

## Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar Current Approaches to the Prevention and Management of Postpartum Perineal Trauma

HÜLYA ERBABA\*  
GÜL PINAR\*\*

Geliş Tarihi: 14.05.2015, Kabul Tarihi: 28.10.2016

### ÖZ

Perineal travma (PT) genital bölgede hemoroid, enfeksiyon, hematoma, spontan laserasyon veya epizyotomi nedeniyle ortaya çıkan hasar olarak tanımlanmaktadır ve sıklıkla perineal ağrıya neden olmaktadır. PT'nin önlenmesi ve yönetimine yönelik farmakolojik yöntemlerin yanı sıra son zamanlarda tamamlayıcı ve alternatif tıp tedavileri de kullanılmaktadır. Bu uygulamaların hastaları tedirgin etmeden kullanılabilmesi ve olumlu sonuçlar alınabilmesi için sağlık çalışanlarının konuyla ilgili farklı yöntemler hakkında donanımlı olmaları ve kliniğe dayalı multidisipliner araştırmaları yaygınlaştırmaları gerekmektedir. Bu makalede, perineal travmanın önlenmesi ve yönetimine ilişkin kullanılan güncel yaklaşımlar kanıta dayalı çalışmalarla açıklanmaya çalışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Güncel yaklaşımlar; hemşirelik; perineal ağrı; postpartum perineal travma.

**S**on yıllarda maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik çalışmalara sıklıkla rastlanmakla birlikte, doğumu takiben yaygın olarak görülen ve maternal morbidite açısından önemli komplikasyonlara neden olan perineal travma (PT) ile ilgili çalışmalara yeterince odaklanılmadığı görülmektedir. Ayrıca konu ile ilgili çalışmalar, PT'nin önlenmesi, değerlendirilmesi ve uygun bakımı ile ilgili sağlık çalışanlarının yeterli donanıma sahip olmadığını belirtmektedir.<sup>[1,2]</sup>

Perineal travma, müdahaleli doğum esnasında genital bölgede kendiliğinden, ya da epizyotomiye bağlı ortaya çıkan hasar olarak tanımlanmaktadır.<sup>[3-5]</sup> Perineal travmanın derecelendirilmesi için bir sınıflama sistemi kullanılmaktadır. Rektal muayene ile yapılan değerlendirmenin sonucunda; "Birinci derece"; perine vulva cildi ve vajina mukozası, "İkinci derece"; birinci derece yırtığa ek olarak perine kasları, "Üçüncü derece"; ikinci derece yırtığa ilave olarak anal sfinkterin tamamının veya bir kısmının zarar görmesi, "Dördüncü derece"; ise rektal mukozanın

### ABSTRACT

Perineal trauma (PT) is defined as damage due to hemorrhoids, infection, hematoma, spontaneous laceration or episiotomy in the genital area and frequently causes perineal pain. In addition to pharmacological methods for the prevention and management of PT, complementary and alternative medical treatments have been used recently. In order for these treatments to be used effectively on the patients and to obtain positive results, healthcare professionals should understand different methods related to the subject and should disseminate clinic-based multidisciplinary researches. In this article, current approaches to the prevention and management of perineal trauma are attempted to be explained with evidence-based studies.

**Keywords:** Nursing; developments; pelvic pain; postpartum period.

nın total olarak zarar görmesi şeklinde sınıflandırılmaktadır.<sup>[6-8]</sup> Perineal travma doğum sırasında sıkça görülen bir durumdur.<sup>[9-11]</sup> Yapılan bir çalışmada vajinal doğumu takiben kadınların %85'inde farklı derecelerde PT'nin görüldüğü ve bunların 70'ine onarım yapıldığı belirtilmiştir.<sup>[12]</sup> Sanders ve arkadaşları<sup>[13]</sup> (2005) kadınların önemli bir kısmında PT'ye bağlı kanama, enfeksiyon ve laserasyon gibi kısa dönem komplikasyonların yaşandığı, uzun dönem etki olarak ise; disparoni, perineal ağrı (PA), üriner ve fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, cinsel disfonksiyon, beden imgesinde bozulma ve postpartum depresyon gibi şikayetlerin görüldüğünü belirtmektedirler. Amerika'da yapılan bir çalışmada her üç kadından birinin perineal yırtıklar sonucu anal sfinkter onarımına kadar giden operasyonlara maruz kaldığı ve bu müdahalelerin sonucunda uzun süreli fiziksel ve psikolojik problemler yaşadıkları belirtilmektedir.<sup>[10,11,14]</sup> İngiltere'de yapılan bir çalışmada PT sonucu %23-42 kadının postpartum 10-12. günlere kadar ağrı ve rahatsızlık deneyimledikleri, kadınların %7 ile 10'unun uzun süreli (3-18

\* H Erbaba, Uzman Hemşire, Doktora Öğrencisi  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Projeler Ofisi, Ankara  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
Çankırı Cad. Çiçek Sok. No:3 Altındağ, Ulus / Ankara  
Tel.: 0 312 324 15 55 -1367 Faks: 0 312 324 15 05  
e-posta: hulyaerbaba3@hotmail.com

\*\* G Pınar, Doç.Dr.  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

ay) PA deneyimledikleri vurgulanmaktadır.<sup>[14]</sup> Amerika'da 1656 NVD yapmış kadın üzerinde yapılan çalışma sonucunda kadınların%40'ı postpartum ilk 2 ay, bir kısmında 6. aya kadar PA yaşadıklarını ifade etmişlerdir.<sup>[15]</sup>

Perineal travmaya ilişkin girişimler ulusal/uluslararası rehberlerde genel olarak postnatal bakım içerisinde yer bulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise kadınların sadece %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmekle birlikte, PT'ye ilişkin bakım alma durumu ile ilgili küresel düzeyde bir oran belirtmemektedir.<sup>[16,17]</sup> Benzer şekilde ülkemizde de Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 raporuna göre kadınların %74'ünün postpartum ilk dört saat içinde ilk bakımlarını aldığı belirtilmekle birlikte, evde bakım hizmetlerinde PT sınırlı düzeyde değerlendirildiğinden tedavi ve bakım sürecine ilişkin bir orana ulaşamamaktadır.<sup>[18]</sup> Bekdemir'in<sup>[19]</sup> (2013) belirttiğine göre, ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulanmakta ve bunların yarısından fazlasında PT görülmektedir. Perineal travmanın en önemli komplikasyonu ise PA'dır. Anne PT ve PA ile baş etmek, bebeğini rahat emzirmek, aile üyesi olarak sorumluluklarını yerine getirmek, boşaltım alışkanlığını rahatlıkla sağlayabilmek ve bir an önce normal yaşantısına dönmek istemektedir. Bu anlamda PT'nin tamiri ve sonrasında oluşan PA'nın uygun değerlendirme ve bakımı annenin günlük yaşam aktivitelerini erken dönemde yerine getirebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, PT'nin yönetimi ile ilgili kanıtlar, güncel çalışmalar incelenmiş ve randomize çalışmalara dayanan bakım ilkelerine odaklanılmıştır.

## Perineal Travma İle İlişkili Faktörler

Perineal travmanın büyüklüğünü ve derecesini etkileyebilecek antenatal ve fetal faktörler bulunmaktadır. Enstrümantal doğum (forseps veya vakum), uzamış doğum eylemi (özellikle doğumun 2. aşamasının bir saatten fazla sürmesi) hızlı doğum eylemi, malprezantasyon, omuz distosisi, parite sayısı (primarlar dahil) iri bebek (4000 g ve daha fazla) maternal yaş (ileri yaş veya adölesan), perineal travma-cerrahi girişim öyküsü ve doğumun hastane dışında uzman olmayan kişiler tarafından yapılması gibi durumlar risk faktörleri arasındadır.<sup>[10,20,21]</sup> Perineal travmanın iyileşmesini olumsuz yönde etkileyen faktörler; "obezite, anemi, malnütrisyon, hijyen eksikliği, sigara kullanımı, stres, konstipasyon, yorgunluk, enfeksiyon, postnatal cinsel aktiviteye erken başlamak, PT'nin sınıflandırmasındaki hatalı uygulamalar ve tanımlamada yaşanan gecikmeler" şeklinde sıralanabilir.<sup>[22,23]</sup>

## Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Yaklaşımlar

### Antenatal Dönem

Pelvik taban kas egzersizleri ile perineal kasların güçlendirilmesi ve doğum anında perineal esneme sağlanarak laserasyon ve

yırtılmaların azaltılması hedeflenmektedir. Perineal esneme; progresif gevşeme egzersizleri, etkili ıkmama teknikleri ile perineal kasların güçlendirilmesi ise; dijital perine masajı, kegel egzersizi, yoga ve plates uygulamaları ile sağlanabilmektedir. "Güvenli Annelik" ve "Anne Dostu Hastane" uygulamaları kapsamında PT'nin önlenmesine ilişkin bu müdahalelere doğum öncesi dönemde başlanmalıdır.<sup>[24-27]</sup> Araştırmalar 35. gestasyonel haftadan itibaren başlayan antenatal perineal masajın PT ve PA şikayetlerini azalttığını belirtmektedir.<sup>[26,27]</sup> Randomize kontrollü bir çalışmada(RKÇ) normal vajinal doğum (NVD) öyküsü olan 2497 kadımla çalışılmış, doğumdan bir ay önce başlanan dijital masajın, onarım gerektiren PT'yi olumlu anlamda etkilediği tespit edilmiş, ancak kadınların bu masajı nasıl yapacakları ile ilgili ciddi bir bilgilendirmeye ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.<sup>[27]</sup> Diğer RKÇ'ler ve sistematik çalışmaların metaanalizinden elde edilen sonuçlara göre de, gebeliğin 34. haftasından itibaren uygulanan "perineal masaj" ve "pelvik taban kas egzersizleri" nin PT'yi önlediği A düzey kanıt olarak gösterilmektedir.<sup>[28,29]</sup> Literatüre göre, perine masajı, tahmini doğum tarihinden 6 hafta önce başlayarak haftada 3-4 kez ve 5-10 dakika süreyle gebeler tarafından yapılması önerilmektedir. Manuel perine masajı sırt üstü uzanarak, ılık duş altında, taburede ya da tuvalette oturularak yapılabilir.<sup>[11,27,30,31]</sup>

Masaja başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boşaltılmalıdır. Masaja, ellerin hareketine izin verecek kayganlaştırıcı bir madde sürülerek (badem yağı gibi) başlanır. El parmakları yaklaşık 4cm vaginanın iç kısmına, parmakların birinci boğumuna kadar yerleştirilir, rektuma hafif bastırılarak, baş ve işaret parmakları birlikte hareket ettirilerek yavaşça saat üç yönünden dokuz yönüne ritmik "U" şekli çizilerek hareket ettirilir. Masaj esnasında perineal kasların mümkün olduğunca gevşemesi sağlanmalıdır.<sup>[11,25,26]</sup> Pelvik masajı esnasında nefes tutulur, mesane sıkıştırılır, idrar akışı engellenir, idrar akışını engellemeye çalışılmıyormuş gibi hayalen perineal kaslar kasılır. Kasılmalar 10 saniye tut, 10 saniye bırak şeklinde 10 dakika boyunca devam ettirilir.<sup>[32]</sup>

### İntrapartum Dönem

İntrapartum dönemde; emosyonel desteğin devamı, anne hakları ve anne dostu hastane uygulamaları kapsamında gebenin hareket özgürlüğü ve doğum eylemini kolaylaştırıcı pozisyonları alması sağlanmalıdır. Perineal travmayı önleme yaklaşımları perineye sıcak-soğuk kompres, perine masajı, kegel egzersizi, anestezik sprey, ıkmama erken başlanmaması, spontan ıkmamanın desteklenmesi ve epizyotominin sınırlandırılması şeklinde sayılabilir. Doğum eyleminin ikinci evresinde spontan (açık glotis) ve valsava tipi (kapalı glotis) olmak üzere iki tür ıkmama yöntemi bulunmaktadır. Çalışmalar valsava tipi ıkmamanın doğumun ikinci evresini 13-18 dakika arasında kısaltmasına rağmen<sup>[32,33]</sup> fetüsün asit-baz dengesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.<sup>[34]</sup> NVD yapan 39 primipar kadın ile retrospektif olarak yapılan bir çalışmada kadınların spontan ya da valsava ıkmamaları sonucunda oluşan farklılıklar sorgulanmış

ve spontan ıkmın kadınlar da epizyotomi ve ikinci ya da üçüncü derece perine yırtıklarının daha az görüldüğü saptanmıştır.<sup>[35]</sup> NVD eyleminde spontan (açık glotis) ve valsalva manevrası (kapalı glotis) metodlarının uygulandığı anda oluşan PT'nin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir metaanalize göre; spontan ıkmının valsalva manevrasına göre daha fazla oranda PT riskini azalttığı ve anne memnuniyetini artırdığı saptanmıştır.<sup>[36]</sup> Valsalva manevrası kanıt düzeyi düşük öneriler (C düzeyi) arasında olup uygulamada spontan ıkmının kullanılması önerilmektedir.<sup>[28,29]</sup> Doğumun ikinci evresinde uygulanan ıkmın yöntemlerinin doğumda karşılaşılan risk faktörleri ile ilişkisini ortaya koymak için yapılan bir çalışmada ise ıkmın yöntemlerinin PT ve epizyotomi ile ilişkisine dair kanıtı dayalı kesin bir bulguya rastlanmadığı ve annenin kendisini en iyi hissedeceği şekilde ıkmına cesaretlendirilmesi önerilmiştir.<sup>[37]</sup> RKÇ'de vaginal doğumlarda ikinci evrede doğuma yardımcı olmak ve olası perineal yırtıkları minimize etmek için fundal basınç uygulaması denenmiştir. Çalışmaya 500 primipar kadın katılmıştır. Kadınlara her kontraksiyon esnasında 30sn boyunca obstetrik kemer ile 200 mm/Hg basınç verilmiştir. Sonuçta maternal ve fetal etkiler deney ve kontrol gruplarında farklılık göstermediği, ancak kadınların obstetrik kemerle fundal basınçtan son derece rahatsızlık duydukları belirtilmiştir. Girişimin yararları ve zararları herhangi bir öneri getirilemeyecek şekilde çok yakın olup kanıt düzeyi düşük (D düzeyi) bir sonuç elde edilmiştir.<sup>[38]</sup> Diğer bir çalışmada da asemptomatik gebelere rutin olarak fundal basınç uygulanmasının faydadan çok zarar verdiği, doğum sırasında fundal basınç uygulamak yerine annenin dinlenme aralarında fetüsün doğal ilerleyişine izin verilmesi ve etkili ıkmın önerilmektedir.<sup>[28,29]</sup> Epizyotomi doğum eyleminde sıklıkla uygulanan bir işlemdir. Ülkemizde gerçekleşen bir çalışmaya göre hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır.<sup>[19]</sup> Epizyotominin sık uygulanması yara bölgesinde enfeksiyon ve yara kenarlarında açılma olasılığını artırmaktadır. Bu komplikasyonlar epizyotomi bölgesinde ağrıya ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olduğundan gerekmedikçe epizyotominin açılmaması önerilmektedir. Epizyotominin sadece fetal risk veya maternal distress endikasyonlarında doğumu hızlandırmak için kullanılabilmesi ve epizyotomide mediolateral yönteminin (A düzeyi) tercih edilmesi önerilmiştir.<sup>[28,29,39,40]</sup> Doğumun taçlanma aşamasında PT'nin azaltılmasına etki eden bazı teknikler bulunmaktadır. Bunlar: "Manuel perine koruma modeli" bu yöntemde baş parmak ve işaret parmağı açıklığı sağlanarak perine korunur.<sup>[41]</sup> Eller üzerinde" (hands off) yöntemi, bu yöntemde bir elle bebeğin başı desteklenirken diğer elle perine korunmaktadır. "Eller havada" (hands poised) yöntemi, başın lateral fleksiyonundan sonra ellerin havada ve hazır tutulması, perineye ya da başa dokunmaksızın omuzların spontan vajinal doğumuna izin verilmesi esastır.<sup>[1]</sup> NVD doğum ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada MPP, hands on ve hands of modellerinin kullanımı esnasında perineal yüzey gerginliği biyometrik bir ölçüm aracı ile ölçülmüştür. Sonuçta manuel perineal koruma yönteminin perineal yüzey gerginliğini %39 oranında azalttığı ortaya konulmuştur.<sup>[41]</sup>

"Hands-poised" uygulaması, 5471 kadınla yapılan RKÇ ile de desteklenmekte ve "hands-on" metotla karşılaştırıldığında daha az üçüncü derece perineal yırtığa neden olduğu ve ancak daha fazla PA'ya sebep olduğu rapor edilmiştir.<sup>[41]</sup> RKÇ'lerde hands off/poised metodunun perineyi korumak, epizyotomi oranının azaltılması için daha güvenli ve etkili bir yöntem olduğu<sup>[41,42]</sup> bu yöntemleri doğumu iyi yönetebilmek için tüm ebelerin alması gerektiği belirtilmiştir.<sup>[43]</sup> Hands on metodu 3. derece laserasyon ve epizyotomi riskini artırması nedeni ile D sınıfı orta düzey kanıtlar arasında görülmektedir.<sup>[28,29]</sup> Doğumun ikinci aşamasında perineal tekniklerin değerlendirildiği 11651 kadın üzerinde yapılan 8 randomize çalışmada sıcak uygulamaların 3. ve 4. derece perine yırtıklarını azalttığı,<sup>[41]</sup> bir başka çalışmada ise sıcak uygulamanın doğumun ikinci evresinin geç döneminde primipar kadınların perineal sütür ihtiyacını engellemediği ancak 3. ve 4. derece perine yırtıklarını ayrıca postpartum 1-2. günlerde PA'yı azalttığı belirtilmektedir.<sup>[2,44]</sup> 1525 kadın ile doğumun ikinci evresinde taçlanma anında ağrı ve basınç hissini, sıcak ped uygulanarak azaltılması amacı ile yapılan çalışmada ise sıcak uygulamanın perineal kasları gevşettiği, basınç hissini azalttığı ve PT yi önlediği ortaya konulmuştur.<sup>[46]</sup> Sıcak uygulama iyi kalite B sınıfı öneriler arasındadır.<sup>[28,29]</sup> Doğumun ikinci evresinde kullanılan anestetik sprelerin (lidokain) yüksek düzeyde ve az sayıda kanıtta, PT görülme oranını azalttığı, epizyotomiden kaynaklanan PA'nın ortadan kaldırılmasında etkin olduğu, lidokain jel'in postepizyotomi 48 saatten itibaren ağrıyı anlamlı oranda azalttığı ifade edilmiştir.<sup>[47,48]</sup> PT insidansında önemli olan etkenlerden biriside doğum pozisyonlarıdır. Cochrane sistematik incelemeye göre; doğum eyleminde tercih edilen dik pozisyonun (oturma, yan rekümbent, diz çökme ve çömelme) operatif vaginal doğum insidansını azalttığı belirtilmiştir<sup>[49]</sup> ve dik pozisyonlar iyi kalite A sınıfı öneri olarak gösterilmiştir.<sup>[28,29]</sup> 271 kadın üzerinde yapılan RKÇ'ye göre oturma pozisyonu ile karşılaştırıldığında diz çökme pozisyonunda doğum yapan kadınların daha az ağrı deneyimledikleri ortaya konulmaktadır.<sup>[50]</sup> Doğumda seçilen pozisyonların etkinliğini değerlendirmek ve modern tavsiyeler ile eski doğum pozisyonlarını karşılaştırmak için 224 kadın ile yapılan, gözlemsel kohort çalışmasında ayakta durma, çömelme, eller ve dizler üzerinde dört ayak pozisyonu, yan yatma, dik oturma pozisyonları karşılaştırılmış, alternatif pozisyonların anneyi olumlu etkileyerek operatif doğum, sezeryan ve epizyotomi oranlarını ve doğum ağrısını anlamlı derecede azalttığı belirtilmiştir. Çalışmada kadının rahat edeceği pozisyonları tercih etmesi, komplikasyonsuz durumlarda ayakta, birisine veya bir nesneye yaslanarak doğum yapması önerilmektedir. Çalışmada ayrıca dik pozisyonların yerçekimi etkisi ile doğumu hızlandırması, aortavagal basıncı azaltması, pelvis açıklıklarını daha çabuk geliştirmesi açısından desteklenebilmesi için geniş kohort çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir.<sup>[51]</sup> PT'nin tedavisinde önemli yeri olan sütürlar ile ilgili RKÇ'lere göre hayvan dokularından elde edilen, absorbe edilebilir sütür ipliği ile absorbe edilebilen sentetik steril sütür ipliği karşılaştırılmış ve sentetik absorbe edilebilen sütür ipliğinin epizyotomi için ideal bir sütür materyali olduğu, diğer materyallere göre daha az PA, daha az analjezik ihtiyacı ve daha hızlı yara iyileş-

mesi sağladığı yüksek kanıt seviyesi ile belirtilmiştir.<sup>[52-55]</sup> Perineal yırtılma varsa; tedavi konservatif olarak planlanıp, Perineal Laserasyon ve Yaralanmalar Sınıflandırmalarından yararlanılabilmektedir.<sup>[56,57]</sup> Buna göre; 1. derece yırtıklarda perineal alandaki laserasyonlar, hemostatik spaçlar ve analjezikler ile tedavi edilebilir. 2. derece yırtıklarla ilgili 8 ülkeden 16 çalışma ve 8184 kadının dahil edildiği bir meta analize göre absorbe edilebilen sütür ipliği ile “continious non locking” (sürekli, kesintisiz, açılabilen) sütür tekniği kullanılması önerilmektedir.<sup>[58]</sup> Bir diğer çalışma ise 2. Derece PT’lerde kullanılan bu iki sütür metodu arasında PA’nın azalması açısından fark olmadığını belirtmektedir.<sup>[59]</sup> Sütürden sonra non-steroid ya da parasetamol analjezikler kullanılabilir. 3. ve 4. derece yırtıklar; konservatif olarak sütüre edilir ve analjezik kullanılır.

## Postpartum Dönem

Eğer perineal iyileşmeyi engelleyecek risk faktörleri mevcutsa anne için bireyselleştirilmiş bir bakım yapılmalıdır. Anneler, doğum sonrası ilk günlerde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle kendi bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılamak konusunda yeterli değildir. O nedenle bu dönemde nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir. PT yönünden anamnez ayrıntılı olarak alınmalıdır.<sup>[59-61]</sup>

**Postpartum ilk 24 saat içinde:** Postpartum ilk 24 saat içerisinde yaşamsal bulgular (ateş, nabız, kan basıncı), PA, perianal bölgede kanama ve ödem değerlendirilmelidir. Fundus yüksekliği doğum sonu ilk 15 dk. ölçülmeli, sorun yoksa 4 saatte bir değerlendirilmelidir. Perineal bölge 8 saatte bir değerlendirilmeli geniş yırtık ve laserasyonlar oluşmuşsa mesanenin boşaltılması sağlanmalıdır. Eldiven giyilerek ve yeterli ışık altında hastaya diz dirsek pozisyonu verdirilerek perine ve anüs değerlendirilmelidir. Perineal yara iyileşmesi sürecini takip etmek için hastaya litotomi pozisyonu verdirilerek REEDA skalasına göre Redness (Kızarıklık), Edema (Ödem), Echymosis (Ekimoz), Discharge (Akıntı), Approximation (Yara dudaklarının kapanması) durumları gözlemlenebilir. Perineye buz torbası uygulanması yoluyla lokal kan damarlarında vazokonstriksiyon yaparak ödem ve ekimoz oluşumu azaltılmalıdır. A sınıfı öneridir. Soğuk uygulama ilk 48 saatte daha etkilidir. Ancak bu süreç içinde 2 saatten daha sık ve her bir uygulamanın 10 dakikadan fazla yapılması halinde refleks olarak vazodilatasyon meydana gelebilir ve ağrının daha fazla artmasına neden olabilir. Mesane doğum sonu ilk 6 saatte de boşaltılmalı ve idrar miktarı kaydedilmelidir. İlk 6 saatte tüm hemşirelik girişimlerine rağmen (sıcak uygulama, mesane masajı, ılık duş vs.) idrar retansiyonu önlenemezse kateterizasyon yapılmalıdır. En iyi uygulama önerisi olarak, dolu bir mesane uterin involüsyonunu olumsuz etkilediği ve uterin atoniye zemin hazırladığı için mesanenin düzenli boşaltılması önemlidir. Perine her tuvaletten sonra ılık su ile yıkanmalı, perineal duştan sonra kurutulmalı, tuvaletten önce ve sonra eller yıkanmalı, pedler her 3 saatte bir değiştirilmelidir.

Temiz gecelik, çarşaf ve genel bakım ile bireyin konforu sağlanarak sağlıklı hissetmeye yardımcı olunur. Anne emzirmeler arasında dinlenmeye ve uyumaya teşvik edilir. Doğum sancısı ve doğumdan kaynaklanan yorgunluk, ağrı/rahatsızlıkla başa çıkabilmeyi engeller. Perineal egzersizler ilk 6. sa. başlatılabilir. Enfeksiyon açısından perineal hijyen eğitimleri verilmeli, perineal temizliğin simfizis pubisten anüs’e doğru yapılması gerektiği anlatılmalıdır. Perineal ağrı görsel analog skala (VAS) ile değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede ağrının şiddeti 0-10 arasında değerlendirilmekte, 10 şiddetli ağrıyı ifade ederken 0 ağrının olmadığını belirtmektedir. Şiddetli ağrı ve yoğun basınç hissi hemotom oluşumunun belirtisi olduğundan cerrahi müdahale gerektirebilecek bir durumdur. Hematom gelişmiş ise; yüksek ateş, pelvik ağrı, üriner retansiyon, şok belirtileri izlenir. Annenin hemodinamik dengesi değerlendirildikten sonra uygun tedavi yöntemi seçilir. Epizyotomiden sonra iyileşme 7-10 gün sürmektedir. Uzun süre ayakta durmak ya da oturmaktan kaçınılmalı, mümkün olduğu sürece epizyotomi süturu olmayan taraf üzerine oturulmalıdır. Normal doğum sonrası ıkınma ile dikişlerin açılacağı korkusu tuvalet alışkanlığını da değiştirebilmektedir. Bol sıvı alımı, meyve tüketimi ve ev içi yürüyüşler bu sorunun çözülmesinde yardımcı olabilmektedir. Annenin dengeli beslenmesi ve istirahat etmesi iyileştirmeyi hızlandırmaktadır. Ağrı şiddetliyse doğum sancıları için öğrenilen nefes alma ve rahatlama tekniklerini uygulamalıdır. Bu uygulama dikkatin dağılmasında ve emosyonel kontrolü sağlamada etkili olmaktadır.<sup>[57,59-61]</sup>

Postpartum ilk 24. saatten sonra: Perineal/vulvar travması olan anneler doğumdan sonra 48 saat içerisinde gözlemlenmelidir. Genel iyilik halini yansıtan miksiyon, üriner inkontinans, bağırsak fonksiyonları, başağrısı, yorgunluk, bel ve perineal ağrı, perineal hijyen, meme sorunları, uterin hassasiyet ve loşia izlenmelidir. Defekasyonun gerçekleşmesi takip edilmeli 2-3 gün içerisinde gerçekleşmezse laksatifler başlanmalıdır.<sup>[59-61]</sup>

**Taburculuk sonrası 2-5. günlerde evde izlem:** Ağrı, involüsyon, emzirme, dinlenme, loşia, üriner ve enogenital problemler açısından sorgulanmalıdır. Düzenli emzirme pelvik organların relaksasyonu için sürdürülmelidir. Ancak, emme refleksi oksitosin hormonunu uyardığı için uterin kontraksiyonların artışına, uterin ve yansıyan perineal ağrılara neden olabilmektedir. Ciddi PA durumunda güvenli analjeziklerin emzirmeden bir saat önce verilmesi PA’nın azaltulmasını ve rahat emzirmeyi sağlayabilir. İnzisyon bölgesi, epizyotomi, laserasyonlar muayene edilmelidir. Konstipasyonun engellenmesi için yüksek lifli diyet ve bol sıvı tüketimi önerilmelidir.<sup>[62-64]</sup>

**Taburculuk sonrası 10-14 günlerde:** Bir önceki kriterler değerlendirilir. Anneler fiziksel, duygusal ve sosyal olarak desteklenmeli postpartum dönemle ilgili problemleri ile başturmeleri öğretilmeli, PT’yi rahatlatarak beslenme, oturma şekli, hijyen gibi alışkanlıklar düzenlenmeli normal dışı durumlarda sağlık personeli ile iletişim halinde kalmaları için cesaretlendirilmelidirler.<sup>[62]</sup>

**Taburculuk sonrası 2-8 haftalarda:** Kadınlara cinsellik ve dispareni hakkında bilgi verilmelidir. Dispareni deneyimlemiş perine değerlendirilmeli, sağlıklı cinsellik için çeşitli rehber ve kanıta dayalı çalışmalar su bazlı kayganlaştırıcı jel veya sıvıları en iyi uygulama önerisi olarak belirtmektedirler. PA tedavisi sırasında annenin laktasyon sürecinde olduğu unutulmamalıdır. Laktasyon sürecine bağlı daha az farmakolojik yöntem uygulanmalı, sıklıkla nonfarmakolojik yöntemlere başvurulmalıdır. Genel olarak soğuk, sıcak uygulamalar, sıcak su oturma banyoları, akupunktur, bazı bitkisel tedaviler ve geleneksel yöntemler bunlara örnek olarak verilebilir. PA halen devam ediyorsa veya enfeksiyon bulguları eşlik ediyorsa klinik takip için hemen hastaneye yönlendirilmelidir.<sup>[2,32,59,60,62]</sup> PA ile ilgili ek girişimler aşağıda verilmiştir:

**Oral narkotik analjezikler:** Morfin, kodein gibi narkotik analjezikler bağımlılık ve konstipasyona neden olduğundan daha az tercih edilmektedir.<sup>[2,65,66]</sup> Laktasyon döneminde güvenle yazılabilecek narkotik analjezikler; Opioid analjezik olan kodeine, propoksifen, morfin, meperidine, metadondur.<sup>[67,68]</sup>

**Non-steroid anti-inflamatuar (NSAI):** Çalışmalarda ibuprofen ve parasetamol emzirme döneminde gerekli hallerde verilebilecek ilaçlar olarak belirtilmektedir.<sup>[69]</sup> Uzmanlarca erken postpartum dönemde, ihtiyaç durumunda günlük 1gr parasetamol önerilebilmektedir.<sup>[70]</sup> PT nedeni ile gerçekleşen PA üzerine rektal anti-inflamatuar süpozituarların etkilerini araştırmak üzere toplam 238 kadının katıldığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışma doğumdan sonra kullanılan rektal süpozituarların 24 saatten daha uzun süre ağrıyı azalttığı, daha az ek analjeziye ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. NSAI süpozituarlar ikinci derece epizyotomilerde ilk 48 saat içerisinde oral analjezikler gibi etki göstermektedir.<sup>[71]</sup> Postpartum 1. gün PA'nın ortadan kaldırılmasına yönelik olarak indometasin süpozituar ve lidokain kremin etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada her ikisinin de ağrı kesme özelliğinin çok yakın derecede olduğu ortaya koyulmuş,<sup>[72]</sup> diğer bir RKÇ'ye göre, postpartum ilk 24 saat içerisinde ibuprofen, codeinli asetaminofenin PA ile ilişkisi karşılaştırılmış her ikisi arasında etkinlik açısından anlamlı bir fark bulunamazken ucuz olması ve hemşirenin ilaç uygulamasını kolaylaştırması nedeni ile ibuprofen'in daha çok tercih edildiği belirtilmiştir.<sup>[66]</sup> NSAI ve codeinli asetaminofen'in advers etki insidansı ve PA ya etkisi 9 adet makale üzerinde geniş bir çalışma yapılarak değerlendirilmiştir. Tüm vakaların VAS skalası ile değerlendirildiği çalışmalarda kodeinli asetaminofen grubunda advers etki oranı daha fazla olup, komplikasyon olarak konstipasyon tanımlanmış ve PA açısından NSAI'lerin diğerine göre daha uygun olduğu ifade edilmiştir.<sup>[73]</sup> Mediolateral epizyotomi yapılan 66 kadın ile yapılan bir çalışmada parasetamol tablet ve tenoksikam süpozituarın PA'ya olan etkisi karşılaştırılmış ağrıların azaltılmasında gerek 1. saat gerekse 24. saatte ağrı skorlarının tenoksikam grubunda parasetamol grubuna göre anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir.<sup>[74]</sup> 142 epizyotomili kadın üzerinde yapılan RKÇ de naproksen içeren süpozituar ve plasebo karşılaştırılarak McGill skalası ile ağrı değerlendirmesi yapılmış ve doğum sonu ilk 0, 6 ve 24. saatlerde rektal yolla süpozituar uygulanmıştır. Naproksen grubunda

ağrı skorlarının anlamlı şekilde azaldığı gözlemlenmiştir.<sup>[75]</sup> PA için reçete edilebilecek non steroid ilaçlar NSAI; parasetamol, ibuprofen, propoksifen, naproksen, asetilsalisilik asit olarak değerlendirilmektedir.<sup>[67,68]</sup> Oral analjezik gereken PA durumlarında kontraendikasyon olmadıkça parasetamol, parasetamol ve soğuk uygulamanın etkili olmadığı durumlarda rektal NSAI süpozituarlar kullanılması A sınıfı kanıt olarak tavsiye edilmektedir.<sup>[32]</sup> PA için kullanılacak analjeziklerin advers etkileri yeni çalışmalarla sürekli güncellenmektedir.

**Topikal anestezi-antiseptik:** Perineye topikal anestezi uygulamanın PA'ya olan etkisini ortaya koymak için 976 kadın üzerinde yapılan bir RKÇ'ye göre; topikal anestezi grubu ile plasebo grubu doğumdan sonraki ilk 24 saatten 5 güne kadar olan süreçte karşılaştırılmış ve PA'nın ortadan kaldırılması için topikal anestezi grubu tek başına etkili olmadığı ancak vajinal non-steroidal anti-inflamatuar ya da soğutucu köpükler ile birlikte topikal anestezi kullanıldığında daha etkili olduğu yine de ağrıyı tam olarak ortadan kaldırmadığı görülmüştür.<sup>[76]</sup> Epizyotomi bakımında normal su ile bakım yapma ve betadin ile bakım yapmanın yara iyileşme sürecine olan etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılan bir çalışmada araştırmacılar epizyotomi bakımında normal su ile topikal antiseptik olarak betadin kullanımı arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuşlar ve normal suyun maliyetinin düşük olması ve hiç bir advers etkisi olmaması nedeniyle kullanımının yaygınlaştırılmasını önermişlerdir.<sup>[77,78]</sup>

**Oturma banyosu:** PA'yı gidermek için ılık suya buz atılarak oturma banyosu uygulanabilmekte, doğumdan hemen sonra perineye buz uygulanması ödemi azaltmaktadır.<sup>[78-80]</sup> Sadece lokal soğutma tedavisi uygulanan 1825 kadınla yapılan çalışmada PA'nın giderilmesinde lokal soğutmanın kısa süreli iyileşmeye faydalı olduğu ancak etkili ve güvenilir kanıtların oluşturulması için daha fazla çalışmanın gereğine değinilmektedir.<sup>[80]</sup>

**Soğuk kompres:** 120 kadınla yapılan RKÇ'de perineal sütürizasyondan 48 saat sonra buz paketleri, soğutucu köpük ve soğutucu perine pedlerinin (jel ped) PA'ya olan etkisi karşılaştırılmıştır. VAS ağrı skalası kullanılarak yapılan çalışmada ilk 48 saatlik grupta perine ödemin azalmasında jel ped uygulamasının etkili olduğu, şiddetli ağrı hisseden kadınlarda jel pedle yapılan tedavide kadınlarda 48. saatin sonuna doğru PA'nın önemli ölçüde azaldığı ifade edilmektedir. Perine bölgesini soğutmak için kullanılan jel pedlerin kişiye özel tasarlanmasının ve kullanılmasının hastanede kullanılan standart pedlerden daha faydalı ve kullanışlı olduğu belirtilmektedir.<sup>[81]</sup> Soğuk uygulama ve jel ped 24-72 saat içerisinde aralıklı olarak 10-20 dakika uygulanmalıdır.<sup>[80-82]</sup>

**Herbal:** Amerika'da postpartum dönemde epizyotomi ve ayrıca hemoroid kanamalarında kullanılmak üzere içerisinde etken madde virginiana hammelis (cadı fındığı) bitkisinin ekstraktı (ıslatma solüsyonu %50) bulunan pedler kullanılmaktadır. Bitki zengin bir tanen kaynağıdır. Tanik asit antikarsinogenik, antioksidan, antimutajenik, antimikrobiyal, antiallerjik ve

antiinflamatuar aktiviteleri yanında kanamayı durdurma gibi biyolojik aktivitelere sahiptir. Bitki ekstraktı vazokonstriksiyon, epitelizan, skatrizan, antibakteriyel, antiviral özellikler taşımakta, enflamasyonu azaltmaktadır.<sup>[83]</sup> Kişiye uygun boyutlarda hazırlanmış soğuk ped olarak kullanılması etkili sonuçlar vermektedir. Lavanta; Tek fetüs doğuran 120 primipar kadın üzerinde yapılan RKÇ da perineye povidion iyot ve lavanta yağı uygulanmasının yara iyileşmesine olan etkisi 10 gün boyunca REEDA skalası ile değerlendirilmiş lavanta grubunda daha az ağrı ve kızarıklık tespit edilmiştir.<sup>[84,85]</sup> Banyo suyuna lavanta eklemek ve lavantalı oturma banyoları perineal rahatsızlıkları iyileştirmektedir.<sup>[86]</sup> Papatya; banyo suyuna eklenen papatya ano-genital enflamasyonları azaltıcı olarak, papatya çayı sedatif ve papatya özü yağı insomnia için aromaterapi olarak kullanılmaktadır. Ayrıca papatyalı suyla vajinal duş vajinitis semptomlarını azaltmaktadır. Papatya Amerikan gıda ve ilaç birliği tarafından kullanımı genel olarak güvenli olarak kabul edilmiştir.<sup>[87]</sup> Tarçın; postpartum dönemindeki 114 epizyotomili kadın üzerinde yapılmış RKÇ da deney grubunda PA anlamlı derecede düşük bulunmuştur. 10 gün boyunca 12 saatte bir 2 ml tarçın içerikli pomad ile yapılan bir çalışma tarçının epizyotomi suturenunu erken iyileştirerek perineal ağrıyı azalttığını ortaya koymaktadır.<sup>[88]</sup> Zeytinyağı; PT nedeni ile mediolateral epizyotomisi olan 60 kadın üzerinde yapılan bir klinik çalışmada zeytin yağının epizyotomi iyileşmesine etkisi incelenmiştir. Çalışmada oturma banyosuna zeytinyağı eklenmiş REEDA ölçeği kullanılarak kontrol grubu ile karşılaştırılmış, doğum sonu 5. ve 10. günlerde kontrol grubunda perineal ağrı, 5. günden sonra yara yerinde kızarıklık ve 10. günden sonra ödem açısından önemli farklılıklar saptanmış, zeytinyağının rutin oturma banyolarına eklenmesi epizyotominin iyileşmesi açısından önerilmiştir.<sup>[89]</sup> Aroma terapinin perineal iyileşmeye olan etkilerini değerlendirmek üzere NVD yapan epizyotomili kadınlar aromalı oturma banyosu, aromalı sabunların kullanılması ve plasebo grubu olarak dizayn edilmiş ve REEDA ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada 5. ve 7. günlerde yaradan sürüntü alınmış plasebo grubuna göre aromaterapi grubunda daha az bakteri ürettiği görülmüş bu nedenle aromaterapinin yara iyileşmesinde kullanılabileceği saptanmıştır.<sup>[90]</sup>

**Akupunktur:** 1448 kadının üzerinde tamamlayıcı tıp yöntemlerinin PA'ya etkisini gösteren bir metaanalizde, akupunkturun PA azalttığı saptanmış, doğumda ve sonrasında kullanılabileceği ortaya konulmuştur. Özel eğitim almış ebe ve obstetrisyenlerce kulak bölgesinden "akupunktur" uygulamanın PA'nın ortadan kaldırılması için önerildiği ancak sistematik ve yeterli bilgi için daha çok klinik çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.<sup>[91]</sup> Danimarka'da yapılan bir çalışmada lokal anestezipler ve kulaktan yapılan akupunkturun ağrıya olan etkisi karşılaştırılmış, kadınlara epizyotomiden sonra 5 dakika içinde üst sınırı 20 ml den fazla olmamak üzere doğrudan yara üzerine lidocaine 10 mg/ml lokal anestezi olarak enjektörle uygulanmış, diğer gruba ise kulaktan akupunktur yapılmıştır. Sonuç olarak lokal anesteziplerin akupunktura göre daha etkili olduğu bulunmuştur.<sup>[92]</sup>

**Transkütanöz Elektriksel Nöral Akım (TENS):** 877 kadını içeren 10 RKÇ'nin yer aldığı bir çalışmada doğum esnasında analjezik olarak uygulanan TENS yönteminin doğum ağrısını azaltmadığı, ek analjezik kullanımını ortadan kaldırmadığı saptanmıştır.<sup>[93]</sup> 2014 yılında yayınlanan 33 kadının katıldığı bir RKÇ de, epizyotomi bölgesine yakın düşük ve yüksek aktif TENS uygulaması yapılmış, çalışmadan sonra kadınlar perineal ağrılarının önemli ölçüde azaldığını, oturma, yatakta pozisyon değiştirme ve hareket etmelerinin kolaylaştığını, TENS uygulamasını yeniden tercih edebileceklerini bildirmişlerdir. Çalışma TENS'in 30 dakikanın altında uygulandığında ciltte erozyon dahil hiçbir yan etkisinin olmadığını, kliniklerde güvenle kullanılabileceğini ifade etmektedir.<sup>[94]</sup>

## Perineal Travmanın Neden Olduğu Ağrıyı Engellemek İçin Geliştirilecek Davranışlar

### Diyet ve Sıvı Alımı

Bütün besin türleri ve yüksek lifli gıdaların alınması sağlanmalıdır. Fazla yağlı ve hazır gıdalar, aşırı çay, kahve, tuz, şeker tüketilmemelidir. Aşırı gaz yapıcı gıdalar maternal batında gaz yaparak ağrıya neden olabilir. Konstipasyona neden olabileceğinden dolayı demir tedavisini 2 hafta geciktirerek onun yerine takviye besinler tavsiye edilmeli, laksatif kullanımı gerektiğinde günlük 1,5-2 litre su alımı önerilmelidir.<sup>[63,64]</sup>

### Konstipasyon

PA'ya sebep olan konstipasyon postpartum ilk günlerde progesteron hormonunun hemen çekilememesi, PT, ağrı, dehidratasyon, ilaçlar, hemoroidler ve stres nedeni ile gelişebilmektedir.<sup>[62,63]</sup> Doğumdan sonra ilk 3 gün kadının defekasyona çıkıp çıkmadığı değerlendirilmeli, konstipasyon varsa, diyeti ve sıvı alımı gözden geçirilmelidir. Puerperal ateşin erken teşhis edilmesi de konstipasyonu engellemek için önemlidir.<sup>[63]</sup> Eğer diyet etkili olmamışsa yara açılmasını engellemek için en az 10 gün boyunca laksatif ve bağırsak hareketlerini hızlandırıcılar (C düzeyi kanıt) kullanılmalıdır.<sup>[64,95]</sup> Yapılan araştırmalar senna bitkisinin laksatif etki gösterdiği ve puerperium döneminde güvenle kullanılabileceği, yenidoğana hiç bir yan etkisinin olmadığını belirtmektedir. Laksatif olarak kullanılan bir diğer bitki olan hint yağının reçete edildiği durumlarda, dozaşımında yenidoğanda ishale neden olabileceği bildirilmektedir.<sup>[96,97]</sup> Bir diğer çalışma akupunktur ve bitkisel Çin tıbbının postpartum konstipasyon tedavilerinde etkili olduğunu belirtmektedir.<sup>[98]</sup> Laksatifler annenin gastrointestinal sisteminden emilerek anne sütü ile yenidoğana ishal olarak advers etki yapmaktadır. Laksatif gerekli olan durumlarda annesütüne geçmeyen pisilyum bitkisi kabuğu gibi lifli laksatifler tercih edilmelidir.<sup>[99]</sup>

### Kegel Egzersizleri

Kegel egzersizleri olarak da adlandırılan egzersizler prenatal dönemde olduğu gibi postpartum dönemde de uygulanabilen pelvik taban kaslarını güçlendiren hareketlerdir.<sup>[100]</sup> Egzersizle-

ri düzenli uygulayan kadınlarda epizyotomi insizyonlarının iyileşmesi daha çabuk olmaktadır.<sup>[101]</sup> Vajinal kasların güçlendirilmesi amacı ile 45 gönüllü kadın üzerinde yapılan bir çalışmada doğum sonu erken dönemde, pelvik kaslar 6 hafta boyunca intravajinal basınç sağlayan bir balonla günde 10 dakika uyarılmış ve kasların direnci ölçülerek kaydedilmiştir. Çalışma postpartum süreçte perineal kasların kendi kendine uygulanan Kegel yönteminin yanısıra gerektiğinde farklı bir metod olarak intravajinal balon yöntemi ile de güçlendirilebileceğini göstermektedir.<sup>[102]</sup> Literatüre göre doğumdan sonra ilk 6 saatte yatak egzersizlerine ve ilk 24 saatte de aktif Kegel egzersizlerine başlanıp egzersizler 8 hafta devam ettirilebilmektedir.<sup>[62]</sup>

## Engeller ve Beklentiler

Yaygın bir sorun olduğu ortaya konulan PT'nin yönetimine ilişkin standart bir eğitim programının olmaması, hemşirelerin rol ve sorumluluklarında karmaşıklığın yaşanması, güvenli annelik hizmeti sunan profesyonel sağlık ekip üyeleri arasındaki eşgüdüm yetersizliğinin yarattığı karmaşa, perine onarımı konusunda sağlık çalışanlarına karşı hissedilen güven eksikliği, kanıta dayalı uygulama ve sahadaki uygulamalar arasındaki farklılıklar PT yönetiminin önünde bariyer engel olarak kabul edilebilir.<sup>[1,103]</sup> Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda kadınlar artık vajinal doğum fobisini yenmek istediklerini, güven içinde normal yolla bebeğe sahip olmak istediklerini belirtmektedirler.<sup>[5,104]</sup> Günümüzde annelerin postpartum dönemde erken taburcu edilmesi, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmalarını engelleyebilmektedir. Ebe ve hemşireler tarafından ilk ev ziyaretinin taburculuk sonrası 24-48 saat içinde, sonraki ziyaretlerin postpartum iki ve altı hafta sonra yapılması büyük önem taşımaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşire ve ebelerin doğum sonrası, anneleri istenen sıklıkta ziyaret edememesi, annelerin bu dönemde yaşayacakları sorunların artmasına ve rehospitalizasyona neden olmaktadır. Bu durumun kadınların fiziksel sorunlarının yanısıra işe geç başlama, finansal sorunlar ve evlilik uyumu gibi farklı sosyal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

## Sonuç

Yapılan incelemenin sonucunda, PT'nin yönetiminde kapsamlı değerlendirmenin önemli unsurlardan biri olduğu, standart uygulamaların dışında yan etkilerinin az olması nedeni ile kanıta dayalı alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının da tercih edildiği görülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar, non-farmakolojik yöntemler ile tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında güvenilir ve kanıta dayalı bilgi birikiminin henüz yeterince oluşmadığını göstermektedir. Bu nedenle anne sağlığının yükseltilmesi amacıyla PT kapsamında daha fazla oranda kanıt temelli çalışmalara yer verilmesi önem taşımaktadır. Hemşirelerin multidisipliner ekip ile birlikte klinik uygulamalarında kullanılmak üzere literatüre katkı sağlayacak daha fazla deneysel çalışma yapmaları, konuyla ilgili yasal düzenlemeleri dikkate alarak güncel bilgi ve uygulama becerisine sahip olmaları, gebeleri ve anneleri güncel bilgi ve uygulamalar konusun-

da aydınlatmaları gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12(1):57. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-57>
2. Dahlen HG, Homer CS. What are the views of midwives in relation to perineal repair? *Women and Birth*. 2008; 21(1):27-35. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.12.003>
3. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 1999; 26(1):11-7. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536x.1999.00011.x>
4. McCandlish R, Bowler U, Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1998; 105(12):1262-72. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x>
5. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984; 289(6445):587-90. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x>
6. UNFPA W. Managing complications in pregnancy and childbirth. 2007 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf) (Erişim Tarihi: 29 Nisan 2015)
7. McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2001;46(6):396-401. [https://dx.doi.org/10.1016/S1526-9523\(01\)00205-7](https://dx.doi.org/10.1016/S1526-9523(01)00205-7)
8. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:364. <https://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x>
9. Davidson K, Jacoby S, Brown MS. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2000; 29(5):474-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02768.x>
10. Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *The Lancet*. 2000; 355(9200):250-1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)00020-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)00020-9)
11. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault J-J, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999; 180(3):593-600. [https://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70260-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70260-7)
12. Kettle C, Frohlich J. Perineal care. *Clin Evid* 2002;7:1284-95.
13. Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery* 2005; 21(2):154-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2004.12.003>
14. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *BMJ Clinical Evidence* 2008;2008:1401.
15. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major survey findings of listening to mothers (SM) III: New mothers speak out: Report of National surveys of women's childbearing experiences. *J Perinat Educ*. 2014; 23(1):17-24.
16. Metin B, Akın A, Güngör İ. Dünya Sağlık Raporu 1998: 21. yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon: genel direktörün raporu. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü, T.C.Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı; 1998.
17. Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002; 6(2):42-9.
18. Türkiye Nüfus Araştırmaları Enstitüsü <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. (Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2015)
19. Bekdemir Ö. Vajinal doğum yapan kadınlarda postpartum perineal ağrının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi:Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2013.
20. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006; 33(2):94-100. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x>

21. Hirayama F, Koyanagi A, Mori R, Zhang J, Souza J, Gülmezoglu A. Prevalence and risk factors for third and fourth degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012;119(3):340-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03400.x>
22. Ülker S. Yara ve hemşirelik. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1994.
23. Kılınc Z. Yara İyileşmesi. İzmir: Ege Üniversitesi: Dış Hekimliği Fakültesi, Bitirme Tezi. İzmir:2003.
24. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4:1-70. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub2>.
25. Bonewit-West K. Clinical procedures for medical assistants: Elsevier Health Sciences; 2014.
26. Shipman M, Boniface D, Tefft M, McClohy F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1997; 104(7):787-91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb12021.x>
27. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Library* 2006. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
28. Force UPST. Guide to clinical preventive services: DIANE Publishing; 1989. (Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2015)
29. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(5):445-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.093>
30. Ismail S. I., Emery S. J. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013; 33(8):839-43. <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2013.828027>
31. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. NICE Clinical Guidelines, No: 37. 2006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55925/> (Erişim Tarihi: 9 Ocak 2016)
32. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006; 194(1):10-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.022>
33. Hofmeyr G. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2005; 19(1):103-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.10.009>
34. Sampsel CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth: Relationship to perineal outcomes. *Journal of Nurse-Midwifery* 1999; 44(1):36-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0091-2182\(98\)00070-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0091-2182(98)00070-6)
35. Ratier N, Balenbois E, Letouzey V, Marès P, de Tairac R. [Methods of pushing at vaginal delivery and pelvi-perineal consequences. Review]. *Progres en Urologie : Journal de L'Association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie* 2015; 25(4):180-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.01.003>
36. Lemos A, Amorim M. M, Dornelas de Andrade A, de Souza A. I, Cabral Filho J, Correia J. B. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *The Cochrane Library* 2011. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub2>
37. Cox J, Cotzias CS, Siakpere O, Osuagwu FI, Holmes EP, Paterson Brown S. Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1999; 106(12):1280-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08182.x>
38. Francisco AA, de Oliveira SMJV, da Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery* 2011; 27(6):e254-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.012>
39. Lagana AS, Terzic MM, Dotlic J, Sturlese E, V, retto G, et al. The role of episiotomy in prevention of genital lacerations during vaginal deliveries – results from two European centers. *Ginekol Pol* 2015; 86(3):68-175. <http://dx.doi.org/10.17772/gp/2058>
40. Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, Zemcik R, Lobovsky L, Laine K. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *International Journal Urogynecology* 2014; 25(1):65-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-013-2164-1>
41. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized multicenter study of 1,076 women. *The Journal of Reproductive Medicine* 2002; 47(6):477-82.
42. Petrocnik P, Marshal J. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery* 2015; 31(2):274-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.004>.
43. Petrocnik P, Marshall J. Hands-on or hands-poised: what does the evidence say? *The Practising Midwife* 2015; 18(7):10-2.
44. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Library* 2011. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub2>
45. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. 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* 2005; 50(5):365-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.012>
46. Harrison R, Brennan M. Comparison of two formulations of lignocaine spray with mefenamic acid in the relief of post-episiotomy pain: a placebo-controlled study. *Current Medical Research and Opinion* 1987;10(6):375-9. <http://dx.doi.org/10.1185/03007998709111106>
47. Sanders J, Peters T, Campbell R. Does lidocaine spray reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery. A randomised controlled trial. *Current Controlled Trials* 2006. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38878.833241.7C>
48. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library* 2004. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub3>.
49. Ragnar I, Altman D, Tyden T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions-a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113(2):165-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00824.x>
50. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? a cohort study in Italy. *BioMed Research International* 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/638093>
51. Bharathi A, Reddy DD, Kote GS. A prospective randomized comparative study of vicryl rapide versus chromic catgut for episiotomy repair. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 2013; 7(2):326. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2013/5185.2758>
52. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; 359(9325):2217-23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09312-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09312-1)
53. Greenberg JA, Lieberman E, Cohen AP, Ecker JL. Randomized comparison of chromic versus fast-absorbing polyglactin 910 for postpartum perineal repair. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103(6):1308-13. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000128218.85151.43>
54. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: RCOG Press; 2007 Sep. (NICE Clinical Guidelines, No. 55.) 10, Normal labour: care of the baby and woman immediately after birth. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49390/>(Erişim tarihi; 01.01.2017)
55. Dönmez S, Sevil Ü. Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(3):105-12.
56. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Perineal care. [http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g\\_pericare.pdf](http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_pericare.pdf). (Published April 2012)/(Erişim tarihi; 01.01.2017)
57. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second degree tears. *The Cochrane Library* 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000947.pub3>.
58. Aslam R, Shazia A.K, Zain A, Fouzia A, Amir K. Interrupted versus continuous sutures for repair of episiotomy or 2nd degree perineal tears. *Journal of Ayub Medical College JAMC* 2014; 27(3):680-3.
59. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn: World Health Organization; 2014. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer\\_A4.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf)(Erişim tarihi; 01.01.2017)



60. WHO. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Geneva: WHO. 2002. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/131521/E79235.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf) Erişim tarihi; 01.01.2017
61. Sağlık Bakanlığı A, Müdürlüğü SG. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi: Ankara; 2010. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap28.pdf> Erişim tarihi; 01.01.2017
62. Coşkun A, Akyüz A, Arslan H, Aslan E, Demirci N, Dinç H. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. Coşkun A, editör. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2012. s. 39-101.
63. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub2>.
64. Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum Sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3):80-87.
65. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007; 34(4):282-90. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x>
66. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 2001; 165(9):1203-9.
67. Bar-Oz B, Bulkowstein M, Benyamini L, Greenberg R, Soriano I, Zimmerman D, et al. Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation. *Drug Safety* 2003; 26(13):925-35. <http://dx.doi.org/10.2165/0002018-200326130-00002>
68. Hale TW. Medications in breastfeeding mothers of preterm infants. *Pediatric Annals* 2003; 32(5):337-47. <http://dx.doi.org/10.3928/0090-4481-20030501-10>
69. WHO UNICEF. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. 2002. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62435/1/55732.pdf>. (Erişim tarihi; 01.01.2017)
70. Chou D, Abalos E, Gyte GM, Gülmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *The Cochrane Library* 2013. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008407>.
71. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *The Cochrane Library* 2003. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003931>
72. Delaram M, Dadkhah N-K, Jafarzadeh L. Comparison of indomethacin suppository and lidocaine cream on post-episiotomy pain: A randomized trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015; 20(4):450. <http://dx.doi.org/10.4103/1735-9066.160995>.
73. Nauta M, Landsmeer ML, Koren G. Codeine-acetaminophen versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of post-abdominal surgery pain: a systematic review of randomized trials. *The American Journal of Surgery* 2009; 198(2):256-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2008.11.044>.
74. Sapmaz E, ALTUNGÜL AÇ. Sağ medyolateral epizyotomi vakalarında ağrı kesici olarak tenoksikam ile parasetamolün karşılaştırılması. *Fırat Tıp Dergisi* 2012; 17(2):76-79.
75. Wilasrusmee S, Chittachareon A, Jirasiritum S, Srisangchai P. Naproxen suppository for perineal pain after vaginal delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2008; 102(1):19-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.01.015>.
76. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *The Cochrane Library* 2005. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004223.pub2>
77. Toker UHZ, Eroğlu K. Epizyotomi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2005; 12(1):49-61.
78. Bleakley C, McDonough S, MacAuley D. The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury a systematic review of randomized controlled trials. *The American Journal of Sports Medicine* 2004; 32(1):251-61. <http://dx.doi.org/10.1177/0363546503260757>
79. Punasundri D, Thangaraji R, Choo B. Perineal cold pads versus oral analgesics in the relief postpartum perineal wound pain. *J SGH Proc* 2006; 15(1):8-12.
80. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *The Cochrane Library* 2007. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006304.pub3>
81. Steen M, Cooper K, Marchant P, Griffiths-Jones M, Walker J. A randomised controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery* 2000; 16(1):48-55. <http://dx.doi.org/10.1054/midw.1999.0188>
82. Leventhal LC, de Oliveira SMJV, Nobre MRC, da Silva FMB. Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2011; 56(2):141-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2010.00018.x>
83. Soyocak A. Resveratrol ve tannik asidin insan meme kanser (Mcf-7) hücre dizisinde apoptoz ve telomerazenzim aktivitesine etkileri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: 2008.
84. Vakilian K, Atarha M, Bekhradi R, Chaman R. Healing advantages of lavender essential oil during episiotomy recovery: a clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011; 17(1):50-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.05.006>
85. Sheikhan F, Jahdi F, Khoei EM, Shamsalizadeh N, Sheikhan M, Haghani H. Episiotomy pain relief: Use of lavender oil essence in primiparous Iranian women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2012; 18(1):66-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2011.02.003>
86. Dale A, Cornwell S. The role of lavender oil in relieving perineal discomfort following childbirth: a blind randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19(1):89-96. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01056.x>
87. Srivastava JK, Shankar E, Gupta S. Chamomile: A herbal medicine of the past with a bright future (Review). *Molecular Medicine Reports* 2010; 3(6):895-901. <http://dx.doi.org/10.3892/mmr.2010.377>
88. Mohammadi A, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Javadzadeh Y, Fardiazar Z, Effati-Daryani F. Effects of cinnamon on perineal pain and healing of episiotomy: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Integrative Medicine* 2014; 12(4):359-66. [http://dx.doi.org/10.1016/S2095-4964\(14\)60025-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2095-4964(14)60025-X)
89. Behmanesh F, Fereshteh B, Azar A, Mahtab Z, Soraya K. Effects of olive oil sitz bath on improvement of perineal injury after delivery. *Koomesh* 2013; 14(3):309-15.
90. Hur MH, Han SH. Clinical trial of aromatherapy on postpartum mother's perineal healing. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34(1):53.
91. Smith C, Collins C, Cyna A, Crowther C. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *The Cochrane Library* 2003. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>
92. Kindberg S, Klünder L, Ström J, Henriksen TB. Ear acupuncture or local anaesthetics as pain relief during postpartum surgical repair: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009; 116(4):569-76. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02016.x>
93. Carroll D, Moore R, Tramer M, McQuay H. Transcutaneous electrical nerve stimulation does not relieve labor pain: Updated systematic review. *Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 9:195-206. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-3552011000300002>
94. Pitangui AC, Araujo RC, Bezerra MJ, Ribeiro CO, Nakano A. Low and high-frequency TENS in post-episiotomy pain relief: a randomized, double-blind clinical trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2014; 18(1):72-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-3552012005000143>
95. Fernando R, Williams A, Adams E. The management of third and fourth degree perineal tears. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline no. 29. June 2015.* <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
96. Palmer K. 9 The Clinical Skills Assessment. Notes for the MRCGP: A Curriculum Based Guide to the AKT, CSA and WBPA. 2009: 240.
97. Baldwin WF. Clinical study of senna administration to nursing mothers: assessment of effects on infant bowel habits. *Canadian Medical Association Journal* 1963; 89(11):566.
98. Lin L-W, Fu Y-T, Dunning T, Zhang AL, Ho T-H, Duke M, et al. Efficacy of traditional Chinese medicine for the management of constipation: a systematic review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009; 15(12):1335-46. <http://dx.doi.org/doi:10.1089/acm.2008.0373>
99. Rubin PC, Ramsay M. Prescribing in pregnancy: Blackwell/BMJ; 2008; 56-71
100. Kegel AH. The physiologic treatment of poor tone and function of the

- genital muscles and of urinary stress incontinence. Western Journal of Surgery, Obstetrics, and Gynecology 1949; 57(11):527-35.
101. Saymer FD. Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2007; 15(60):146-54.
102. Dougherty MC, Bishop KR, Abrams RM, Batich CD, Gimotty PA. The effect of exercise on the circumvaginal muscles in postpartum women. Journal of Nurse-Midwifery 1989;34(1):8-14. [http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182\(89\)90123-7](http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(89)90123-7)
103. Bick D, Kettle C, Macdonald S, Thomas P, Hills R, Ismail K. The PEARLS Study: Enhancing immediate and longer-term assessment and management of perineal trauma: a matched pair cluster trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2010;10(10). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-10>
104. Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi 2011; 21(3): 83-88.

## KENDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME SORULARI

**Genital bölgede hemoroid, enfeksiyon, hematoma, spontan laserasyon veya epizyotomi nedeniyle ortaya çıkan hasar aşağıdaki kavramlardan hangisini tanımlamaktadır?**

- 1
- Postpartum hemoraji
  - Prenatal enfeksiyon
  - Perineal travma
  - Perineal abse
  - Sepsis

**Aşağıdakilerden hangisi perineal travma ile ilişkili faktörlerden değildir?**

- 2
- Enstrümantal doğum (forceps veya vakum)
  - Uzamış doğum eylemi (özellikle doğumun 2. aşamasının 1 saatten fazla sürmesi)
  - Malprezentasyon, omuz distosisi, parite sayısı (primarlar dahil)
  - Geçirilmiş endometrial operasyonlar
  - İri bebek (4000 gr ve daha fazla)

**Aşağıdakilerden hangisi perineal travma'nın iyileşmesini olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yer alır?**

- 3
- Obezite
  - Anemi,
  - Hijyen eksikliği
  - Konstipasyon
  - Hepsi

**Aşağıdakilerden hangisi antenatal dönemde perineal travmayı önlemek için yapılan uygulamalardan değildir?**

- 4
- Progresif gevşeme egzersizleri
  - Bitkisel lavmanlar
  - Etkili ıkınma teknikleri
  - Dijital perine masajı
  - Kegel egzersizi

**Perineal masaj ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangileri doğrudur.**

- 5
- Masaja başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boşaltılmalıdır.
  - Masaja, ellerin hareketine izin verecek kayganlaştırıcı bir madde sürülerek (badem yağı gibi) başlanır.
  - El parmakları yaklaşık 4 cm vaginanın iç kısmına, parmakların birinci boğumuna kadar yerleştirilir.
  - Rektuma hafif bastırılarak, baş ve işaret parmakları birlikte hareket ettirilerek yavaşça saat üç yönünden dokuz yönüne ritmik "U" şekli çizilerek hareket ettirilir.
  - Masaj esnasında perineal kasların mümkün olduğunca gevşemesine gerek yoktur.
  - Pelvik masaj esnasında nefes tutulur, mesane sıkıştırılır, idrar akışı engellenir, idrar akışını engellemeye çalışıyormuş gibi hayalen perineal kaslar kasılır.
  - Masaj esnasında kayganlaşmayı sağlamak için sabun, şampuan gibi maddeler kullanılabilir.
- I, II, III, IV, VI
  - I, II, IV, V, VI
  - II, IV, V, VI, VII
  - III, IV, V, VI, VII
  - I, III, V, VI, VII