



Effect of warm application to the perineum in vaginal labor on perineal integrity and pain

Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi¹

Rojjin Mamuk²
Nimet Sevgi Gençalp³

Abstract

Purpose: This study was experimentally designed to determine the effects of applying warm perineal compresses, starting from the transition phase of the first stage of labor, until the end of the second stage, on perineal trauma and pain.

Materials and Methods: The present study was conducted at a public hospital with 60 pregnant women in their second labor between May and October 2006. The participants were divided into two groups of 30; one control group and one experimental group. Both groups received standard care however; warm perineal compresses were applied to the participants in the experimental group, starting from the transition phase of the first stage, until the end of the second stage. Data were collected using an Introductory Information Form, a Labor Monitoring Form, a Post-Labor Interview Form and a Visual Analog Scale. Statistical analyses were performed using Frequencies, Chi Square Test, Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Test, and T-Test.

Findings: When the groups were compared for the effect of warm application of labor pain the distribution of Visual Analog Scale scores,

Özet

Amaç: Bu çalışma, doğum eyleminin birinci devresinin geçiş fazından başlayarak ikinci devrenin sonuna kadar perineye sıcak uygulamanın perineal travma ve ağrıya etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma Mayıs-Ekim 2006 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde 60 ikinci kez doğumunu yapan gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir. Gebelerin 30'u deney 30'u kontrol olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmada her iki gruba standart bakım uygulanmış olup deney grubuna farklı olarak doğum eyleminin birinci devresinin geçiş fazından başlanarak ikinci devrenin sonuna kadar perineye sıcak uygulama yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi İzlem Formu, Doğum Sonu Görüşme Formu ve Visual Analog Skala kullanılmıştır. Veriler yüzdeler, ortalama Ki-Kare, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney u testi ve t testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Sıcak uygulamanın doğum ağrısına etkisiyle ilgili Visual Analog Scale puanının, ağrının bölgesel olarak dağılımının, doğum sonu

¹Bu çalışma, 19th International Pelvic Pain Society Annual Scientific Meeting, 25-29 Mayıs 2011 İstanbul'da poster bildirisi olarak sunulmuştur.

²Msc., Midwifery, rojjinmamuk@mynet.com

³Assist. Prof., Üsküdar University, Midwifery, sgencalp@gmail.com

regional distribution of pain, integrity of the perineum after delivery, and mothers' thoughts about their delivery, statistically significant differences were found ($p < 0.05$).

Conclusion: It was observed that warm perineal compress is effective in reducing perineal pain, and that this application is regarded by mothers as comfortable and acceptable. Moreover, warm compress is thought to effectively protect the perineum against traumas.

Keywords: Second stage of labor; perineal pain; perineal trauma; warm application

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

1. GİRİŞ

Perineal ağrı, doğumda bebek başının perineden çıkışı sırasında yaşanan; yanma, yırtılma, parçalanma şeklinde tarif edilen benzersiz bir ağrıdır (Lowe ve Roberts, 1988; Anderson, 2000; Sanders ve Campbell, 2005). Bu ağrıya yönelik girişimlere dair ilk kanıtlar Antik çağlara dayanmaktadır. Aristoteles doğumda kadınların perine bölgesinde sürekli artan ve iğneleyici tarzda ağrı yaşadığını belirtmiş ve bu ağrıyı 'ring of fire' ateş çemberi olarak tanımlamıştır (Dahlen ve ark., 2009). Doğum ve ebelikle ilgilenen Efesli Soranus da, jinekoloji kitabında doğumun ikinci evresinde ılık tatlı zeytinyağına batırılmış bez parçalarının abdomen, mesane ve labiumları örtecek şekilde uygulanmasının faydalı olduğunu belirtmiştir (Dahlen ve ark., 2009).

Doğumda yaşanan perine hasarı epizyotomi, spontan travmalar veya her ikisi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Renfrew ve ark., 1998; Albers, 2003). Perine hasarına bağlı oluşan kısa süreli sorunlar ağrı, kan kaybı, enfeksiyon, sütür yapma ihtiyacı ve hareket kısıtlılığıdır. Uzun sürede ise üriner ve cinsel disfonksiyonlar ayrıca depresyon görüle bilmektedir. Perineal travmaların annelerin günlük yaşamlarını ve ailesel ilişkilerini de olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Renfrew ve ark., 1998; Albers, 2003; McCandlish ve ark., 1998; Hudelist ve ark., 2008; Kocaöz ve Eroğlu, 2009). Günümüzde perineyi korumak için kullanılan teknik ve uygulamalar; alternatif doğum pozisyonları, ıkınma teknikleri, perine masajı, perinenin elle korunması veya korunmaması, perineal sıcak uygulama olarak sıralanabilir (Dahlen ve ark., 2009; Renfrew ve ark., 1998; Albers, 2003; Albers ve ark., 2005; Stamp, 1997).

Literatürde perineal sıcak uygulamanın, perine hasarını ve ağrıyı azaltarak doğumun ikinci aşamasında anne konforunu desteklediği bildirilmektedir (Dahlen ve ark., 2009; Albers, 2003; Stamp, 1997; Balaskas, 1991; Musgrove, 1999; Hobbs, 2001; Simkin ve Boldig, 2004; Davis, 2004).

perine bütünlük durumunun ve annelerin yaşadıkları doğumla ilgili düşüncelerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada perineal sıcak uygulamanın perineal ağrıyı azalttığı, perineyi travmalara karşı korumada etkili olduğu ayrıca anneler için konforlu ve kabul edilebilir bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum eyleminin ikinci devresi; perineal ağrı; perineal travma; sıcak uygulama

Perineye sıcak uygulama doğum eyleminin ikinci devresinin başından bebek başının çıkışına kadar sıcak yaş kompresler, sıcak su şişesi veya sıcak paketler ile uygulanır (Dahlen ve ark., 2009; Albers, 2003; Albers ve ark., 2005; Simkin ve Boldig, 2004; Davis, 2004). Bu tekniğin etki mekanizması şöyle açıklanmaktadır (Albers ve ark., 2005):

1. Sıcak uygulama, kapı kontrol teorisine göre ağrı duyumunu kontrol edebilir,
2. Sıcaklığın etkisiyle uygulama alanında ağrı eşliğinde yükselme olabilir,
3. Sıcak uygulama endojen endorfinleri uyarak ağrı oluşumunu azaltabilir,
4. Sıcakla dokuların viskoelastik özelliklerinde değişimlere bağlı olarak, sinir uçlarındaki baskı ve gerilme gibi mekanik etkenler azaltılarak analjezi oluşturulabilir,
5. Oluşan vazodilatasyon sonucu iskemiye bağlı ağrı ortadan kalkabilir. Aynı zamanda vazodilatasyonla ağrı oluşturabilecek metabolik atıkların bölgeden uzaklaşması kolaylaştırılabilir.
6. Sıcak uygulama dokularda gevşemeyle beraber esnekliği de arttıracığı için, doğumda perine travmalara karşı korunabilir ve epizyotomi ihtiyacı azaltılabilir (Dahlen ve ark., 2009; Albers, 2003; Balaskas, 1991; Hobbs, 2001; Davis, 2004; Aksoy, 2000; Öztürk ve Akşit, 2004; Erdoğan, 2000; Koyuncu, 2002; Brown, 2001).

Doğum sırasındaki bakım son yıllarda kanıta dayalı uygulamalar ile değerlendirilmekte ve uygulanmaktadır. Yüksek düzeyde güvenli ve etkili olan uygulamaların seçimi, doğumda anne ve bebekle ilgili mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır (Berghella ve ark., 2008). Bu nedenle ebeler de kanıta dayalı tıp açısından uygulamalarını gözden geçirmeli ve sonuçları uygulamalarına yansıtmalıdırlar. Yapılan literatür taramasında perineal sıcak uygulamanın kanıta dayalı uygulamalarda kanıt düzeyi (B) olarak belirlenmiş, üçüncü ve dördüncü derece yırtık olasılığını azalttığı vurgulanmıştır. Buna göre yararları zararından fazla görülen perineal sıcak uygulamanın, uygun görülen tüm gebelere uygulanması tavsiye edilmektedir (Berghella ve ark., 2008). Pek çok ülkede anneler ve özellikle ebeler tarafından tercih edilen bu tekniğin ülkemizde kullanıldığına dair herhangi bir kanıt rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, doğum eyleminin birinci devresinin geçiş fazından başlayarak ikinci devrenin sonuna kadar perineye sıcak uygulamanın perineal travma ve ağrıya etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Deneysel olarak planlanan çalışmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı hastaneye Mayıs - Ekim 2006 tarihleri arasında 2. doğumunu yapmak için başvuran annelerden, normal vajinal doğum

yapanların tümü oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında power analizi kullanılmıştır. Bir önceki yılın mayıs - ekim ayları arasında ikinci doğumunu yapmak için doğumhaneye başvuran 408 gebe üzerinden yapılan hesaplamada; % 95 güven aralığında, \pm % 5 hata payı ve % 17.3 görülme sıklığı ile örneklem büyüklüğü 23 gebe olarak hesaplanmış, örnekleme 30 deney 30 kontrol grubu olmak üzere 60 gebe dahil edilmiştir.

Örnekleme; ilk doğumunu vajinal yolla yapmış olan, 37- 42. gebelik haftasında bulunan, fetal ağırlığı ultrasonografi incelemesine göre 2500 ile 4000 gr arasında olan, travayı normal ve seyrinde ayrıca anne ve bebek sağlığı için olası bir risk taşımayan, kanama pıhtılaşma sorunu ve iletişim problemi bulunmayan, en az ilkokul mezunu, çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebeler dahil edilmiştir.

2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışmanın yapıldığı doğumhanede dört yataklı bir travay odası, bir yataklı riskli gebe odası, tek yataklı toplam beş ayrı doğum odası, bir masalı sezaryen ameliyathanesi ve bir yenidoğan ünitesi bulunmaktadır. Gebeler doğumun birinci devresini travay odasında, doğumun ikinci, üçüncü ve dördüncü devresini ise tek kişilik doğum odasında geçirmektedir. Doğum odaları mahremiyeti koruyacak, annenin doğum ve doğum sonu dönemde konforunu sağlayacak özellikleri taşımaktadır. Doğumhanede çalışma sistemi nöbet usulü olup; altı kadın doğum hekimi (bir uzman, beş asistan), iki yenidoğan hekimi (bir uzman, bir asistan), gündüz dört ebe ve iki yenidoğan hemşiresi, gece iki ebe ve bir yenidoğan hemşiresi ile iki temizlik personeli görev yapmaktadır. Doğumhanede görevli ebe ve hemşireler rutin hemşirelik bakımı uygulamakta, doğumlar uzman hekim eşliğinde asistan hekimler tarafından yaptırılmaktadır. Bebeklere yönelik girişimler ise yenidoğan hemşiresi ve yenidoğan hekimleri tarafından yapılmaktadır. Çalışmada yer alan hekim grubu; kadın doğum uzmanlık eğitiminin en az üçüncü yılında olan, doğum eylemine yaklaşımı ayrıca el manipülasyonu benzer görülen, çalışmaya katılmaya gönüllü beş kişiden oluşmuştur. Araştırmacı ise sekiz yıllık doğumhane deneyimi olan bir ebedir. Çalışmada doğum eyleminin takibi ve doğumun yaptırılmasında hekimler, perineal sıcak uygulama ve veri toplama formlarının uygulanmasında araştırmacının kendisi görev almıştır.

Çalışmanın yapıldığı hastaneye doğum için başvuran gebeler öncelikle acil doğum polikliniğinde ultrasonografi, fetal monitorizasyon ve vajinal muayene ile değerlendirilmektedir. Yatış kararı verilen gebeler doğumhaneye tek başına kabul edilerek hastane önlüğü giydirilip damar yolu açılmaktadır. Laboratuvar incelemesinde; kan grubu, tam kan sayımı, biyokimya incelemesi ile tam idrar tahlili yapılmaktadır. Kontrendikasyon taşımayan gebelerin tamamına lavman, oksitosin indüksiyonu, amniotomi uygulanmaktadır. Travay süresince gebelerin oral alımı durdurulmakta hidrasyon ihtiyacı IV olarak; %5 Dekstroz Sudaki Solüsyonu,%10 Dekstroz Sudaki Solüsyonu,

%0.9 İzotonik Sodyum Klorür, Laktatlı Ringer solüsyonu veya İzolayt- S solüsyonu ile sağlanmaktadır. Doğum pozisyonu için doğum masası kullanılırken ilk doğumların tamamına, ikinci ve üzeri doğumlarda ise ihtiyaç durumunda epizyotomi açılmaktadır. Epizyotomi gerekli görüldüğü durumlarda prilokain HCl 20 mg/ml içerikli lokal anesteziik maddeden 10 cc vajen mukozası ile perine cildinin arasına ardından da derin perine kaslarına verilerek perineal infiltrasyon yapılmaktadır. Epizyotomi için mediolateral teknik tercih edilmekte ve ortalama 3–4 cm'lik bir insizyon sağlanmaktadır. Sütürasyon için polyglycolic sütür malzemesi kullanılmaktadır. Sütürasyonda öncelikle epizyotominin vajen içindeki köşesinden başlanılarak vajen hasarı, ardından cilt altı dokuları ve cilt kapatılmaktadır. Gebelere travay süresince ilaçlı veya ilaçsız herhangi bir ağrı kontrol yöntemi kullanılmamaktadır. Doğum gerçekleşikten hemen sonra bebekler emzirttirilmekte, anneler iki saat süresince dinlenmeleri ve kanama kontrolünün sağlanması için doğum odasında bekletilmektedir. İki saatten sonra sağlıklı anne ve yenidoğan doğum sonu servisine transfer edilmektedir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi İzlem Formu, Doğum Sonu Görüşme Formu ve Visual Analog Scale (VAS) olmak üzere toplam 4 form kullanılmıştır.

2.3.a. Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anne adayını tanıtıcı bilgi formu; yaş, eğitim, çalışma durumu gibi bireysel özellikler ile parite, kürtaj / düşük sayısı, doğum aralığı, gebelik haftası, önceki doğuma ilişkin bilgiler gibi obstetrik özelliklere ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

2.3.b. Doğum Eylemi İzlem Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen doğum eylemi izlem formu; doğumda uygulanan girişimler, muayene bulguları, sıcak uygulama süreci ve yenidoğana ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca bu formda doğum sonrası perine bütünlüğü değerlendirilmiştir. Doğum sonrası hekim tarafından yapılan perineal değerlendirmede literatürde yer alan perineal hasar sınıflaması esas alınmıştır. Literatüre göre birinci derece perine yırtığında, forşet, perineal cilt ve vajinal mukoza hasar görmüştür. İkinci derece perine yırtığın da cilt ve vajinal mukozaya ek olarak perineal gövdenin fasya ve kasları da hasar görmüştür. Bu yırtıklar genelde vajinanın tek ya da çift tarafında, düzensiz üçgen şeklinde ve yukarı doğrudur. Üçüncü derece perine yırtıkları, cilt, vajinal mukoza, perineal gövde ve anal sfinkter hasarı ile karakterizedir. Dördüncü derece perine yırtığında ise, perine, anal sfinkter ve bunlara ek olarak rektum lümenini içerecek şekilde rektal mukoza hasarı gelişmiştir. Bu tür yırtıklara çoğunlukla kanayan üretra yırtıkları eşlik etmektedir (Cunningham ve ark., 2005).

2.3.c. Doğum Sonu Görüşme Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen doğum sonu görüşme formu; annelerin gerçekleştirdikleri doğuma ve doğumda aldıkları bakıma ilişkin açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

2.3.d. Visual Analog Scale (VAS): Annelerin doğumda yaşadıkları ağrı düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek algılanan ağrının şiddetini değerlendirmede kullanılan tek boyutlu bir ağrı ölçeği olup 10cm uzunluğunda yatay ya da dikey 0 ile başlayıp 10 ile biten bir hattan oluşmaktadır (Aslan, 2002). Bu çalışmada VAS doğumdan sonraki ilk 2 saatlik kanama kontrol devresinde doğumhanede uygulanmıştır. Ölçeğin uygulama zamanı ve yeri belirlenirken; annenin yaşadığı ağrıyı en iyi hatırlayacağı dönem olması ayrıca doğum odasının tek kişilik ve sesiz olmasının annenin puanlamaya daha iyi konsantre olacağı düşünülerek belirlenmiştir. Annelere puanlamaya geçmeden önce perine bölgesine ait bir resim gösterilerek hangi bölge için puanlama yapacakları anlatılmıştır. Ardından puanlamayı yalnızca doğum masasına alınmalarından doğum gerçekleşinceye kadar geçen süre için yapacakları anlatılarak ölçeği hangi dönem için puanlayacakları öğretilmiştir. Çalışmada kullanılan dikey bir VAS gösterilerek, belirtilen zaman ve bölgede yaşadıkları ağrıyı 0 ile 10 arasında hangi rakamla ifade edebilecekleri sorulmuştur. Anneler işaretlemeyi kendileri yapmıştır.

2.4. Araştırmada Kullanılan Malzemeler Ve Perineal Sıcak Uygulama Tekniği

Çalışmada taşınabilir iki adet orta boy su küveti, yumuşak gazlı bezden hazırlanmış 25 × 30cm ebatlarında kompresler, standart bir su termometresi, taşınabilir hızlı su ısıtıcısı ile sıcak paketler (Hot pack) kullanılmıştır. Sıcak paketler 23 x 11.5cm ebatlarında olup içerisinde ısıyı muhafaza eden silikon dioksit bulunmaktadır. Bu paketler 60°C – 70°C'lik suyun içerisinde 10-15 dakika bekletilerek istenilen ısıyı emerler ve ısıyı 30 dakika muhafaza ederler. Uygulama esnasında deriyi 42°C'ye, kas içini ise 38°C'ye kadar ısıtmak olanaklıdır (Aksoy, 2000; Erdoğan, 2000; Koyuncu, 2002).

Yüzeysel sıcak uygulamanın teropötik etkilerinin oluşması için kullanılacak ideal sıcaklığın 40°C - 45°C aralığında olması gerekmektedir. Bu derecede bir sıcaklık 6 ile 8 dakika uygulandığında 3cm derinliğindeki dokulara ulaşmaktadır (Albers, 2003). Sıcak uygulama süresinin 10 dakikanın altında olması ısının dokulara penetrasyonuna fırsat vermediği gibi uygulama süresinin 30 dakikanın üzerine çıkması hücrelerde yorgunluğa neden olmaktadır. Bu nedenle sıcak uygulamanın 10 ile 30 dakika arasında sürdürülmesi, uygulamadan beklenen başarıyı arttırır (Aksoy, 2000; Öztürk ve Akşit, 2004; Erdoğan, 2000; Koyuncu, 2002).

Çalışmada kullanılan teknik; literatürde bildirilen sıcak yaş kompres uygulama tekniği, sıcak paket 'hot pack' uygulama tekniği, perineal sıcak uygulama tekniği ayrıca çalışmanın ön uygulama verilerine dayanarak multipar doğumlara göre araştırmacılar tarafından tasarlanmıştır (Albers ve ark., 2005; Aksoy, 2000; Öztürk ve Akşit, 2004; Erdoğan, 2000; Koyuncu, 2002; Alpar, 1997). Çalışmada

kullanılacak olan sıcak paketler uygulamadan 15 dakika önce 60-70 °C'lik suyun içerisinde bekletilerek ısınmaları sağlanmıştır (Aksoy, 2000; Erdoğan, 2000; Koyuncu, 2002). Servikal dilatasyon 8–9 cm olduğunda anneyi alıştırmak ve rahatsızlık duyup duymadığını anlamak için 40–45°C'de hazırlanmış suyun içerisine daldırılan kompresler iyice sıkıldıktan sonra üst bacağın iç yüzüne ve kasıklara ön uygulama yapılmıştır. Anne kendini rahat hissettiğinde perineye sıcak kompres uygulanmasına başlanmıştır. Ön uygulamadakine benzer şekilde hazırlanan sıcak yağ kompresler önceden ısıtılan sıcak paketlere sarılarak perineyi tamamen örtecek şekilde alıştırarak yerleştirilmiş ve elle perineye doğru nazikçe bastırılmıştır. Annenin tepkileri, perine yüzeyinin durumu, ısının yeterli olup olmadığı ayrıca kompresin temizlik durumuna göre soğuyan veya kirlenen kompresler yenisiyle değiştirilmiştir. Uygulama ikinci devrenin taçlanma aşamasına kadar 'gerekliyse' bir kez vajinal muayene hariç kesintisiz olarak devam ettirilmiştir. Taçlanma aşamasında sıcak paketler alınarak uygulamaya sıcak yağ kompreslerle devam edilmiş ve bebek başı perineden sıyrılmaya son verilmiştir.

2.5. Uygulama

Çalışma için hazırlanan formlar ve perineal sıcak uygulama tekniği araştırma kapsamında yer almayan 20 gebeye uygulanarak ön denemeden geçirilmiş, ön deneme sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak çalışma başlatılmıştır. Çalışma boyunca deney grubuna uygulanan perineal sıcak uygulama haricinde tüm gebelere eşit şekilde yaklaşmış ilk olarak kontrol grubu vakaları toplanmıştır. Kontrol grubu annelere öncelikle çalışmayla ilgili bilgi verilip onamları alınmıştır. Ardından Tanıtıcı Bilgi Formu uygulanmıştır. Doğum sürecine ilişkin veriler Doğum Eylemi İzlem Formu'na işlenmiştir. Doğumlar çalışmada görev alan hekimler tarafından yaptırılmıştır. Doğum sonu perine bütünlüğünün durumu aynı hekimler tarafından perineal hasar sınıflamasına göre değerlendirildikten sonra Doğum Eylemi İzlem Formu'na işlenmiş ve gerekli görülen vakalara perine tamiri yapılmıştır. Doğumdan sonraki ilk 2 saatlik kanama kontrol devresinde dinlenen ve bebeğini emziren annelere Doğum Sonu Görüşme Formu ve VAS doğumhanede uygulanmıştır. Bu gruba doğumhanede uygulanan rutin bakım dışında farklı bir bakım uygulanmamıştır. Deney grubu annelere de aynı protokol uygulanmış olup farklı olarak; gebelere, dilatasyon evresinin geçiş fazından başlanarak bebek başının perineden sıyrılmaya kadar perineal sıcak uygulama yapılmıştır. Sıcak uygulama sürecine ilişkin veriler Doğum Eylemi İzlem Formu'na işlenmiştir.

2.6. Verilerin değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package For Social Science For Windows) 11.00 istatistik programı kullanılarak yüzde, ortalama Ki-Kare, Fisher Exact Ki-Kare testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney u testi ve t testi yapılarak değerlendirilmiştir.

2.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlanmadan önce Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan (Karar no:44/2006) etik kurul onayı, hastane başhekimliği ve ilgili klinik şefliklerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırma için uygun görülen hekimlere ve gebelere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllü olan hekimlerden sözlü, gönüllü gebelerden yazılı onamları alınmıştır.

3. Bulgular

Çalışmamızdaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Deney grubunun yaş ortalaması 26.06 ± 4.85 kontrol grubunun 25.90 ± 3.81 yıl (Min:20, Max:35) olarak belirlenmiştir. Gebelerin ağırlıklı olarak ilköğretim mezunu oldukları (%90), gelir getirici bir işte çalışmadıkları (%91.6) buna karşılık çoğunluğun eşlerinin sağlık sigortasından veya Yeşil Kart uygulamasından yararlandıkları (%83.3) tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında yaş, eğitim, çalışma durumu ve sosyal güvence bakımından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

TABLO 1: Annelerin Sosyo-demografik özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş								
21 ve altı	6	20.0	3	10.0	9	15.0	2.718	0.257
22–29	17	56.6	23	76.6	40	66.6		
30 ve üzeri	7	23.3	4	13.3	11	18.3		
Eğitim								
İlköğretim	28	93.3	26	86.6	54	90.0	1.416	0.228
Lise ve üzeri	2	6.6	4	13.3	6	10.0		
Çalışma durumu								
Ev hanımı	27	90.0	28	93.3	55	91.6	0.218	0.640
İşçi	3	10.0	2	6.6	5	8.3		
Sosyal güvence								
Var	24	80.0	26	86.6	50	83.3	0.480	0.488
Yok	6	20.0	4	13.3	10	16.6		

İkinci kez doğum yapan gebeler ile yapılan bu çalışmada, her iki grubun %83.3'ünün en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı ($\chi^2 = 0.577$ $p=0.706$); ancak gebelerden doğum öncesi eğitim sınıflarına katılanların olmadığı görülmüştür. Gebelerin obstetrik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelik sayısı, gebeliğin planlanma durumu, düşük / küretaj sayısı, ilk doğumda epizyotomi uygulaması, doğum aralığı, gebelik hafta ortalaması, fetal doğum ağırlığı açısından gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmamıştır ($p>0.05$).

TABLO 2: Obstetrik özellikler

Obstetrik Bilgiler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelik sayısı						
2. gebelik	21	70.0	17	56.7		
3. gebelik	9	30.0	13	43.3	1.14	0.284
Düşük sayısı	7	23.3	8	26.6	0.89	0.766
Kürtaj sayısı	2	6.6	5	16.6	1.456	0.228
Gebeliğin planlanma durumu						
Planlı gebelik	17	56.6	16	53.3	0.67	0.795
Plansız gebelik	13	43.3	14	46.6		
İlk doğumda epizyotomi						
Var	26	86.6	27	90.0		
Yok	4	13.3	3	10.0		
	Ort ± SD		Ort ± SD			
Doğum aralığı (ay)	45.93	32.96	51.63	30.65	*z=0.87	0.395
Gebelik hafta ortalaması	39.36	0.89	39.40	0.56	**t=0.861	0.153
Fetal doğum ağırlığı (g)	3155.3	408.7	3207.3	453.2	**t= 0.46	0.642

*Mann Whitney u test

**Student t test

Çalışmada tüm doğumlar litotomi pozisyonunda gerçekleştirilmiş, deney grubuna uygulanan sıcak uygulama haricinde hiçbir vakada farmakolojik veya nonfarmakolojik analjezik yöntem, vakum veya forseps uygulanmamıştır. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada (Tablo 3) gruplar arasında eylem süresince uygulanan lavman, oksitosin ve amniotomi girişimleri açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

TABLO 3: Doğum eyleminde uygulanan girişimler

Girişimler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Lavman								
Uygulanan	18	60.0	15	50.0	33	55.0		
Uygulanmayan	12	40.0	15	50.0	27	45.0	0.606	0.436
Oksitosin								
Uygulanan	21	70.0	18	60.0	39	65.0		
Uygulanmayan	9	30.0	12	40.0	21	35.0	0.659	0.417
Amniotomi								
Uygulanan	15	50.0	19	63.3	34	56.6		
Uygulanmayan	15	50.0	11	36.7	26	43.4	1.086	0.297

Perineal sıcak uygulama yapılan deney grubu ile kontrol grubu arasındaki doğum sonu perine bütünlüğünün durumu Tablo 4'de gösterilmektedir. Deney grubunda saptanan perine hasarı ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p< 0.05$). Ancak gelişen hasarın yerleşim yer ve derecesi açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p> 0.05$). Deney grubunda epizyotomi ihtiyacı gelişmezken kontrol grubunda epizyotomi ihtiyacı gelişmiştir.

TABLO 4: Doğum sonu perine bütünlüğünün durumu

Doğum sonu perine bütünlüğü	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
İntakt perine	13	43.3	7	23.3	8.83	0.012
Spontan yırtık	17	56.7	16	53.4		
Epizyotomi	0	0.0	7	23.3		
Laserasyon yer ve derecesi*	(n = 17)		(n = 16)		0.10	0.754
	Sayı	%	Sayı	%		
Periüretal 1°	11	64.7	13	81.2		
Forşetten anüse uzanan1°	7	41.2	9	56.3	0.34	0,559

* Birden fazla laserasyon yerleşimi olduğundan n katlanmıştır.

Tablo 5'de gebelerin doğumun ikinci aşamasında en çok ağrıdan şikayet ettikleri bölgelerin dağılımı ile perineal ağrı için elde edilen VAS puan ortalamasının karşılaştırması görülmektedir. Grupların bel, karın / kasık ve diğer (kalça ve bacak) bölgelerde ağrı yaşama oranları benzer bulunurken, perine ağrısı yaşama oranı ile perine ağrısı için elde edilen VAS puan ortalamasının deney grubu lehine ileri düzeyde anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.001$).

TABLO 5: Annelerin doğumun ikinci aşamasında yaşadıkları ağrının bölgesel dağılımı ve VAS puan ortalamasının karşılaştırılması

Ağrının yeri *	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bel	22	73.3	21	70.0	43	71.7	0.082	0.774
Karın / kasık	27	90.0	24	80.0	51	85.0	1.176	0.471
Perine	15	50.0	27	90.0	42	70.0	11.43	0.000
Diğer	6	20.0	4	13.3	10	16.7	0.48	0.488
	Ort ± SD		Ort ± SD				z**	p
Perineal ağrı	4.16	2.62	7.10	2.32			5.17	0.001

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir **Mann Whitney u test

Çalışmada annelere doğumda aldıkları bakıma ilişkin düşünceleri sorulduğunda; deney grubunun tamamının (n=30), kontrol grubunun ise %23.3'ünün (n=7) doğumda bakım aldığını düşündüğü ve iki grup arasında deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (χ^2 : 37.297 / $p=0.000$). Annelere aldıkları bakımı tanımlamaları istendiğinde birden fazla cevap verdikleri görülmüştür. Doğumda ilgi ve destek görmeyi [D= %46.7, (n=14) / K= %100, (n=7)], eğitim almayı [D=%36.7, (n=11) / K= %57.2, (n= 4)] ve deney grubu annelerin tamamının (n=30) perineal sıcak uygulamayı özel bir bakım olarak algıladığı saptanmıştır. Doğumda bakım aldığını düşünen annelere (D=30 / K=7) aldıkları bakımın yararlılık düzeyi sorulduğunda, deney grubu annelerin %86.6'sının (n=26) alınan bakımı çok yararlı, %13.3'nün (n=4) kısmen yararlı bulduğu buna karşılık kontrol grubu annelerin ise %42.7'sinin (n=3) aldıkları bakımı yararlı veya kısmen yararlı, %57.1'inin (n=4) ise yararlı bulmadığı saptanmıştır. Deney

grubuna 'bir daha doğum yapacak olursanız doğumda perineal sıcak uygulama yapılmasını ister misiniz?' sorusu sorulduğunda; annelerin tamamının (n=30) evet cevabını verdiği görülmüştür.

4. Tartışma

Doğumda perine hasarının gelişmesinde anne, fetus ve doğum yönetiminden kaynaklanan pek çok faktör rol oynamaktadır (Renfrew ve ark., 1998; Albers, 2003; McCandlish ve ark., 1998; Hudelist ve ark., 2008; Dahlen ve ark., 2007). Sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü, ileri anne yaşı veya adolesan gebelikler perine bütünlüğünü olumsuz yönde etkileyen sosyo-demografik özellikler arasında yer almaktadır (Renfrew ve ark., 1998; McCandlish ve ark., 1998; Hudelist ve ark., 2008; Angioli ve ark., 2000; Amedeus, 2010). Çalışmamızın yaş ortalaması değerlendirildiğinde, gebelerin literatürde bildirilen risk gruplarında bulunmadığı görülmüştür. Buna karşılık ikinci çocuğu doğurma yaş ortalaması ve eğitim seviyesinin Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 İstanbul il verilerine oranla düşük bulunduğu, gelir getirici bir işte çalışmama oranının ise İstanbul il ortalamasından oldukça yüksek olduğu görülmüştür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009). Bu durum çalışmamıza katılan gebelerin perine bütünlüğünü olumsuz yönde etkilediği bildirilen düşük sosyo-ekonomik ve kültürel yapıya sahip olduklarını göstermektedir (Tablo 1).

Gebelik döneminde anneye verilen doğuma hazırlık eğitimleri annede doğum sürecine ilişkin bilinç yaratarak stres ve anksiyeteyi azaltmakta, önerilen beden /solunum ve gevşeme egzersizleri ile fiziksel rahatsızlıklar büyük ölçüde giderilmektedir (Balaskas, 1991; Hobbs, 2001; Davis, 2004; Brown ve ark., 2001). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu gebelerin büyük çoğunluğunun prenatal hizmetlerinden yararlandığı ve bulguların TNSA- 2008 sonuçları ile benzer olduğu (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009), buna karşılık annelerin doğuma hazırlık eğitimi konusunda profesyonel bir destek almadıkları görülmektedir. Bu bulgu, ülkemizde gebelerin doğuma hazırlıkta profesyonel destek almadıklarını bildiren kaynaklarla paralellik göstermektedir (Turan, 2003; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Can ve Saruhan, 2008). Çalışmamızda ikinci doğumları olmasına rağmen oldukça genç yaşta olan gebelerimizin doğuma yeterince hazırlanmamış olması, doğum ağrısıyla başa çıkmada yetersiz kalmalarına neden olmuştur.

Literatürde güvenli doğum aralığı 24 ay olarak gösterilirken, ülkemizde yaşanan aşırı doğurganlık (sık-fazla doğum) anne ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009). Çalışmada saptanan düşük/küretaj oranları TNSA-2008 verilerine kıyasla yüksek bulunurken saptanan doğum aralığı; TNSA-2008 İstanbul il verileriyle paralellik göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009). Bulgularımızda düşük, kürtaj oranlarının yüksekliği ayrıca mevcut gebeliklerin de yarısının plansız oluşu (%55) ideal

sınırlar içerisinde görünen doğum aralığının tüm gebeler için planlı olmadığını göstermektedir (Tablo 2). Çalışmamızda ikinci çocuğu doğurma yaşının küçüklüğünü, istemsiz gebeliklerin fazlalığını, %16.6 gebenin prenatal bakım hizmetlerinden hiç yararlanmamış olmasını; düşük sosyo-ekonomik düzeyin kadın sağlığına olan olumsuz yansımaları olarak kabul etmekteyiz.

Parite doğumda gelişen perineal travmaları etkileyen önemli faktörlerden biridir (Kocaöz ve Eroğlu, 2009; Amedeus ve ark., 2010; Eskander ve Shet, 2009). Primipar doğumların büyük çoğunluğunda epizyotomi veya spontan yırtıklara bağlı travmalar yaşanırken ikinci ve üzeri doğumlarda perineal travma ve epizyotomi oranları düşmektedir (Dönmez ve Sevil, 2009; Martin ve ark., 2001). Şahin ve arkadaşları (2007) çalışmalarında primipar doğumların %92'sine multipar doğumların ise % 72'sine epizyotomi uygulandığını bildirmiştir. Dahlen ve arkadaşları (2007) Avusturalya'da gerçekleştirdikleri çalışmada; primipar doğumlarda %3.5, multipar doğumlarda % 0.8 oranında ciddi perine hasarı, primipar doğumlarda % 96.6, multipar doğumlarda ise % 99.2 oranında ciddi olmayan perine hasarı görüldüğünü bildirmiştir. Eskandar ve Shet (2009) çalışmalarında primipar doğumların % 2.9'unda, multipar doğumların ise % 0.7'sinde 3. ve 4. derece perine hasarı geliştiğini bildirmiştir. Çalışmamızda gebelerin tamamının 2. doğumunu gerçekleştiriyor olmasının perine bütünlüğünü olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Önceden geçirilmiş perine travması ile doğum esnasında uygulanan girişimlerin perineal hasar gelişimine zemin hazırladığı bildirilmektedir (Renfrew ve ark., 1998; McCandlish ve ark., 1998; Martin ve ark., 2001). Çalışmamızda gebelerin %88.3'ne (n=53) ilk doğumlarında epizyotomi uygulandığı saptanmıştır. Ülkemizde gerçekleşen doğumların incelendiği diğer çalışma örneklerinde de primipar doğumlara rutin epizyotomi uygulandığı bildirilmektedir (Şahin ve ark., 2007; Karaçam ve Eroğlu, 2003). Ancak American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), maternal veya fetal endikasyon durumunda epizyotominin kullanılabileceğini, aksi taktirde rutin epizyotomi uygulanmasının vajinal bir doğumu desteklemek için gerekmediğini bildirmektedir (American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 2006). Çalışmamız açısından epizyotomi uygulamasının bir çeşit perineal travma olduğu kabul edilecek olursa ilk doğumda uygulanan epizyotominin bu doğumda perine bütünlüğünü olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Fetal doğum ağırlığı literatürde perineal hasar gelişimi ile ilişkili faktörler arasında gösterilmektedir (Renfrew ve ark., 1998; Albers, 2003; McCandlish ve ark., 1998; Hudelist ve ark., 2008; Amedeus ve ark., 2010; Eskander ve Shet, 2009). Çalışmamızda gruplar arasında fetal doğum ağırlığı açısından fark saptanmamıştır (p>0,05). Bu bulgu perineal sıcak uygulamanın perine bütünlüğüne olan etkisinin anlaşılması açısından önemlidir (Tablo 2).

Doğum ağrısı anneyi aşırı şekilde yoran, hiperventilasyon ile oksijen gereksinimini, kan basıncını ve kardiyak out-puttu arttıran, uterin kan akımını azaltmak suretiyle de fetal hipoksiye

neden olan bir olaydır. Bu nedenle mutlaka müdahale edilmesi gerekmektedir (Can ve Saruhan, 2008). Çalışmanın yapıldığı doğumhanede farmakolojik veya nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri rutin olarak uygulanmamaktadır. Bu nedenle çalışmamıza katılan gebelere perineal sıcak uygulama haricinde başka bir ağrı kontrol yöntemi uygulanmamıştır. Bu durum anneler için doğumu daha da zorlaştırırken, diğer yandan tek başına perineal sıcak uygulamanın etkinliğinin anlaşılması açısından da yararlı olmuştur.

Doğumda litotomi pozisyonuna göre daha konforlu olan alternatif doğal doğum pozisyonlarının kullanımı; uterus kontraksiyonlarına bağlı oluşan ağrının daha az hissedilmesini, fetüsün kafasını vajinal açıklığa yönlendirerek perine üzerindeki basıncın azalmasını, perineal travma olasılığı ve epizyotomi uygulama gereksinimini azaltır (Güngör ve Rathfisch, 2009; Karaçam, 2001). Ancak doğumda litotomi pozisyonunun kullanımı ülkemizdeki birçok hastanede olduğu gibi çalışmanın yürütüldüğü hastanede de geleneksel olarak devam ettirilmektedir. Literatür'e dayanarak çalışmamızda litotomi pozisyonunun kullanılmasının perineal hasar gelişimini ve annelerin ağrı algısını arttırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda doğumu hızlandırıcı etkileri bilinen lavman, oksitosin indüksiyonu ve amniotomi uygulama oranları oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Şahin ve arkadaşları'nın (2007) çalışmasına göre doğumda multipar gebelerin %90.7'sine, primipar gebelerin ise % 94.3'üne oksitosin indüksiyonu uygulanmaktadır. Güngördük ve arkadaşları (2008) çalışmalarında gebelerin %92.5'ine amniyotomi, %63.1'ine oksitosin indüksiyonu uygulandığını bildirmiştir. Turan ve arkadaşlarına (2003) göre doğumda amniotomi uygulama oranları devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64, SSK hastanelerinde %53'tür. Aynı çalışmada oksitosin indüksiyonu devlet hastanelerinde %24, özel hastanelerde %100, SSK hastanelerinde %39'dur. Bulgularımız yukarıda verilen çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Bu durumun doğumhane ekibinin hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla lavman, oksitosin indüksiyonu ve amniotomi uygulamalarına sıkça başvurmasına bağlanmaktadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü, normal doğum için gerekli parametreleri tanımlayarak, risk profiline dayalı olarak geçerli bir sebep olmadıkça doğumun normal sürecine müdahale edilmemesi gerektiğini savunmuştur (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

Doğum sonrası perine bütünlüğü incelendiğinde, deney grubunda bütünlüğü korunmuş perine oranının kontrol grubuna göre anlamlı derecede fark gösterdiği ayrıca deney grubunda epizyotomi açılmazken kontrol grubunda epizyotomi ihtiyacı geliştiği saptanmıştır. Buna karşılık her iki grupta gelişen spontan perineal travmaların yerleşim yer ve dereceleri bakımından benzer olduğu görülmüştür. Bulgulara dayanarak sıcak uygulamanın perineyi travmalara karşı sınırlı da olsa korumada etkili olduğu düşünülmüştür (Tablo 4). Albers ve arkadaşlarının (1996) yılında

gerçekleştirdiği 2.595 vakalı çalışmada doğumun ikinci aşamasında lateral pozisyon ve perineal sıcak uygulamanın perine hasarını azaltmakla, kayganlaştırıcı kullanımı ile litotomi pozisyonunun perineal hasarı arttırmakla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Murphy ve Feinland (1998) gerçekleştirdikleri 1.404 vakalı çalışmada perineal sıcak uygulamanın multipar annelerde perine hasarını arttırdığı, primipar annelerde ise perineyi etkilemediğini bildirmiştir. Musgrove (1999) çalışmasında, sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğünü korumada etkili bir yöntem olduğunu bildirmiştir. Albers ve arkadaşlarının (2005) yılında doğumun ikinci aşamasında perine bütünlüğünü korumak için kayganlaştırıcı ile yapılan perine masajı ile sıcak uygulamayı karşılaştırdıkları çalışmanın sonucunda, doğumda sıcak uygulama yapmanın kayganlaştırıcı ile yapılan perine masajı tekniğine ve kontrol grubuna bir üstünlüğünün olmadığını ayrıca sıcak uygulama yapmanın perine yırtıklarını artırma ya da azaltma gibi bir etkisinin görülmediğini bildirmiştir. Dahlen ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, perineal sıcak uygulamanın perineyi ancak 3° ve 4° travmalara karşı koruduğu bildirilmiştir. 11.651 vakalı sekiz randomize çalışmayı inceleyen Aasheim ve arkadaşları (2011) sıcak kompres uygulamanın perineyi travmalara karşı korumayla ilişkili bulmuştur. Aynı çalışma ebelerin ve annelerin uygulamayı kabul edilebilir bulduğunu bu nedenle de doğumlarda tavsiye edilebileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda perineal sıcak uygulamanın perine bütünlüğünü korumada sınırlı da olsa etkili olduğu sonucu; Albers ve arkadaşları (1996), Musgrove (1999), Dahlen ve arkadaşları (2009), Aasheim ve arkadaşları (2011) çalışmalarıyla desteklenmektedir.

Bulgularımızda doğumda perineal ağrı ifade eden anne sayısı ile perineal VAS ağrı puanları deney grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 5). Bu durum sıcak uygulamanın perineal ağrıyla azaltmada etkili olduğunu düşündürmektedir. Musgrove (1999) çalışmasında, annelerin %70'inin sıcak paketlerin doğumda hissettikleri perineal ağrı ve acıyı azalttığını bildirmiştir. Dahlen ve arkadaşları (2009), annelerin %79.7'sinin uygulamanın perine ağrısını azalttığını, %56'sının uygulamayla beraber perine bölgesinde uyuşma hissettiklerini, ayrıca doğumun gerçekleştiği birinci ve ikinci gün elde edilen perineal VAS ağrı puanlarının deney grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada perineal sıcak uygulama yapan ebelerin de %80.4'nün sıcak uygulamanın annelerin perineal ağrılarını azaltmada etkili olduğunu düşündüklerini bildirmiştir. Senders ve Campbell (2005) yılında İngiltere'de bulunan 210 doğum merkezinde perineal ağrıyı azaltmak amacıyla kullanılan teknikleri incelediği çalışmada; merkezlerin %33'ünde (n= 70) perineal sıcak uygulama yapıldığını ayrıca uygulamanın perineal ağrıyı azaltmada etkili olduğu ve ebeler tarafından da büyük oranda desteklendiğini bildirmiştir. Fahami ve arkadaşları (2011) İran'da gerçekleştirdikleri çalışmada, doğumun ikinci devresinde perineye sıcak uygulama yapılan grupta perineal VAS ağrı puanları kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Fahami ve arkadaşlarına göre perineal

sıcak uygulama perine ağrısını azaltmakta etkili bir yöntemdir. Farklı ülkelerde gerçekleştirilen benzer çalışma örnekleri, çalışmamızda elde edilen ‘sıcak uygulama perineal ağrıyı azaltmada etkilidir’ sonucunu desteklemektedir.

Çalışma süresince iki gruba perineal sıcak uygulama haricinde eşit olarak yaklaşılmasına rağmen doğumda bakım aldığını düşünen annelerin deney grubu lehine ileri düzeyde anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p<0.001$). Bu durumun deney grubunun tamamının sıcak uygulamayı özel bir bakım, bir çeşit konfor olarak algılamasına bağlanmaktadır. Bulgularda her iki grupta annelerin sağlık personelinden ilgi ve destek görmeyi ayrıca doğumhane ekibi tarafından bilgilendirilmeyi kendileri için özel bir bakım olarak algıladıkları görülmüştür. Literatürde kadınların doğumda yeterli bilgi almaya, güvende olmaya, ilgi ve saygıya, bireysel bakım almaya ayrıca doğumda destekleyici birinin varlığına ihtiyaç duyduğu ve bu gereksinimlerinin karşılanması durumunda memnuniyetlerinin artacağı bildirilmektedir (Bramadat ve Driedger, 1993; Evans ve Jeffrey, 1995; Roberts ve Wolley, 1996). Bulgularımıza ve diğer çalışma sonuçlarına dayanarak pariteye bakılmaksızın tüm annelerin doğumda bilgi ve destek almaya ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney grubunun %86.6’sının ($n=26$) doğumda aldıkları bakımı çok yararlı, %13.3’nün ($n=4$) ise kısmen yararlı bulduğu ve annelerin tamamının bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istedikleri saptanmıştır. Dahlen ve arkadaşları (2009) annelerin %89.1’inin sıcak uygulamayı konforlu bulduğunu, %85.7’sinin bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istedikleri, %86’sının sıcak uygulamayı arkadaşlarına tavsiye edeceklerini ayrıca çalışmada yer alan ebelerin de %93’ünün gelecekte bu yöntemi kullanacaklarını bildirmiştir. Musgrove (1999), annelerin %80’ninin perineal sıcak uygulamanın rahatlığı sağladığını ve konforu desteklediğini ayrıca uygulamayı yapan ebelerin de aynı düşünceleri paylaştıklarını bildirmiştir. Albers ve arkadaşları (2005) sıcak uygulamanın anne konforu için hastane politikasına ve annenin tercihine göre uygulanabileceğini belirtmiştir. Bulgularımız ve verilen benzer çalışma örneklerine dayanarak perineal sıcak uygulamanın gebeler için konforlu ve kabul edilebilir bir teknik olduğu düşünülmüştür.

5. Sonuç ve Öneriler

Çalışma bulgularına dayanarak perineal sıcak uygulamanın sınırlı da olsa perineyi korumada etkili olduğu perine ağrısını azalttığı, anneler tarafından kabul gördüğü, konforlu bulunduğu ve memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda perineal sıcak uygulamanın doğumhanelerde kullanılması, mümkün olabildiğince doğal doğum seyrine bırakılmış

farklı parite ve sosyoekonomik özellikler taşıyan anneler üzerinde benzer randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Aasheim , V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., Reinar, L. (2011). Perineal Techniques During The Second Stage of Labour for Reducing Perineal Trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD006672.
- Aksoy, C. (2000). Fizik Tedavi Vasıtaları, Soğuk Sıcak Uygulamalar., F. Diniz ve A. Ketenci. (Editörler). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Birinci Baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi, ss.125–145.
- Albers, L.L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, M.S., Hunter, C., Sedler, D.K. (1996). Factors Related to Perineal Trauma in Childbirth. *Journal of Nurse – Midwifery*, 41(4), 269–276.
- Albers, L.L. (2003). Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching A Clinical Trial in Midwifery. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 48(2), 105–110.
- Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedricik, E.J., Teaf, D., Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in The Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 50(5), 365–372.
- Alpar, E.Ş. (1997). Sıcak Soğuk Uygulamalar. M. Atalay. (Editör). Hemşirelik Esasları El Kitabı. Birinci Baskı. İstanbul. Vehbi Koç Yayınları, ss.132–144.
- Amedeus, H., Kamischke, A., Luadders, W.D., Beyer, A.D., Diedrich, K., Bohlmann, K.M. (2010). Advanced Age is A Risk Factor for Higher Grade Perineal Lacerations During Delivery in Nulliparous Women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 281(1), 59–64.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2006). Practice Bulletin No.71: Episiotomy. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 956- 962.
- Anderson, T. (2000). Feeling Safe Enough Tol et Go: The Relationship Between A Woman and Her Midwife During The Second Stage of Labor. in: M. Kirkham (Eds.), The Midwife-Mother Relationship. Forth edition. London: Macmillan, pp.92–119.
- Angioli, R., Gómez-Marín, O., Cantuaria, G., O’Sullivan, M.J. (2000). Severe Perineal Lacerations During Vaginal Delivery: The University of Miami Experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1083–1085.
- Aslan, E.F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9–16.
- Balaskas, J. (1991). New Active Birth. (2nd edition). London: Thorsons, p.125.
- Berghella, V., Baxter, K.J., Chauhan, P.S. (2008). Evidence – Based Labor and Delivery Management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), 445–454.
- Bramadat, I.J., Driedger, M. (1993). Satisfaction With Childbirth. Theories and Methods of Measurement. *Birth*, 20(1), 22–29.
- Brown, T.S., Douglas, C., Flood, P.L. (2001). Women’s Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used During Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10(3), 1–8.
- Can, H.Ö., Saruhan, A. (2008). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(1), 18–37.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. (2005). Normal Doğum ve Yönetimi. Williams Doğum Bilgisi. 21. Baskı. 2. Cilt. (A.C. Akman Çev.). İstanbul: Nobel Matbaacılık. ss.309–329.

- Dahlen, H., Ryan, M., Homer, C., Cooke, M. (2007). An Australian Prospective Cohort Study of Risk Factors For Severe Perineal Trauma During Childbirth. *Midwifery*, 23(2), 196–203.
- Dahlen, H.G., Homer, C.S.E., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R.A., Brodrick, B.S. (2009). Soothing The Ring of Fire: Australian Women's and Midwives Experiences of Using Perineal Warm Packs in The Second Stage of Labour. *Midwifery*, 25(2), 39–48.
- Davis, E. (2004). Heart & hands: A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth. (4th edition). California: Celestial Arts, p.122–123.
- Dönmez, S., Sevil, Ü. (2009). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 105–112.
- Erdoğan, F. (2000). Sıcak Soğuk ve Ultraviyole., M. Beyazova, Y. Gökçe-Kutsal. (Editörler). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitabevi, ss.758–69.
- Eskander, O., Shet, D. (2009). Risk Factors for 3rd and 4th Degree Perineal Tear. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 29(2), 119–22.
- Evans, S., Jeffrey, J. (1995). Maternal Learning Needs During Labor and Delivery. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 24(3), 235–240.
- Fahami, F., Behmanesh, F., Valiani, M., Ashouri, E. (2011). Effect of Heat Therapy on Pain Severity in Primigravida Women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), 113–116.
- Güngör, İ., Rathfisch, Y.G. (2009). Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıtla Dayalı Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2), 56–63.
- Güngördük, K., Yıldırım, G., Olgaç, Y., Tekirdağ, A.İ., Arka, H.C. (2008). Umbilikal Kord Prolapsu: Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçlar, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 94–98.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. p.45–154.
- Hobbs, L. (2001). The Best Labor Possible? (1st edition). Oxford: Butterworth-Heinemann Medical, p.102
- Hudelist, G., Mastoroudes, H., Gorti, M. (2008). The Role of Episiotomy in Instrumental Delivery: Is It Preventative for Severe Perineal Injury? *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 28(5), 469–473.
- Karaçam, Z. (2001). Doğum Sırasında Kullanılan Pozisyonların Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 56–62.
- Karaçam, Z., Eroğlu, K. (2003). Effects of Episiotomy on Bonding and Mother's Health. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 384–94.
- Kocaöz, S., Eroğlu, K. (2009). Gebelik ve Vajinal Doğum Sonrası Dönemde Stres Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rollerini. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(2), 94–102.
- Koyuncu, H. (2002). Yüzeysel Isıtıcılar., H. Sarı, Ş. Tüzün, K. Akgün. (Editörler). Hareket Sistemi Hastalıklarında Fiziksel Tıp Yöntemleri. İkinci Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, ss.43–50.
- Lowe, N.K., Roberts, J. (1988). The Congvergence Between in Labour Report and Postpartum Recall of Parturition Pain. *Research in Nursing and Health*, 11(1), 11–21.
- Martin, S., Labrecque, M., Sylvie, M.S., Bérubé, S., Pinault, J.J. (2001). The Association Between Perineal Trauma and Spontaneous Perineal Tears. *The Journal of Family Practice*, 50(4), 333–337.
- McCandlish, R., Bowler, U., Asten, V.H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., Garcia, J., Renfrew, M., Elbourne, D. (1998). A Randomised Controlled Trial of Care of The Perineum During Second Stage of Normal Labour. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 105(12), 1262–1272.
- Murphy, A., Feinland, B.J. (1998). Perineal Outcomes in A Home Birth Setting. *Birth*, 25(4), 226–234.

- Musgrove, H. (1999). Perineal Preservation and Heat Application During Second Stage of Labor-Randomised Controlled Trial. *Midwifery Today E- News*, 1(33).
- Öztürk, C., Akşit, R. (2004). Tedavide Sıcak ve Soğuk., H. Oğuz, E. Dursun ve N. Dursun. (Editörler). Tıbbi Rehabilitasyon. İkinci Baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi, ss. 333–353.
- Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L.L., Floyd, E. (1998). Practices That Minimise Trauma to The Genital Tract in Childbirth: Systematic Review of The Literature. *Birth*, 25(3), 143–160.
- Roberts, J., Wolley, D. (1996). A Second Look at The Second Stage of Labor. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25(5), 415–423.
- Sanders, J., Campbell, R. (2005). Techniques to Reduce Perineal Pain During Spontaneous Vaginal Delivery and Perineal Suturing: A UK Survey of Midwifery Practice. *Midwifery*, 21 (2), 154–160.
- Sayner, D.F., Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143–148.
- Simkin, P., Boldig, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 49(6), 489–504.
- Stamp, G.E. (1997). Care of The Perineum in The Second Stage of Labour: A Study of Views and Practices of Australian Midwives. *Midwifery*, 13(2), 100–104.
- Şahin, H.N., Yıldırım, G., Aslan, E. (2007). Evaluating The Second Stages of Deliveries in A Maternity Hospital. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 17(1), 37–43.
- Turan, M.J., Nalbant, H., Ortaylı, N., Bulut, A. (2003). Evaluation of Pregnancy and Birth Services. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 95–100.

Extended English Abstract

Perineal damage during childbirth is caused by either episiotomy or spontaneous trauma, or both. Short-term problems due to perineal damage include pain, loss of blood, infection, suture need, or limitation of movement. Urinary or sexual dysfunctions, or even depression may be observed in the long term. Perineal traumas are also known to negatively affect the daily lives and family relationships of mothers. Perineal pain is a unique form of pain experienced during the crowning of the baby out of the perineum, and is described as a burning, tearing, and rupturing sensation.

It has been reported in literature that perineal heat application, one of the techniques to protect the area, reduces perineal damage and pain, supporting the comfort of the mother in the second stage of labor. Heat is applied to the perineum with warm wet compresses, hot water bottles or hot packs, starting from the second stage of delivery until crowning. Theoretically, blood flow toward the perineum caused by heat relaxes perineal muscles, which consequently helps eliminate the need for an episiotomy, protect the perineal integrity, and reduce perineal pain.

This study was experimentally designed to determine the effects of applying warm perineal compresses, starting from the transition phase of the first stage of labor, until the end of the second stage, on perineal trauma and pain.

The present study was conducted at a public hospital with 60 pregnant women in their second labor between May and October 2006. The participants were divided into two groups of 30; one control group and one experimental group. Both groups received standard care. However, warm perineal compresses were applied to the participants in the experimental group, starting from the transition phase of the first stage, until the end of the second stage.

For the application of heat, hot packs were immersed in water with a temperature of 60-70 °C to warm them up 15 minutes prior to application. As cervical dilatation reached 8-9 cm, compresses immersed in water with a temperature of 40-45 °C were applied on the inside of the upper leg and groin after complete rinsing in order to attune the mother and understand whether she was comfortable or not. Heat application to the perineum was initiated when the mother felt comfortable. Similar to the pre-application, warm wet compresses were wrapped around pre-heated hot packs, placed on the perineum, completely covering it and minding the comfort of the mother, and gently pressed against the perineum. Depending on the mother's reactions, condition of the perineal surface, temperature, and cleanliness, cooled or soiled compresses were replaced with new ones. Application was continued uninterrupted until crowning in the second stage, except for a vaginal examination, if necessary. Hot packs were removed during crowning, and heat application was continued with warm wet compresses. Application was ended when the baby's head completely cleared the perineum.

Data were collected using an Introductory Information Form, a Labor Monitoring Form, a Post-Labor Interview Form, and a Visual Analog Scale. Statistical analyses were performed using Frequencies, Chi Square Test, Kurskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Test, and T-Test.

66% of the study participants were between the ages of 22 and 29; 90% held elementary school diplomas, and 91.6% were housewives. There was no difference between the groups in terms of socio-demographic status ($p > 0.05$).

There was statistically significant difference in terms of mean VAS scores between the experimental group (4.16 ± 2.62), and the control group (7.10 ± 2.32 ; $p < 0.05$). The ratio of mothers in the experimental group complaining from perineal pain (50%; $n = 15$) was lower compared to the control group (90%; $n = 27$; $p < 0.001$).

Examination of the perineal integrity following delivery revealed that perineum was completely protected in 43.3% ($n = 13$) of the experimental group and 23.3% ($n = 7$) of the control group; spontaneous perineal tear occurred in 56.7% ($n = 17$) of the experimental group and 53.3% ($n = 16$) of the control group; and episiotomy was performed in 23.3% ($n = 7$) of the control group, whereas it was not needed in the experimental group. Statistical comparison revealed a significant difference in favor of the experimental group ($\chi^2 = 8.83$; $p = 0.012$).

When the mothers were asked about the care they received during delivery, all of the experimental group ($n = 30$), and 23.3% ($n = 7$) of the control group believed that they received care. It was determined that there was a very significant difference between the two groups, in favor of the experimental group ($\chi^2 = 37.297$; $p = 0.000$). When the mothers who believed to have received care (Exp. = 30; Con. = 7) were asked about the efficacy levels of the care, 86.6% ($n = 26$) of the experimental group mothers mentioned that the care they received was very effective, and 13.3% ($n = 4$) of the group found it to be partially effective. On the other hand, 42.7% ($n = 3$) of the control group mothers mentioned that the care they received was either effective or partially effective, while 57.1% ($n = 4$) of the group found it to be ineffective. Moreover, all the mothers in the experimental group expressed that they will be requesting application of warm perineal compresses in the event of another labor.

It was observed that warm perineal compress is effective in reducing perineal pain, and that this application is regarded by mothers as comfortable and acceptable. Moreover, warm compress is thought to effectively protect the perineum against traumas. In this regard, the use of perineal heat application in delivery rooms is recommended.