

**DOĞUMDA PERİNEAL TRAVMA VE ONARIMI: KANIT TEMELLİ****YAKLAŞIMLAR****Meltem AYDIN BEŞEN<sup>1</sup>, Gülay RATHFISCH<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi**ÖZET**

Vajinal doğum sırasında kadınların %85'inin çeşitli boyutlarda perineal travma yaşayacağı tahmin edilmektedir. Kadınların maruz kaldıkları bu travma nedeniyle yaşam kaliteleri negatif etkilenmekte, yenidoğan bakımı ve emzirme büyük ölçüde kesintiye uğramaktadır. Ayrıca doğum sonu perineal ağrı, dispareuni ve estetik kaygılar kadınların normal vajinal doğumdan kaçınmalarına, elektif sezaryene yönelmelerine neden olabilmektedir. Ebeler kanıt temelli girişimler ile perineal travma ve ağrının potansiyel kısa ve uzun dönem etkilerini en aza indirmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, perineal travma, epizyotomi

**PERINAL TRAUMA AND REPAIR DURING CHILDBIRTH: EVIDENCE-BASED****APPROACHES****ABSTRACT**

It is estimated that 85% of women experience perineal trauma in various sizes during vaginal delivery. The quality of life is negatively affected by the perineal trauma experienced by women, and newborn care and breastfeeding are largely interrupted. In addition, postpartum perineal pain, dyspareunia and aesthetic concerns may cause women to avoid normal vaginal delivery and elective caesarean section. Midwives should minimize the potential short and long-term effects of perineal trauma and pain with evidence-based interventions.

**Key Words:** midwifery, perineal trauma, episiotomy

**İletişim/Correspondence**

Meltem AYDIN BEŞEN

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu

Çiftlikköy Kampüsü Yenişehir/Mersin

**E-posta:** meltemaydin80@gmail.com**Geliş tarihi/Received:** 02.01.2019**Kabul tarihi/Accepted:** 30.12.2019

## GİRİŞ

Kadınların çoğu doğum sırasında oluşan perineal travma ve onarımı nedeniyle korku duyduklarını bildirmekte ve bu durum postpartum cinsel sağlık için endişe kaynağı olmaktadır (1). Bu korku vajinal doğumdan kaçınmaya, sezaryene istek ve eğilim artmasına neden olmaktadır. Travma sonrası oluşan perineal ağrı, yeni annenin emzirmeyle, bebeğinin bağımsız bakımıyla ve diğer günlük rolleri ile baş edebilmesini güçleştirebilmekte ve bunun sonucunda da kadının bir anne olarak kendine güveni azalmaktadır (2,3).

Vajinal doğumla ilgili perineal travma oranları tanım ve uygulama farklılıklarından dolayı ülkeden ülkeye değişebilmektedir (4). İngiltere’de vajinal doğum yapan kadınların %85’inden fazlası çeşitli derecelerde travmaya maruz kaldığı tahmin edilmektedir (5). Meta-analitik bir çalışmada düşük ve orta gelirli ülkelerde epizyotomi %46, ikinci derece yırtık % 24, şiddetli perineal yırtık (3.-4. Derece yırtık) ise %1.4 oranında bildirilmiştir (6). İran’da ise perineal travma oranı %83 (primiplarlarda %95) olarak bildirilmektedir (7).

Doğum sırasında oluşabilecek perineal travmanın olası risk faktörleri arasında genç anne yaşı, ırk (beyazlarda siyahlardan daha sık, en yüksek risk Asya ırkı), genital mutilasyon, malprezentasyon, ilk doğum, 4000 gr’ın üstündeki doğum ağırlığı, daha önceki perineal onarım (yara dokusu), uzamış ikinci evre, hızlı doğum, fundal basınç, doğum indüksiyonu, enstrümantal doğum ve epizyotomi uygulaması gösterilmektedir (4,7-10). Bir çalışmada ise özel hastanede doğum yapmak ve erkek fetüsün (erkek bebek başının daha solid bir yapıya sahip olduğu varsayımı) perineal travma oluşumunda etkili olduğu

saptanmıştır (11). Perine travması ile pelvik taban egzersizleri arasında ise negatif bir ilişki bildirilmektedir (4).

Doğumun ikinci evresinde perineal travmayı azaltmaya yönelik kanıt temelli uygulamalardan perineal masaj, perineye sıcak kompres uygulaması, perinenin elle korunması kadının tercihine ve mevcut seçeneklerine göre önerilmektedir (12). Orta kalitede kanıtlar, perineal masaj ve sıcak kompresin şiddetli yırtıkları azaltabileceğini, ancak diğer perineal sonuçlar üzerindeki etkisinin belirsiz olduğunu göstermektedir (13). İntrapartum hands on ve hands off tekniklerinin birbirilerine üstünlüğü ile ilgili yüksek kalite kanıtlar mevcut değildir. İntakt perine veya spontan perineal travma ile sonuçlanması açısından fark bildirilmemektedir. Ancak düşük kalite kanıtlar hands on tekniğinin epizyotomi sıklığını azaltabileceğini göstermiştir (13). Ayrıca doğumun ikinci evresinde agresif vajinal germe ve ritgen manevrası ile ilgili kanıtlar belirsizdir ve uygulama önerilmemektedir (12,14,15).

## Perineal Travma Türleri

### 1. Spontan Perine Yırtıkları

Doğum sırasında oluşan spontan perine yırtığı doğum öncesi bakıma, obstetrik bakım sağlayıcılara, hasta özelliklerine, doğum yönetimine bağlı olarak değişmekle birlikte %53-79 oranında oluşabileceği öngörülmektedir. Sıklıkla birinci ve ikinci derece perineal laserasyonları kapsar (16). Üçüncü derece laserasyon oranı %3.3, dördüncü derece laserasyon oranı ise % 1.1 olarak bildirilmektedir (17).

Perineal laserasyonlar genellikle fetal başın doğumu sırasında gerçekleşir. Çoğu yaralanma akut olduğu gibi, bazıları kadının daha önceki jinekolojik problemlerine (pelvik relaksasyon,

prolapsus, rektosel vb.) bağlı ortaya çıkabilir. Ayrıca her kadının yumuşak doku esnekliği farklı olabileceğinden laserasyona eğilimi ve derecesi değişebilmektedir (18). Perineal değerlendirme sonucu travma belirlenerek spontan yırtılmanın derecelendirilmesi yapılmalıdır:

- İntakt

- 1. derece: Sadece deri yüzeyi yaralanmaları vardır, ön veya arka perineumun deri ve deri altı dokusu ve vajinal mukozayı içerebilir.

- 2. derece: Yaralanmaya perineal kas eklenmiştir ancak anal sfinkter yaralanması yoktur.

- 3. derece: Travmaya anal sfinkter kası da dahil olmuştur;

- ✓ 3a: Dış anal sfinkter kasının %50'sinden azı zarar görmüştür.

- ✓ 3b: Dış anal sfinkter kasının %50'sinden fazlası zarar görmüştür.

- ✓ 3c: İç ve dış anal sfinkter kası yaralanmıştır.

- 4. derece: Perine ve anal sfinkter kompleks yırtığı vardır ve anal mukoza da zarar görmüştür (5,19).

## 2. Epizyotomi

Epizyotomi üç yüzyılı aşkın süredir tıp literatüründe olmasına rağmen 1920'lere kadar rutin olarak kullanılmamıştır. Rutin epizyotomi uygulaması obstetrisyenler tarafından fetal travmayı ve perineal yaralanmayı önleme stratejisi olarak görülmüştür. Fakat daha sonra göreceli yararları ve zararları çelişkili tartışmalar yaratmıştır. Erken savunucular perineal korumayı sağladığını ve daha iyi postpartum pelvik organ desteği ile sonuçlandığını öne sürmüşlerdir, fakat bu yüksek kalitede kanıtlar ile desteklenememiştir (20). Mevcut kanıtlar rutin epizyotominin şiddetli perineal

travma ve pelvik organ prolapsusunu önlemediğini ortaya koymaktadır (21).

Epizyotominin rutin uygulaması kanıta dayalı perspektif ile incelendiğinde; Cochrane veri tabanında yer alan meta-analitik bir çalışmada kısıtlayıcı epizyotomi (sadece endike olgularda uygulanan) ile rutin epizyotomi arasında ağrı, disparoni ve üriner inkontinans açısından bir fark olmadığı ancak kısıtlayıcı epizyotominin posterior perineal travma, suture edilme ihtiyacı, erken dönem yara yeri komplikasyonları yönünden daha düşük riske sahip olduğu bildirilmektedir (22). Bir başka Cochrane meta-analizine göre şiddetli perineal travma, kan kaybı, perineal ağrı, disparoni, inkontinans ve Apgar puanı yönünden iki uygulama arasında fark yoktur, bu doğrultuda kanıtların rutin epizyotomi politikasını desteklememektedir (21). Tayrak ve ark.'nın (23) yaptığı sistematik derlemede rutin epizyotominin şiddetli perine yırtığı, üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik prolapsusu önleyici etkisinin bulunmadığı bildirilmektedir. Coutada ve ark.'nın (24) çalışmasında ise rutin epizyotomi yapılan kadınlarda morbiditenin (perineal ağrı, bölgesel ateş ve kızarıklık) kısıtlayıcı uygulananlara göre daha fazla olduğu, neonatal travma, Apgar puanı gibi neonatal sonuçlarda ise fark olmadığı bildirilmektedir. American Congress of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) (16) kısıtlayıcı epizyotominin rutin epizyotomiye göre klinik açıdan daha üstün olduğunu ve tercih edilmesi gerektiğini (Kanıt düzeyi A), ayrıca rutin epizyotominin üriner inkontinansa yol açan pelvik taban hasarını önlemediğini (Kanıt düzeyi B) bildirmektedir. National Guideline Clearinghouse (NGC) (25), operatif vajinal doğumda rutin epizyotomi

kullanımını destekleyen güçlü kanıt bulunmamasından dolayı doktor ya da ebeğin kendi kararını kullanarak kısıtlayıcı epizyotomi uygulamasını desteklemektedir (Öneri düzeyi B). Royal College of Obstetrics and Gynecology (RCOG) (26), rutin epizyotominin kanıt düzeyinde kısa ya da uzun dönem maternal yararlarının bulunmadığı ve ciddi perineal travma riskini arttırdığını bildirmektedir. Kısıtlayıcı epizyotomi rutin epizyotomiye göre % 30 daha az şiddetli perineal yaralanma ile sonuçlandığı, ayrıca ağrı, üriner inkontinans dispareni veya anal sfinkter yaralanma riskini arttırmadığından dolayı önerilmektedir (19). Kanıtların klinik uygulamaya yansımalarının değerlendirildiği bir çalışmada ise epizyotomi oranlarının kademeli olarak düştüğü görülmüştür. Ancak rutin epizyotominin zararlarını gösteren kanıtların uygulamaya etkisinin sınırlı olduğu sonucuna varılmıştır (27).

Literatürde tüm bu kanıtların sunulmasına karşın epizyotomi dünyada sık yapılan obstetrik girişimlerden biridir. Şiddetli perineal yırtıklar ve epizyotomi oranları, obstetrik bakım kalitesinin bir göstergesidir. Epizyotomi oranına ilişkin belirsizlikler söz konusu olmakla birlikte düşük ve orta gelirli ülkelerde epizyotomi oranı %46 olarak bildirilmekte, bu ülkeler arasında en yüksek oran Pakistan'dadır (%98) (6). Avrupa ülkeleri arasında ise Danimarka'da % 3,7'den Kıbrıs'ta % 75,0'a kadar değişmektedir (28). Ülkemizde ise epizyotomi oranının %64-%88 arasında olduğu bildirilmektedir (29).

Doğum için perineal alanın en üst düzeye çıkarılması ve şiddetli yırtık riskinin daha az olması nedeniyle mediolateral epizyotomi tipi tercih edilmektedir (16). ACOG (16,30), median epizyotominin anal

sfinkter ve rektumda mediolateral epizyotomiden daha yüksek yaralanma oranlarıyla ilişkili olduğunu (Kanıt düzeyi A), seçilmiş olgularda mediolateral epizyotominin median epizyotomiye tercih edilebileceğini (Kanıt düzeyi B) bildirmektedir. Bir epizyotomi yapılacaksa önerilen teknik, vajinal açıklıktan genellikle sağ tarafa yönlendirilen mediolateral epizyotomidir. Dikey eksene göre epizyotomi açısı 45- 60 derece arasında olmalıdır (14,19).

### **Perineal Travma Onarımı**

Perineal onarım gibi rutin prosedürlerin etkin, maliyet bakımından uygun ve kaliteli olabilmesi için kanıta dayalı olması önemlidir. Ancak uygulamanın bazı yönleri ile araştırma bulguları kullanımı arasında bir ayrılık olduğu görülmektedir. Buna yönelik bilgi ve beceri eksikliği, değişim direnci, kişisel tercih, gelenek, kısıtlayıcı yerel politikalar ve destek eksikliği gibi bazı sebepler bildirilmektedir (31). Literatürde perineal travma onarımı ile ilgili aşağıdaki yaklaşımlar yer almaktadır:

***Perineal travmanın suture edilmeden bırakılması yaklaşımı:*** Perineal travmanın suture edilmesi ile ilgili uzun yıllardır tartışmalar devam etmektedir. Bazı profesyoneller daha sonraki doğumları kolaylaştırmak, hızlı yara iyileşmesini sağlamak, daha az ağrı ve enfeksiyon için perinenin suture edilmeden bırakılması yönünde görüş bildirirken, diğer bir kesim ise bu prosedürün yara iyileşmesi, estetik, cinsel işlev, pelvik kas kuvveti, idrar kaçırma ve prolapsus ile ilgili etkilerini sorgulamaktadır (31).

Fleming ve ark.'nın (32) çalışmasında, birinci ve ikinci derece yırtık oluşan kadınlarda suture edilmeden bırakılan ve suture edilen gruplar arasında ağrı ve

depresyon açısından anlamlı fark olmadığı, suture edilen grubun daha iyi yara iyileşmesi gösterdiği saptanmıştır.

Elharmeel ve ark.'nın (33) yaptığı meta-analiz çalışmasına göre; suture edilmeden bırakılan grup ile suture edilen grup arasında doğumdan sekizinci haftaya kadar ağrı veya rahatsızlık açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır, ancak bir çalışma dikiş sonrası yara iyileşmesinin daha hızlı olabileceğini düşündürmektedir. Bir başka sonuç ise, suture edilen grupta analjezik kullanımı sekiz haftada halen yüksekken, edilmeyen grupta hiçbir analjezik kullanılmamıştır. Her iki grup için de uzun dönem etkileri (seksüel fonksiyon, inkontinans, günlük aktivite, kozmetik kaygılar) rapor edilmemiştir. RCOG (8), birinci ve ikinci derece perineal yırtıkların suture edilmeden bırakılması uygulamasının kanıt düzeyini Ib ve III olarak bildirmekte ve kısa dönem rahatsızlıklarda önemli bir farklılık bulunmamasına rağmen klinik uygulama için daha kaliteli kanıtlara ihtiyaç olduğunu beyan etmektedir. Royal College of Midwives (RCM) (34) ise kadının kendi isteği olmadıkça suture edilmeme yaklaşımı konusunda ebe ve hekimlere çekimser davranmaları gerektiğini, cildin suture edilmemesinin ise daha az ağrıya ancak daha fazla yara kenarlarının açık kalma riskine neden olduğunu bildirmektedir.

Tüm katmanlar dikişsiz bırakıldığında 'yanma hissi' ve ağrıda (doğumdan 2-3 gün sonra) azalma bildirilmiş olsa da uzun vadeli sonuçların kadınlar için daha önemli olması muhtemeldir. İkinci derecede yırtıkların suture edilmeden bırakılması, daha sonraki yıllarda kadının pelvik tabanının bütünlüğünü ve işlevini olumsuz yönde etkileyebilir (5). Günümüzde bu

yöntemin diğerinden üstün olduğunu gösteren iyi metodolojik kaliteye dair çok az kanıt vardır. Mevcut kanıtlar göz önüne alındığında bu yaklaşım, iyi bir klinik değerlendirme yapılarak, aktif kanama olmayan, düzenli ve iyi yaklaştırılmış yara kenarlarına sahip, birinci derecede perine yırtıkları için önerilebilir. Kanaması olan ve düzensiz yara kenarlarına sahip birinci derece yırtıklar ile tüm ikinci derece yırtıklar için suture önerilmektedir (9,16,19). Özellikle labiaların suture edilmediği durumlarda travma iki taraflıysa kesikler bazen üretranın üzerine yapışabilir ve kadında idrar yapma zorlukları oluşabilir. Bu durumda adezyonları önlemek için kadına günlük olarak banyo sırasında labianın yapışıklıklarını açması öğretilmelidir (31).

**Perineal cildin suture edilmeden bırakılması yaklaşımı:** Vajinal mukoza ve perine kasları suture edilerek sadece perineal cildin açık bırakılmasını (iki katman suture) kapsar. Randomize kontrollü bir çalışmada cildin suture edilmeden bırakılması daha az perineal ağrı ve dispareni ile ilişkili bulunmuş ve yara iyileşmesi üç katman suture ile benzer sonuçlar göstermiştir (35). Yapılan bir sistematik derlemeye göre; cildin suture edilmeden bırakılması veya cilt yapıştırıcıların kullanılması kısa dönem perineal ağrı açısından sutureye tercih edilebilir olarak görünmektedir, ancak uzun dönem ağrı için (en az altı aylık takip) daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (36). Ayrıca suture edilmeden bırakılan grupta kısa dönemde cilt ayrılmasına rastlanabilmekte, ancak cilt ayrılmasının klinik önemi için herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Ek olarak kozmetik sonuçlara ilişkin çalışmalara ihtiyaç vardır (36). Bir başka sistematik derlemeye göre

iki katman sutureasyon daha az perineal ağrı ve disparoni neden olmaktadır. Ayrıca yara iyileşmesinin üç aya kadar sürmesinin muhtemel olduğu ve ileri çalışmalar gerektirdiği bildirilmektedir (düşük kalite kanıt) (5). Perineal cildi dikişsiz bırakmanın, dikilmiş cilde kıyasla ağrı ve disparoniyi azaltmak için bir miktar yararı vardır. Ancak, uzun süreli takip çalışmaları yoktur ve uygulayıcılar dikiş atmama durumunda daha sonraki zamanlarda kabul edilemeyecek olan yara boşluğu riskinin arttığının farkında olmalıdır (5).

**Perineal tüm katmanların suture edilmesi yaklaşımı:** Vajinal mukoza, perineal kaslar ve perineal cildin suture edilerek kapatılmasıdır. Perine onarımını takiben kadınların maruz kaldıkları morbidite üzerinde hasar derecesinin, suture tekniği ve malzemelerin ve işlemi yapan profesyonelin becerisinin doğrudan etkisi vardır (6). Kanıtlar doğrultusunda ikinci derece yırtıklar ve epizyotomi bölgesinin kötü yara iyileşmesi nedeniyle suture edilmesi önerilmektedir (19). RCOG (8), iki katman (vajina ve perineal kaslar) halinde kapatılması üç katmana (vajina, perineal kaslar ve cilt) göre daha az disparoniyeye, ancak daha geç yara iyileşmesine (doğum sonu on güne kadar) neden olduğunu bildirmektedir (Kanıt düzeyi Ib). Bu doğrultuda RCOG (8) onarımın, vajinal dokular ve perine için üç katmanda yapılmasını desteklemektedir. Literatüre göre en sık kullanılan suture teknikleri; sürekli suture tekniği ve tek tek suture tekniğidir (37,38):

#### *Tek Tek Suture Tekniği*

Epizyotomi ve ikinci derece yırtıkların onarımında yaygın olarak kullanılan tek tek suture tekniği şu aşamaları içerir:

1. Vajinal hasarın apeksi belirlenip, bir cm üstünden bir suture ile başlanır.

Kilitli (her bir sutureda ip halkasının içinden iğne geçirilerek) sürekli suturelar ile vajina kapatılır ve vajinal fourchette seviyesinde bir düğüm ile tamamlanır.

2. Derin ve yüzeysel perineal kaslar 3 ya da 4 tek tek konulan, düğümlenip kesilen suture ile yaklaştırılır.

3. Cilt kapatılırken tek tek, kesilen, transkütanöz dikişler kullanılır (Şekil 1) (9).

#### *Kilitsiz Sürekli Suture (Fleming's) Tekniği*

1. İlk suture, görülemeyebilecek herhangi bir kanama noktasını güvence altına almak için vajinal travmanın apeksi üstüne yerleştirilir. Vajina sıkı olmayan, sürekli, kilitsiz (iğneyi ip halkasının içinden geçirmeksizin) bir teknikte kapatılır, daralmayı engellemek için her suture çapının çok geniş olmamasına dikkat edilir (Şekil 1).

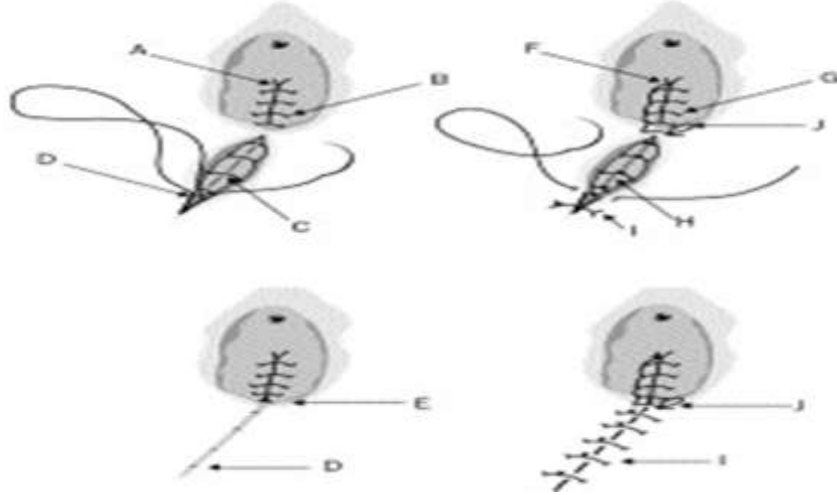
2. Fourchette seviyesinde düğüm kullanılmadan perineal kasların yaklaştırılmasına devam edilir. Derin ve yüzeysel kaslar için de sürekli kilitsiz dikiş kullanılır (Şekil 1).

3. Cildi kapatmak için ise kesintisiz devam eden subkütan suture kullanılır ve fourchette seviyesinde tek bir düğüm ile sonlandırılır (Şekil 1) (Şekil 2) (9,39).

Araştırmalar sürekli suture tekniğinin postpartum erken dönemdeki perineal rahatsızlığı ve ağrıyı azaltmak için tek tek suture tekniğine göre daha üstün olduğunu bildirmişlerdir (38,39,40). Dikiş yöntemleri arasındaki ağrı farkının, ödem kaynaklı dikiş gerginliğinin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Yaraya yatay olarak yerleştirilen kesilmiş tek tek suturelarla karşılaştırıldığında, sürekli suture tekniği ile gerginlik, tek düğümsüz sutureun tüm uzunluğu boyunca aktarılır. Ağrıyı azaltmaya katkıda bulunabilecek bir diğer önemli faktör ise sürekli suture tekniğinde

cilt kapatılırken iğne ve ip teması subkütanöz dokuya olmakta, böylece deri yüzeyindeki sinir uçlarının harabiyetinden kaçınılmaktadır. Diğer teknikte ise transkütanöz dikişler deriden geçmektedir.

Sürekli suture tekniğinin diğer bir avantajı daha az dikiş materyalinin kullanılması, böylece hastanelerin genel harcamalarını düşürmesidir (31).

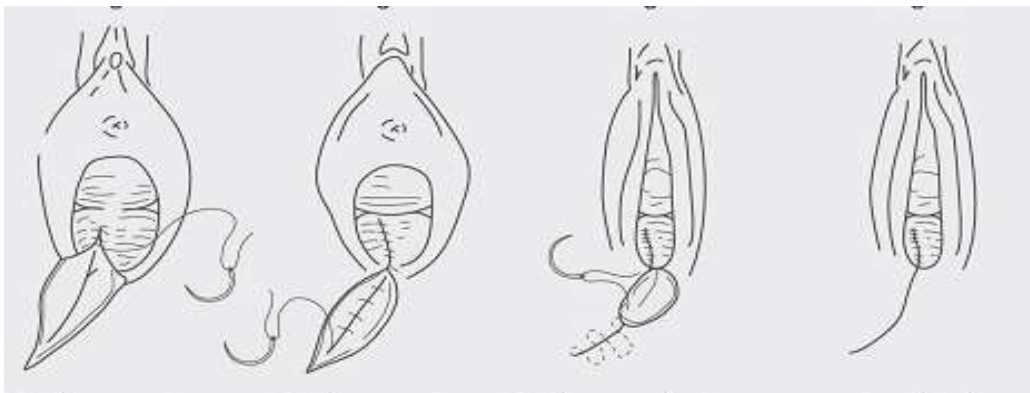


### Sürekli Suture Tekniği

### Tek Tek Suture Tekniği

**A:** Yara apeksinin belirlenmesi, **B:** Kilitli sürekli suturelar ile vajinanın kapatılması, **C:** Derin ve yüzeysel kasların kilitli sürekli suturelarla yaklaştırılması, **D:** Kesintisiz subkütan teknik ile cildin kapatılması, **E:** Vajinal fourchette son sutureun düğümlenmesi. **F:** Yara apeksinin belirlenmesi, **G:** Kilitli sürekli suturelar ile vajinanın kapatılması, **J:** Vajinal fourchette sutureun düğümlenmesi, **H:** Derin ve yüzeysel kasların tek tek düğümlenip kesilen suturelarla yaklaştırılması, **I:** Tek tek düğümlenip kesilen suturelarla cildin kapatılması, **J:** Vajinal fourchette son sutureun düğümlenmesi.

**Şekil 1.** Sürekli suture tekniği ve tek tek suture tekniği uygulaması (39)



**Şekil 2.** Sürekli Suture Tekniği (39)

RCOG (8), perineal onarımda tek tek sütür tekniği yerine daha az ağrı, analjezi ihtiyacı, yara açılması ve yeniden suture edilmesi ile ilişkili olması nedeniyle kilitsiz sürekli sütür tekniğini, cilt için subkütiküler teknik kullanılmasını önermektedir (Kanıt düzeyi Ia). RCM (34), sürekli kilitsiz sütür tekniğinin üstünlüğünü bildirmektedir. ACOG (16) ise ikinci derece yırtıklarda sürekli sutur tekniğini ve cilt onarımında sütür veya yapıştırıcı uygulamasını B düzey öneriler arasında sunmaktadır. NICE (14), cilt suture edilecekse sürekli subkütiküler teknik ile kapatılmalı, vajinal duvar ve kas tabakası kilitsiz sürekli sütür tekniği kullanılarak perineal onarım yapılmalı önerisinde bulunmaktadır.

## SONUÇ

Kadınların vajinal doğum sırasında maruz kaldıkları perineal travma nedeniyle yaşam kaliteleri düşmekte, yenidoğan bakımı ve emzirme büyük ölçüde kesintiye uğramaktadır. Ayrıca doğum sonu perineal ağrı, disparoni ve estetik kaygılar kadınların normal vajinal doğumdan kaçınmalarına, elektif sezaryene yönelmelerine neden olabilmektedir. Mesleki uygulamaların her aşamasında olduğu gibi perineal travmanın yönetiminde de ebelerin kanıta dayalı çalışması, travma ve ilişkili ağrının kısa ve uzun dönem etkilerini en aza indirecek,

kadınların doğum sonrası dönemde sağlık düzeyini arttıracak ve annelik rolüne uyumunu kolaylaştıracaktır.

Kanıt temelli çalışma ile kadın sağlığına katkıda bulunmanın yanı sıra potansiyel malpraktis davalarının da önüne geçilmesi söz konusu olacaktır. Türkiye’de sağlık çalışanları arasında ebeler malpraktis yükümlülüğünün en yüksek yüzdesine (%52) sahiptir ve ebelere açılan davaların çoğunluğu uygunsuz müdahale nedeniyle (41). Bununla birlikte ebelerin epizyotomi ile ilgili varolan kanıtlar ve kılavuzlar hakkında bilgilerinin kısıtlı olduğu bildirilmektedir (42). Ülkemizde ebelerin büyük çoğunluğu (%96) epizyotomi uygulamasının normal doğumun bir parçası olduğunu, yadsınamaz bir kısmı (%35) ise her doğumda rutin olarak uygulanması gerektiğini savunmaktadır (43).

Bu bağlamda; mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin güncel yaklaşımlar ve kanıtlar doğrultusunda olması, hizmet veren ebelerin güncel bilgileri takip etmesi önem kazanmaktadır. Özellikle olarak perineal travmanın yönetiminde; prenatal ve intranatal dönemde uygulanan kanıt temelli girişimler ile yaralanmaların önlenmesi, epizyotominin kısıtlayıcı prosedürle ve mediolateral teknikle uygulaması, perineal onarımın üç katmanda ve sürekli sütür tekniği ile yapılması son derece önemlidir.



**Tablo 1.** Perineal travma yönetiminde uygulanan girişimler ile ilgili öneriler ve kalite düzeyleri

Girişim	Öneri	Kanıtların düzeyi	Yorum
Perinenin elle korunması (hands on)	B	Orta Düşük	Birinci derece yırtık riski azalır Epizyotomi riski azalır
Perineal masaj	B	İyi	Şiddetli perineal yırtık olasılığı azalır
Ritgen manevrası	I	İyi	Kanıtlar belirsiz
Perineye sıcak kompres uygulaması	B	Orta	Şiddetli perineal yırtık olasılığı azalır
Rutin epizyotomi	D	İyi	Perineal travma ve prolapsusu önlemiyor
Kısıtlayıcı epzyotomi	B	İyi	Şiddetli perineal yırtık olasılığı azalır
Mediolateral epizyotomi tekniği	B	İyi	Şiddetli perineal yırtık olasılığı azalır Anal sfinkter ve rektumda yaralanma riski azalır
Perinenin suture edilmeden bırakılması yaklaşımı	I	Düşük	Kanıtlar belirsiz
İki katmanda suture etme yaklaşımı	I	Düşük	Kanıtlar belirsiz
Tüm katmanların suture edilmesi yaklaşımı	B	İyi	Daha iyi yara iyileşmesi
Sürekli suture tekniği	B	İyi	Daha az perineal ağrı Daha az analjezi ihtiyacı Daha az yara açılması Daha az yeniden suture edilme ihtiyacı Maliyet etkin

**KAYNAKLAR**

1. Skodic Zaksek T. Sexology in midwifery, sexual activity during pregnancy in childbirth and after childbirth. 2015. Date: 24.02.2018. Available: [http://repository.embuni.ac.ke/bitstream/handle/123456789/1184/Sexology%20in%20Midwifery%20ed.%20by%20Ana%20Polona%20Mivcek\[Kalinel.DU\].pdf?sequence=1](http://repository.embuni.ac.ke/bitstream/handle/123456789/1184/Sexology%20in%20Midwifery%20ed.%20by%20Ana%20Polona%20Mivcek[Kalinel.DU].pdf?sequence=1). DOI: 10.5772/59496.

2. East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. Midwifery. 2012; 28(1): 93-7.

3. Moore E, Moorhead C. Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. British Journal of Midwifery. 2013; 21(9): 616-620.

4. Webb S, Sherburn M, Ismail KMK. Managing perineal trauma after childbirth. BMJ. 2014; 349.

5. Frolich J, Kettle C. Perineal care. Clinical Evidence. 2015; 3 :1401

6. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Manaseki- Holland S. Birth-related perineal trauma in low- and middle-income countries: A Systematic Review and Meta-analysis. Maternal and Child Health Journal. 2019; 23: 1048–1070.

7. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol.* 2019; 39(2): 1-6.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Guideline. Methods and materials used in perineal repair 2004. No. 23. Date: 12.02.2019. Available: [http://unmfm.pbworks.com/w/file/attach/81069629/perineal\\_repair-RCOG.pdf](http://unmfm.pbworks.com/w/file/attach/81069629/perineal_repair-RCOG.pdf).
9. Fernando RJ. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.* 2007; 176 (8): 238-43.
10. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J.* 2014; 132(4): 231-8.
11. Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Scmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional in a birth centre over 12 years. *Midwifery.* 2013; 29: 759–764.
12. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Date: 12.11.2019. Available: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
13. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017; 6; Art. No.: CD006672.
14. National Institute for Health and Care Excellence (UK) (NICE). Intrapartum care for healthy women and their babies during childbirth. 2017. Clinical Guidelines 190. Date: 12.11.2019. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>.
15. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006; 6(177): 1-7.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Practice Bulletin No. 165.* *Obstet Gynecol.* 2016; 128: 1–15.
17. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(4): 927-37.
18. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity Nursing.* 7th Edition. St.Louis: Elsevier Mosby; 2006.
19. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines. Perineal care. 2018. Date: 12.11.2019. Available: [www.health.qld.gov.au/qcg](http://www.health.qld.gov.au/qcg).
20. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond).* 2013; 9(3): 265-77.
21. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017; 2: Art. No.: CD000081.
22. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009; 1: Art. No: CD000081.
23. Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2006; 35(1): 24-31.
24. Coutada S, Silva CN, Rocha A. Episiotomy: early maternal and neonatal outcomes of selective versus routine use. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2014; 8(2): 126-134.
25. National Guideline Clearinghouse (NGC). Operative vaginal delivery. 2011. Date: 12.09.2018. Available: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/25669>.
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Guideline. The management of third- and fourth-degree perineal tears 2004. No. 29. Date: 12.09.2018. Available: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>.
27. Shen YC, Sim WC, Caughey AB, Howard DH. Can major systematic reviews influence practice patterns? A case study of episiotomy trends. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288: 1285–1293.
28. Blondel B. et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: A study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016; 95: 746–754.
29. Karaahmet AY, Yazıcı S. Epizyotomide Güncel Durum. *HSP.* 2017; 4(1): 57-63.
30. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Episiotomy. *Practice Bulletin No. 71.* *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 957-62.

31. Sultan AH, Thakar R, Fenner DE. Perineal and anal sphincter trauma: Diagnosis and clinical management. London: Springer-Verlag; 2007.
32. Fleming VE, Hagen S, Niven C. Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *BJOG*. 2003; 110: 684–9.
33. Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2011; 10(8): CD008534.
34. Royal College of Midwives (RCM). evidence based guidelines for midwifery-led care in labour suturing the perineum. 2012. Date: 12.09.2018. Available: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Suturing%20the%20Perineum.pdf>.
35. Oboro VO, Tabowei TO, Loto OM, Bosah JO. A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003; 23(1): 5-8.
36. Seijmonsbergen SAE, Sahami S, Lucas C, AD. Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: A systematic review. *BIRTH*. 2015; 42(2): 100-15.
37. Arulkumaran S, Penne LK, Rao KB. The management of labour. 2. Edition. Chennai: Orient Longman Private Ltd; 2005. p251-55.
38. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 11: Art.No.CD000947.
39. 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. *Lancet*. 2002; 359: 2217–23.
40. 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. *Lancet*. 2002; 359: 2217–23.
41. Gundogmus U, Ozkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records. *Nursing Ethics*. 2004; 11 (5): 489-99.
42. Sagi-Dain L, Sagi S. Episiotomy knowledge, attitudes and practice: A cross-sectional survey of four Public Israeli Hospitals and review of the literature. *Evidence Based Midwifery*. 2015; 13(4): 138-142.
43. Celebi N, Guler H. Opinions of midwives and obstetricians about the episiotomy. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2018; 7(3): 41-47.