomi grubunda; epizyotomi uygulanmamış spontan yırtık onarımı yapılan gruba göre yara iyileşmesinin daha geç ve acı çekme düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışma bulgularımızda masaj grubunun, epizyotomi iyileşmesini değerlendiren REEDA Skalası puan ortalamasının daha düşük olduğu, yani yara iyileşmesinin daha iyi olduğu gözlenmektedir ancak her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Masaj grubumuzda epizyotomi uygulanan olguların sayısının azlığı bu sonuca neden olabileceğini düşünmekteyiz.



## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 8.1. SONUÇLAR

34. gestasyon haftasından sonra gebelere perine masajı yaparak, epizyotomi kullanımını sınırladılmak, perineal travmayı azaltılmak ve perine masajının vaginal doğumdaki etkilerini incelemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirdiğimiz araştırmamızdan elde edilen sonuçlarımız aşağıda belirtilmektedir.

Çalışmamızda olgu seçim kriterlerine uygun olarak 34. gestasyon haftasından itibaren masaj yapılan ve termde doğum yapan gebeler ile, masaj yapılmamış termde doğum yapan kontrol grubundaki olgular yaş, travayda gestasyon haftası, gebelik sayısı, parite, önceki doğumlarda epizyotomi iyileşme süresi ve yenidoğan doğum ağırlığı, şimdiki doğumda yenidoğan doğum ağırlığı, baş çevresi gibi özellikler açısından birbirine benzer özellikte idi.

Olgularımızın yaş ortalaması  $24,16 \pm 3,98$ , yenidoğan doğum ağırlığı ortalaması  $3205,00 \pm 272,27$  gr, bebek baş çevresi ortalama  $34,43 \pm 0,88$  cm olarak saptanmıştır.

Araştırmaya kapsamına alınan multipar olguların önceki doğumları sorgulandığında %14'ünün evde, %86'sının hastanede doğum yaptığı, hastanede doğum yapan gebelerden sadece birine epizyotomi uygulanmadığı belirlenmiştir. Doğumun yapıldığı yer ile epizyotomi uygulanma oranı arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Masaj grubunda epizyotomi uygulanma oranı %10, kontrol grubunda %92 olarak saptanmıştır. Masaj uygulanan grupta epizyotomi uygulanma oranı istatistiksel anlamlı düzeyde azalmıştır ( $X^2=62,267$   $P < 0,001$ , Güç Analizi =0,91137).

Gruplar arasında yırtık oluşma oranı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Tüm olgularda masaj yapma sıklığının epizyotomi ile ilişkisinde istatistiksel bir farklılık bulunmazken, haftada iki kezden fazla masaj yapılan olguların %94'üne epizyotomi uygulanmadığı gözlenmiştir.

Primipar gebelerin masajı sık yaptıklarında epizyotomi uygulanma oranı istatistiksel anlamlı düzeyde azalmıştır ( $p < 0,05$ ). Ancak multiparlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Masaj yapma sıklığının yırtık oluşması ile ilişkisinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır, ancak masajın daha sık yapan olguların ( $n=31$ ) %86'sında yırtık oluşmadığı gözlendi ( $p > 0,05$ )

Kegel egzersizlerini yapmanın epizyotomi uygulanması ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $X^2=0,036$   $p>0,05$ ).

Uygulayıcı masajı ile kendi kendine masaj yapma durumu incelendiğinde primipar gebelerin masajı yapmaya daha istekli olduğu masajı daha az yaptıran multipar olguların kendi kendine masajı da daha az yaptıkları saptanmıştır.

Perine masajı uygulanan ve uygulanmayan grupta epizyotomi iyileşmesi REEDA Skalası ile değerlendirilmiş ve masaj grubunun ortalama puanı  $3,80\pm0,83$ , kontrol grubunun ise  $3,97\pm1,22$  olarak saptanmıştır. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $t=0,75$   $p>0,05$ ).

Araştırmamız sonucunda intakt perine oranı; masaj grubunda %78, kontrol grubunda ise % 10 olarak tespit edilmiştir. Masaj grubumuzdaki olguların tamamı doğum sonrası günlük fonksiyonlarına dönmede yaşadıkları kolaylık nedeni ile perine masajını, bir dahaki doğumlarında yine tercih edebileceklerini ve diğer gebe tanıdıklarına tavsiye edeceklerini ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz:

## 8.2. ÖNERİLER

- Ebelerin prenatal perine masajını yapması ve gebelere öğretmesi,
- Perineal travmaları önlemede perine masajının etkinliğini araştıran deneysel randomize çalışmaların yapılması
- Perine masajını öğretmede etkin öğretim yöntemlerinin araştırılması
- Ebelik ve hemşirelik müfredatlarında prenatal perine masajına yer verilmesi
- Epizyotominin rutin ve yaygın kullanımının sınırlandırılması

## 9. EKLER

### EK 1.

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ESKİŞEHİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKIMEVİ BAŞTABIPLIĞI

SAYI : B10415M4260014 7/SS  
KONU : Araştırma

ESKİŞEHİR  
08/11/2002

**SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**  
**ESKİŞEHİR**

İLGİ: 06/11/2002 tarih ve 13384 sayılı yazınız.

Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Araştırma Görevlisi ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doktora Öğrencisi Fatma Deniz SAYINER' in " Vaginal Doğumlarda Perineal Masajın Etkinliği" konulu araştırmasını kurumumuzda hastalarımıza uygulaması isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Arslan KABUKÇUOĞLU Baştabi

**EK 2.**

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

ADI SOYADI:

GÖRÜŐME TARİHİ:

PROTOKOL NO:

Vaginal doğumlarda perineal masaj uygulaması ve etkileri araŐtırıcı tarafından tarafıma anlatılmıştır. Masajı yaptırmayı istiyorum ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

İKAMETGAH ADRESİ:

.../.../200..

İMZA

### **EK 3.**

#### **TANITICI FORM**

Gebeninin yaşı:

Gebelik haftası:

Gebelik sayısı:

Doğum sayısı:

#### **Önceki doğumlarda**

Epizyotomi var mıydı:

Epizyosu ne kadar sürede iyileşti:

Yırtık var mıydı:

Doğumunu kim yaptırdı:

Doğumunu nerede yaptı:

Bebeğin kilosu:

#### **Masaj yapma sıklığı**

Uygulayıcının masaj sıklığı:

Gebenin masaj sıklığı:

Eşinin yaptığı masaj sıklığı:

#### **Şimdiki Doğumda**

Epizyo açıldı mı:

Yırtık oluştu mu:

Oluşan yırtığın derecesi:

Bebeğin pozisyonu:

Bebeğin kilosu:

Baş çevresi:

Doğum pozisyonu:

Doğumu kim yaptırdı:

Epizyo insizyonu uzadı mı:

Uzadı ise nereye kadar:

Masaj sizce faydalı mı:

Bir daha gebe kalırsanız masajı yine yaptırır mısınız:

Masajı diğer gebelere önerir misiniz:

## **EK 4.**

### **EVDE MASAJ YAPMA REHBERİ**

- Gün içinde rahat olabileceğiniz en uygun zamanı seçin
- Ellerinizi yıkayarak idrar ve dışkı boşaltımınızı yapın
- Ellerinizi tekrar yıkayın
- Konforunuzu sağlayabileceğiniz uygun bir alana geçin
- Eldiven kullanabilirsiniz
- Uzanın yada bacaklarınızı açarak oturun pozisyonunuza en rahat nasılsa siz

karar verin

- Karşınıza ayna koymanız daha kolay görmenizi sağlayabilir
- Size verilen kayganlaştırıcı maddeyi parmaklarınıza birkaç damla döküp iki baş parmağınızı vaginadan 2-3 cm kadar içeriye sokup baş parmaklarınızla yan duvarlarına basınç yapın.

▪ Basıncın şiddetini o bölgede acı hissetmeye başlamasıyla karar verebilirsiniz acı hissetmediğiniz şiddette devam edin

- 2 dakika basınç yapmayı sürdürün.
- Size daha önce öğretildiği gibi o bölgedeki kaslarınızı sıkıp bırakarak kullanın ve bu kasları fark edin

▪ O kaslarınızın üzerine baş ve işaret parmaklarınızı kullanarak vaginanızın içine çengel şekilde parmaklarınızı sokarak masaj yapın.

▪ Masajınızı vaginanın tüm yan duvarlarına ulaşabildiğiniz kadar yapmaya çalışın

- Toplam 10 dakika olmadan masajı bırakmamaya gayret edin

Masajla beraber yine en uygun zamanlarınızda uygulayıcınızın size öğrettiği kas egzersizlerini de yapmayı ihmal etmeyin.

**EK 5.**  
**REEDA SKALASI**

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

## 10. KAYNAKLAR

1. Aksayan S., Emiroğlu O.N.: Hemşirelik araştırma raporlarının yöntem sunumu açısından değerlendirilmesi, Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Araştırma Sempozyum Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC), s.15-17, İstanbul, 1998.
2. Anderson R. J., Genardy R.: Anatomi ve Embriyoloji. H.Güner (ev), Ed: A Erk. Novak Jinekoloji. Nobel Tıp Kitap Evleri, s:71-121, İstanbul, 1998.
3. Anonymaus Nursing: Is episiotomy justified? Horsham., 30 (10):14, 2000.
4. Argentina Episiotomy Trial Collaborative Group, Rutin v.s selective episiotomy: A randomised controlled trial. Lancet, 342: 1517-1518, 1993.
5. Arıkan N., ner S., Baybuğa M., Duygulu S.: Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları, Trakya Üniversitesi III. Ulusal Hemşirelik ğrencileri Kongresi zet Kitabı, s.39, nc Basımevi, 2004.
6. Arısan K.: Propedötik Kadın-Doğum, Nobel Tıp Kitapevleri, II. Baskı, İstanbul, 1997.
7. Arslan E.: Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Ed: N Kızılkaya Beji., Kadınlarda riner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, s:51-59, İstanbul, 2002.
8. Arslan H.: Antenatal bakım: ebe ve hemşirenin rolü. 9.Ulusal Perinatoloji Kongresi zet Kitabı, s:21, Bilkent, Ankara, 2003.
9. Bachman J., Kendrick J. M.: Childbirth, Ed: Simpson K.R., Creehan P.A., AWHONN, Perinatal Nursing., s: 161, Lippincott, Philadelphia, Newyork, 1994.
10. Basevi V., Lavender T.: Routine perineal shaving on admission in labour. The Cochrane Library, issue 2, 2004.

11. Baxter J.: Taking action: towards evidence-based practice, British Journal of Midwifery., 11(9): 547, 2003.
12. Belizan J., Gilda V.: Health-Latam: Pregnant women subjected to outdated methods, Global Information Network., 14:1-4, 2004.
13. Bennett V.R., Brown L.K.: The reproductive organs. Ed: Bennett V.R., Brown L.K., Myles Textbook for Midwives. s:952-953, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999.
14. Beth H.: Speeding Recovery. Baby Talk., New York 68(5): 78, 2003.
15. Bilgin Z.: Fetal sağlığın değerlendirilmesinde non-invaziv yöntemlerin etkinliği. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Doç. Dr. N. Demirci).
16. Bobak I.M., Jensen M.D.: Maternity and Gynecologic Care. Mosby, Philadelphia s:380-381, 1997.
17. Bolsoy N., Taşpınar A., Özbaşaran F.: Manisa il merkezinde hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İstanbul, Program ve Özet kitabı, s:151-155, 2003.
18. Callaghan P.: İntroduction to evidence-based health and social care. Presentation at Koç University, İstanbul, Turkey 14 May., 2004.
19. Carroli G., Belizan J.: Episiotomy for vaginal birth, The Cochrane Library, issue 2, Abst.81, 2002.
20. Chase M: "Neo-natal: A commonly used aid to childbirth faces doubts abouth benefits episiotomy, once routine, may not ease delivery and can slow recovery-knowing". The Wall Street Journal, 30.03. 2002.
21. Ciolli P., Visco P., Orsini A.M., Russo P.: Episiotomy: can its habitual use be defended ? A study of 100 puerperae and a group of gynecologists and

- midwives, *Minerva Gynecol.*, 49(5): 187-91, 1997.
22. Coats P., Chan K., VWilkins M., et al: A comparasion between midline and mediolateral episiotomies, *British Journal Obstetric Gynecol.*, 87: 408-413, 1980.
  23. Coşkun A., Karanisoğlu, H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, s:31-33,284, Eskişehir, 1993.
  24. Coşkun A.: Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Ed: N. Beji Kızılkaya., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını., s:1-11, İstanbul, 2002.
  25. Cuervo L.G., Rodriguez M.N., Delgado M.B.: Enemas during labor, *The Cochrane Library*, issue 2, 2000.
  26. Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J.Gilstrap L.C., Haut J.C., Wenstrom K.D.: *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill Companies., Newyork, 2001.
  27. Danforth, D.N.: *Obstetrik ve Jinekoloji*, Çev. Ed.: S Erez., 7th Edition, Yüce Reklam Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1994.
  28. Davidoff F., Haynes B., Sackett D., Smith R.: Evidence-Based Medicine; A New Journal To Help Doctors Identify The Information They Need, *British Medical Journal.*, 310:1085-6, 1995.
  29. Davidson K.: Prenatal perineal massage preventing lacerations during delivery. *JOGNN.*, 5: 474-479, 2000.
  30. Deering S.H., Carlson N., Stitely M., Allaire A.D., Satin A.J.:Perineal body length and lacerations at delivery, *J Reprod Med.*, 49(4): 306-310, 2004.

31. Demir N.: Normal doğum. Ed: M.S Belzaç., Demir N., Koç A., Yüksel A.,OBSTETRİK Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Kozan Ofset, s: 1261-1263, 2001.
32. Demirci, N.: Perinatal bakımda kanıt temelli uygulama. I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s: 27-29, Antalya, 2002.
33. Dinç Aşkın A.: Üriner İnkontinans Şikayeti Olan Gebelerde Gebelik Ve Postpartum Dönemde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bu Şikayetin Giderilmesindeki Etkinliği, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, İstanbul, 2004, (Danışman:Doç.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji).
34. Dinç A.: 1996-97 Dönemine ait halk sağlığı uygulamalarında gebelikte görülen riskfaktörlerinin saptanması, Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi,1(5), İstanbul, 1998.
35. Eason E., Labrecque M., Marcoux S: Anal incontinence after childbirth. Canadian Medical Association Journal., 166(3): 326-331, 2002.
36. Edith M.H.: Physiology and management of the second stage of labour. Ed: Bennett V.R., Brown L.K., Myles Textbook for Midwives. s: 458- 459, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999.
37. Eltorkey M.M., Nuam M.A.: Episiotomy, elective or selective : A report of random allocation trial, Journal of Obst & Gyn.,14(5): 317-321, 1994.
38. Erefe T.İ: Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, 2002.
39. Eskiyurt N., Karan A.: Üriner İnkontinasta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon .Edt: H Güner., Ürojinekoloji, s: 139-143, Atlas kitapçılık, Ankara, 2000.
40. Feinstein U., Sheiner E., Levy A., Hallak M., Mazor M.: Risk factors for arrest of descent during the secondstage of labor.J Gynaecol Obstet., 77(1): 7-14, 2002.

41. Fleming N., Newton R.E., Roberts J.: Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *Journal of Midwifery & Women's Health.*, 48(1): 53-59, 2003.
42. Foldspang A., Mommsen S., Djurhuus J.: Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *Am. Journal of Puplic Health.*, 89(2): 209, 1999.
43. Foxcroft C.N.: Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *The Cochrane Library.*, Issue 2, 2000.
44. Gomme C., Sheridan M., Bewwley S.: Antenatal Perineal Massage: Part1 *British Journal of Midwifery.*, 11(12): 707-711, 2003.
45. Gomme C., Sheridan M., Bewwley S. Antenatal Perineal Massage: part 2 *British Journal of Midwifery.*, 12(1): 51-54, 2003.
46. Gorrie T.M., McKinney E.S., Murray S.S.: *Foundation of Maternal-Newborn Nursing, Second Edition.* W.B. Saunders Company., Philadelphia, 1998.
47. Graham I.: I Believe therefore I practise, *Lancet*, 347(8993): 4-6, 1996.
48. Gündüz G.: Gebelikte Konstipasyonun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi., M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü., İstanbul, 2002 (Danışman: Doç. Dr. N. Demirci).
49. Güner H., Yazıcı G.: Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. Ed: H. Güner *Ürojinekoloji.*, s: 1- 10, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000.
50. Güngör İ.: Babaların Doğuma Katılmasının Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü., Yüksek Lisans Tezi., İstanbul, 2004, (Danışman: N. Kızılkaya Beji).
51. Halsam J.; Pelvik floor muscle exercises. *Journal of Nursing Times.*, 99(1), 2003

52. Henriksen T., Bek K., et al: Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *British Medical Journal*, 309(6964): abst: 1255, 1994.
53. Hill P.D.: Psychometric properties of REEDA, *Journal of Nurse Midwifery*, May- Jun35(3): 162- 165, 1990.
54. Hill P.D.: Effects of Heat And Cold on The Perineum After Episiotomy/Laceration, *Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 18(2): 124- 9, 1989.
55. Hillan M.E.; Physiology And Management of The Second Stage of Labour, *Myles Textbook for Midwives* (Edt:Bennet V.R.,Brown L.K), Churchill Livingstone, Toronto s:458-463, 1999.
56. Hirsch H.A.: Episiotomy and its complications, *Z Geburtshilfe*, 201 (Suppl) 1: 56- 62, 1997.
57. Hordness K., Bergojo P.: Severe Lacerations After Childbirth, *Acta Obstet Gynecol Scand*,72(6): 413-22, 1993.
58. Howard A.R.; *Rehabilitation Medicin*, fourth ed.,Saint Luis, the Mosby Company, 1977.
59. Johanson R.: Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *The Lancet*, 355: 250- 251, 2000.
60. Joyce H.V.: *Normal Childbirth. Maternity & Gynecologic Care The Nurse and Family*, Ed:Lowdermilk L.D., Fifty Edition, Mosby, Toronto, 1993.
61. Kabak A., Koçoğlu F., Unsal Ş., Taşçı E., Şirin A.: Ülkemizde kanıta dayalı hemşirelik bakımı uygulanabilir mi?, *Trakya Üniversitesi İÜ. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı*, s: 85, Öncü Basımevi, 2004.
62. Karaçam Z., Eroğlu K.: Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nur.*, 43(4): 384-94, 2003

63. Karahan A. N.: Travayda Lavman Uygulamasının Travay Sürecine, Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2004.
64. Karamanoğlu A.E.; Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, 1999 (Danışman: Doç.Dr.Hande.G.Harmancı).
65. Kişnişci, H., Gökşin, E., Durukan, T. ve ark.: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitapevi, Ankara, 1996.
66. Klein M.C.: Studying episiotomy: When beliefs conflict with science, *Journal of Family Practice.*, 41(5): 483- 489, 1995.
67. Korczynski J.: Routine episiotomy in modern obstetrics. Is it necessary ?, *Przegl. Lek.*, 59(2):95-7, 2002.
68. Kovacs G,T., Heath P., Heather C.: Australian trail of birth- training device Epi-NO:A highly sinificantly increased chance of an intact perineum. *Australian &New Zealand Journal of Obstetric& Gynaecology.*, 44(4): 347-349, 2004.
69. Labrecque M., Eason E., Marcoux S.: Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy.*Am J Obstet Gynecol.*,180 (3): 593- 600, 1999.
70. Labrecque M., Eason E., Marcoux S.: Perineal massage in pregnancy: such massage significantly decreases perineal trauma at birth. *British Medical Journal.*, 323: 753- 754, 2001.
71. Lamont R.F.: Evidence-based labour ward guidelines for the diagnosis, management and treatment of spontaneous preterm labor. *J Obstet Gynecol*, 23 (5): 469- 78, 2003.

72. Larson B., Rao L.: Childbirth in the '90. *Prevention.*, 47(4): 86-93, 1995.
73. Layton S.; The Effect Of Perineal Trauma On Women's Health, *British Journal of Midwifery*, 12 (4): 2004.
74. Lede R.L., Belizan J.M., Carroli G.: Is routine use of episiotomy justified?. *American Journal of Obstet Gynecol.*, 174: 1399- 1402, 1996.
75. Leeman L., Spearman M., Roger R.: Repair of obstetric perineal lacerations. *American family physician.*, 68(8): 1585- 1591, 2003. .
76. Lorenzi E.A.: Relaxation: Episiotomy incisional pain and overall discomfort. *Journal of Advanced Nursing.*, 16(6): 701- 709, 1991.
77. Lowderwilk, D.L., Perry, E.S., Bobak, T.W.: *Maternity & Women's Health Care*, Sixth Edition, Mosby, s: 725-742, Philadelphia, 1996.
78. Lu S.: Cut episiotomy risk by %35. *Prevention.*, 56(3): 138,-139, 2004.
79. Luis E., Sanz M.D.: Managing episiotomy and their complications. *J Obstet Gynecol.*, 55: 51- 74, 2001.
80. Lydon-Rochelle M.T., Albers L., Teaf D.: Perineal outcomes and nurse-midwifery management. *Journal of Nurse Midwifery.*, 40(1): 13-8, 1995.
81. Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatı, sıra no:4, 2004
82. Martin S., Labrecque.M., Marcoux S., SyLvie B., Pinault J.: The association between perineal trauma and spontaneous perineal tears. *The Journal of Family Practice.*, 50(4): 333-337, 2001.
83. Minkin M.,J: Episiotomy: Will you need one?. *Prevention.*, 52(12): 91, 2000.
84. Moore H.M.: The costs of urinary incontinence. *The Medical Journal Australia.*, 174: 436- 437, 2001.

85. Murphy P., Feinland J.B.: Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth.*, 25 (4): 226-234, 1998.
86. Nichols, F.H., Zwelling. E.: *Maternal Newborn Nursing Theory and Practice*. W.B.Saunders Company, s.770-771, Philadelphia, 1997.
87. Norman S.: *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*. Ed:N Tuna, Romatizmal Hastalıklar., Hacettepe Taş Kitapçılık, Ankara , s: 204- 207, 1990.
88. North American Primary Care Research Group: Perineal massage during pregnancy may prevent perineal travuma, *American Family Physician*, 55(5): 1888, 1997.
89. Önderoğlu L.: Doğum öncesi (İlk Basamaktan İkinci Basamağa). II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi., İstanbul, Program ve Özet kitabı, s:34-354, Haziran 2003.
90. Özdamar.K.: *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Güç analizi ve örnekleme yöntemleri*, Kaan Kitabevi, 2003.
91. Özerdoğan N.Ö.: Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Doktora Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Doç. Dr. N.K.Beji ).
92. Özsoy S.A., Karaaslan A.: Hemşirelik kongre ve sempozyumlarında sunulan araştırmaların incelenmesi, *Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Araştırma Sempozyum Kitabı*, Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC), İstanbul, 1998.
93. Patterson E.T.: Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *The American Journal of Maternal/ Child nursing .*, 24(5): 272, 1999.

94. Platin N.: Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanamaz. Neden?, 1. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, s. 23, 2001.
95. Pritchard J.A., MacDonald P.C., Gant N.F.: Williams Doğum Bilgisi. s: 28-29, Güneş Kitabevi, Ankara, 1989.
96. Renfrew M., Hannah W., Albers L., Floyd E.: Practices that minimize trauma to the tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth.*, 25(3): 143- 160, 1998.
97. Ridsdale L.: Evidence-based general practice: a critical reader, *British Medical Journal.*, 310(1): 146-7, 1995.
98. Röckner G., Wahlberg V., Ölund D.: Episiotomy and perineal trauma during childbirth *Journal of Advanced Nursing.*, 14: 264- 268, 1989.
99. Sackeü D.: Evidence-based medicine, *The Lancet*, 346: 1171, 1995.
100. Sartore A., De Sata F., Maso G., Pregazzi R., Grimaldi E., Guaschino S.: The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery, *Obstet Gynaecol*, 103 (4): 669- 673, 2004.
101. Shipman M.K., Boniface D.R., Tefft M.E., McCloghry F.: Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: A randomized controlled trial. *Br. J.Obstet Gynaecol.*, 104: 787-791, 1997.
102. Signorello L.B., Harlow B.L., Chekos A.K., Repke J.T. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American J.of Obs.&Gyn.*, 184: 881-890, 2001.
103. Simpson K.R.: Strategies for developing an evidence– based approach to perinatal care. *MCN., The American J.Of Maternal/ Child Nursing.*, 24(3), 1993.
104. Sleep J., Grant A., Garcia J.et al: West Berkhshire perineal management trial,

British Medical Journal, 289: 587- 590, 1984.

105. Stamp G., Kruzins G., Crowther C.: Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma. British Medical Journal., 322(7297): 1277-1280, 2001.
106. Stevens K.R.: Evidence based practice: Is nursing research ready for partnership ?, The Cochrane Library, issue 2, 2004.
107. Sultan A.H., Kamm M.A.: Obstetric perineal trauma an audit of training, Journal of Obstetrics & Gynaecology., 15(1): 19- 23, 1995.
108. Şahin N.H., Bildircin M., Gökyıldız Ş.: Gebelik, doğum ve postpartum döneme ilişkin Cochrane'da yer alan araştırma örnekleri ve perinatoloji hemşireleri için kanıta dayalı araştırma konuları, Hemşirelik Forumu.,7(1): 42- 49, 2004.
109. Tanır H.M.: Forseps, vakum ekstraksiyonu uygulamaları ve epizyotomi. Ed: M. S. Belzaç, N. Demir, A. Koç, A. Yüksel., OBSTETRİK Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. s; 1319- 1320, Nobel Kitabevi. Kozan Ofset, 2001.
110. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş 4. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2000.
111. Tekirdağ A. İ., Çağlar B., Dere K.: Epizyotomili normal doğum mu? Yoksa sezeryan doğum mu?. 13- 16 Eylül 3.Ulusal Jinekoloji & Obstetri Kongresi, İstanbul, 2001.
112. Thacker S.B., Banta H.D.: Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of english language literatüre 1860- 1980. Obstet & Gynecol., 38: 322- 338, 1993.
113. Tuğrul S., Köse D, Çaylarbaşı B, Oral Ö., Yıldırım G., Başaran T.: Postpartum hemorajide mediolateral epizyotominin etkinliği, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 33(4): 28- 31, 2002.

114. Tuna N.: Klasik Masaj. Nobel Tıp Kitapevi., İstanbul, s: 38- 49, 1986.
115. Turan C.M.: Nitelikli doğum ve doğum sonu hizmetler. II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi., Program ve Özet kitabı, s:36-38, İstanbul, 2003.
116. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc., Ankara, 2004.
117. Upshur R.E.G.: Are all evidence-based practices a like? Problems in the ranking of evidence, JAMC, 169(7): 672- 6733, 2003.
118. Uygur D., Yeşildağlar N., Kiş S., Sipahi T.: Early repair of episiotomy dehiscence, Aust N Z J Obstet Gynaecol, Jun; 44(3): 224- 226, 2004.
119. Üstünsöz, A., İnanç, N.: Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1996 (Danışman Prof. Dr. Dz. Yük. Hem. Nur İnanç).
120. Walfisch A. Hallak M.: Episiotomy a review of literatüre. Harefuah., 141(9): 833- 838, 2002.
121. Wall L.L.: İnkontinans, Prolapsus ve Pelvik Tabanı Hastalıkları. Çev Ed: A Erk., Novak Jinekoloji., Nobel Tıp Kitabevleri,12.Baskı, İstanbul, 619-677, 1998.
122. Walling A.D.: Should an episiotomy be routine in childbirth? American Family Physician., Kansas City, 62(8): 1889, 2000.
123. Webb D.A., Culhane J.: Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth., Birth, 29(2): 132- 136, 2002.
124. Weeks J D., Kozak L.J.: Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998.BIRTH., 28(3): 152- 160, 2001.

125. Woolley R.J.: Benefits and risks of episiotomy: a review of the english-language literature since 1980. Part II, *Obstet Gynecol Sur.*,50(11): 806- 835, 1995.
126. World Health Organization, Maternal And Newborn Health Safe Motherhood Unit Family And Reproductive Health Care in Normal Birth A Practical Guide, Report of A Technical Working Group, Geneva
127. Wyman JF.: Quality of life of older adults with Urinary Incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society.*, 46 (6): 778- 779, 1998.
128. Yayla M.: Antenatal bakım:kim, nasıl, hangi sıklıkta?. 9.Ulusal Perinatoloji Kongresi Özet Kitabı., s: 17- 20, Bilkent , Ankara, 2003.
129. Yener N.: Diaphragma pelvis-perineum. Ed: M.S. Belzaç., N. Demir., A. Koç., A. Yüksel., *OBSTETRİK Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji.*, Nobel Kitapevi., Kozan Ofset, s: 10-14, 2001.
130. Zuspan F.P., Quilligan E.J.: *Obstetrik ve Jinekoloji, Çağdaş Tedavi.* Çeviri Editörü: Güner H., s: 27-29, Atlas Kitapçılık, Ankara, 1995.

## 11. ÖZGEÇMİŞ

03.12.1971 Mersin doğumlu olan FATMA DENİZ SAYINER 1989 yılında Nevşehir Sağlık Meslek Lisesi'ni bitirdi ve aynı yıl S.B.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 1995 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nu bitirdi.

1996- 1999 yılları arasında Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde doğum odası sorumlu hemşiresi ve hizmetiçi eğitim hemşiresi olarak görev yaptı. 1998 yılında M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programını tamamladı.

“Aile Planlaması Danışmanlık Kursu” “Lemon Eğitici Eğitimi” kurslarını başarıyla tamamladı.

1999- 2000 yılında Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi, 2001 yılından itibaren de araştırma görevlisi olarak çalıştı. Halen M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü kanalı ile Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora eğitimi için araştırma görevlisi olarak çalışmakta olup, evli ve iki çocuk annesidir.