



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN
VAJİNAL MUAYENE SIKLIĞININ
MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARI**

Ebru KÜÇÜK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON-2020

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru KÜÇÜK'ün hazırladığı “Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03 / 01 /2020

Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
(Danışman)

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

Doç. Dr. Sevil ŞAHİN



Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY

Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

03/01/2020

Ebru KÜÇÜK

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, sevgi, emeği ve desteği ile daima yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde ilgi ve desteğini benden esirgemeyen, bana önder olan, bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, mesleki değerleri ile bana katkı sağlayan, birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum, göstermiş olduğu sabır ve hoşgörü nedeniyle minnettar olduğum tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK’a,

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen sayın Prof. Dr. Emine Seda GÜVENDAĞ GÜVEN’e, Doç. Dr. Songül AKTAŞ’a ve Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN’a,

Değerli görüş ve katkılarından dolayı tez jüri üyelerimden sayın Doç. Dr. Sevil ŞAHİN’e,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi ve KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimliği’ne ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Destekleriyle bana güç veren, inanan ve her zaman yanımda olan çok değerli arkadaşlarıma,

Her anımda yanımda olan ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan kıymetli aileme,

Sabır, destek ve güvenleri için sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ebru KÜÇÜK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY	
BEYAN	
İTHAF	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
RESİMLER DİZİNİ	x
KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Doğum ve Doğumun Evreleri	3
2.1.1. Doğumun Birinci Evresi	3
2.1.1.1. Latent Faz	3
2.1.1.2. Aktif Faz	4
2.1.1.3. Geçiş Faz	4
2.1.2. Doğumun İkinci Evresi	4
2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi	4
2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi	4
2.2. Doğumun Birinci Evresinde Yapılan Uygulamalar	4
2.2.1. Ebe ve Hekimin Yönetimindeki Doğumlar	5
2.2.2. Doğum Eyleminde Hastaneye Başvuruyu Geciktirmek	5
2.2.3. Ev Ortamı Gibi Doğum Odaları Hazırlayan Doğum Merkezleri	6
2.2.4. Doğum Eyleminde Sürekli Destek	6
2.2.5. Doğum Eylemi Sürecinde Oral Sıvı ve Besin Alımı Kısıtlanması	7
2.2.6. Doğum Eyleminde İntravenöz Sıvılar	8
2.2.7. Lavman Uygulaması	8
2.2.8. Mobilizasyon ve Pozisyon	9
2.2.9. Partograf Kullanımı	10

2.2.10. Elektronik Fetal Monitörizasyon	10
2.2.11. Ultrasonografi	11
2.2.12. Amniyotomi	11
2.2.13. Oksitosin Uygulaması	12
2.2.14. Prostaglandin Uygulaması	13
2.2.15. Perine Tıraşı	13
2.2.16. Vajinal Muayene	14
2.2.16.1. Vajinal Muayene Sıklığı	16
2.2.16.2. Vajinal Muayene Sıklığının Obstetrik Sonuçları	17
2.2.16.3. Vajinal Muayene Uygulamasına İlişkin Kadınların Görüşleri	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	21
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	22
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	23
3.5.2. Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR	55
EKLER	66
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu	67
Ek 2. Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği	70
Ek 3. Kurum İzinleri	71
Ek 4. Etik Kurul İzni	72

Ek 5. Ölçek İzni	75
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	78
ÖZGEÇMİŞ	79



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Hastanelere göre örnekleme alınacak vajinal doğum yapmış kadın sayısı	21
Tablo 2. Kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı	28
Tablo 3. Kadınların vajinal muayene (VM) ile ilgili özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4. Kadınların ve yenidoğanların bazı maternal ve neonatal sonuçlarının dağılımı	33
Tablo 5. Kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri	35
Tablo 6. Kadınların travayda vajinal muayene deneyim ölçeğinin frekans dağılımı	36
Tablo 7. Doğum eylemindeki kadınların vajinal muayene sıklığı ile bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin karşılaştırmaları	37
Tablo 8. Doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görülmesi üzerine etki eden bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi	40
Tablo 9. Antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi üzerine etki eden bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi	40

RESİMLER DİZİNİ

Resimler	Sayfa
Şekil 1. Serviksin vajinal muayene ile değerlendirilmesi	14
Şekil 2. Serviksin silinme ve dilatasyonu	15
Şekil 3. Başın iniş seviyesi	16



KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ASA	Amerika Anestezistler Derneği
ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
BKI	Beden kitle indeksi
WBC	Beyaz küre
cm	Santimetre
CRP	C-reaktif protein
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GÜS	Genito-üriner sistem
IV	İntravenöz
kg	Kilogram
m	Metre
Max	Maksimum değer
Min	Minimum değer
NICE	Sağlık ve Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü
SS	Standart sapma
USG	Ultrasonografi
VM	Vajinal muayene
YDYB	Yenidoğan yoğun bakım

Semboller

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
T	Bağımsız Örneklem t Testi
$\bar{X}$	Ortalama
Z	Mann Whitney U Testi
χ^2	Ki Kare Testi
OR	Odd's Ratio
CI	Confidence Interval

ÖZET

Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları

Bu çalışma, Trabzon il merkezinde bulunan üç farklı hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Çalışmaya vajinal doğum yapan 328 kadın dahil edildi. Veriler, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde; yüzdelik, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler, Bağımsız Gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Anova Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Ki-Kare ve Binary regresyon analizleri kullanıldı. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.50 ± 5.256 yıldır. Kadınların travayda vajinal muayene deneyim ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 74.18 ± 10.078 puandır. Kadınların travayda kalış süresinin 449.27 ± 459.752 dakika olduğu, çoğunluğunun aktif fazda doğumhaneye başvurduğu, doğum eylemi süresince 1-4 kez sıklıkta ve 2-3 farklı sağlık personeli tarafından vajinal muayene yapıldığı saptandı. Yaşı genç, primipar, latent fazda doğumhaneye başvuran ve travay süresi uzun olan kadınların daha sık vajinal muayene yapıldığı belirlendi ($p < 0.05$). Kadınların eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, aile tipinin, en uzun yaşanan yerin ve BKİ’nin vajinal muayene sıklığı ile ilişkili olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Kadınların çoğunluğunda epizyotomi, perineal hasar ve yumuşak doğum kanalında ödem olmadığı ve doğum sonu dönemde GÜS enfeksiyonu gelişmediği, bebeklerin çoğunluğunda mekonyum aspirasyonu, YDYB ve neonatal enfeksiyon olmadığı belirlendi. BKİ değeri normal olanların olmayanlara göre, primipar olanların multiparlara göre GÜS enfeksiyon belirtisi görülme riskinin daha fazla olduğu, vajinal muayene yapan personel sayısı arttıkça ise neonatal enfeksiyon görülme riskinin daha fazla olduğu saptandı ($p > 0.05$). Sonuç olarak, vajinal muayene sıklığı ile primipar olma, travayda kalış süresi ve vajinal muayene yapan personel sayısı gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. İncelenen diğer maternal/neonatal değişkenler ile vajinal muayene sıklığı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Ayrıca kadınların vajinal muayene deneyimlerinin olumlu olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Anne sağlığı, doğum, vajinal muayene, yenidoğan sağlığı

ABSTRACT

Maternal and Neonatal Outcomes of the Frequency of Vaginal Examinations in Labor

This study was conducted as a descriptive type to determine the maternal and neonatal outcomes of the frequency of vaginal examinations which performed in obstetrics and gynecology clinics of three different hospitals in the center of Trabzon city. 328 women who had a vaginal delivery were included in the study. The data were collected through “Descriptive Information Form” and “Women's Vaginal Examination Experience Scale”. In the statistical analysis of the data, percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum values, t test in independent groups, Mann-Whitney U test, One Way Anova Analysis, Kruskal Wallis Variance Analysis, Chi-Square and Binary regression analyzes were used. The mean age of the women participating in the study is 28.50 ± 5.256 years. The average score of the women on the vaginal examination experience scale in labor is 74.18 ± 10.078 points. It was revealed that the length of stay of women in labor was 449.27 ± 459.752 minutes, most of them applied to the maternity ward in the active phase, vaginal examination was performed 1-4 times and by 2-3 different health care personnel. It was determined that vaginal examination was performed more frequently in women who were younger, primiparas, those who applied to the maternity hospital in the latent phase, and those with longer labor ($p < 0.05$). It was found out that education levels, working status, family types, the place which has been lived longest and BMI were not related to the frequency of vaginal examinations ($p < 0.05$). It was determined that most of the women had no episiotomy, perineal damage, soft birth canal edema and did not develop postpartum GUS infection, and most of the babies did not have meconium aspiration or neonatal infection. It was determined that the women with normal BMI values compared to those with abnormal BMI values were more likely to have GUS infection symptoms than those without normal and primiparous ones, and the risk of neonatal infection was higher as the number of staff performing vaginal examinations increased ($p > 0.05$). As a result, it was found that there was a significant relationship between the variables such as the frequency of vaginal examinations and being primipara, the length of stay in labor and the number of staff performing vaginal examinations. There was no significant relationship between the frequency of vaginal examinations and other maternal/ neonatal variables. In addition, women’s vaginal examination experience was found to be positive.

Keywords: Birth, maternal health, newborn health, vaginal examinations

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Vajinal muayene ebe, hemşire veya hekim tarafından doğum eylemin ilerlemesini değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir uygulamadır (1). Doğum eyleminde vajinal muayene; amniyon sıvısının rengi/kokusu, pelvik yapının doğuma uygunluğunu, serviksin efesmanı ve dilatasyonunu, fetüsün prezentasyonu ve pozisyonunu ve doğum eyleminin normalden sapma durumlarını değerlendirmek amacı ile yapılmaktadır (2-4). Vajinal muayene doğum eyleminin ilerlemesini değerlendirmekle birlikte kadın sağlığını korumak amacıyla jinekolojik kontrollerde, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda ve yolunda gitmeyen bir durumun erken dönemde teşhisinde de kullanılmaktadır (5).

Vajinal muayene doğum eyleminde yaygın olarak kullanılan bir uygulama olmasına rağmen literatürde sıklığı ile ilgili standart bir fikir birliği bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşük riskli kadınlara doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazında vajinal muayenenin 4 saatte bir ve aynı sağlık personeli tarafından uygulanması gerektiğini önermektedir (6). Sağlık ve Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü (NICE) ise vajinal muayenenin kısa aralıklarla sık yapılmasının kanıtlanmış bir değerinin olmadığını, sadece gerekli olduğu ve doğumun aktif yönetiminde karar verme sürecine önemli bilgiler ekleyeceği durumda yapılmasını önermektedir (7). Bununla birlikte doğum eyleminin ortalama süresi (ortalama 8-12 saat) göz önüne alındığında bir kadına doğum eylemi boyunca en az iki veya üç kez vajinal muayene yapılması beklenilmektedir (8). Ancak yapılan çalışma sonuçlarında kadınlara doğum eyleminde vajinal muayenenin dört saatte bir, üç saatte bir, iki saatte bir, saatte bir veya daha sık yapıldığı görülmektedir (8-18). Ayrıca vajinal muayene uygulamasının sık yapılması ve bu uygulama sırasında gerekli özenin gösterilmemesi sonucunda kadınların vajinal muayene esnasında ağrı, rahatsızlık, anksiyete ve korku duymasına, utanç, suçluluk ve güçsüzlük hissetmesine ve doğum memnuniyetinin azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (12, 19-21). Aynı zamanda vajinal muayene sıklığı arttıkça beraberinde koryoamniyonit riski, puerperal enfeksiyon riski, neonatal sepsis olasılığı, antibiyotik tedavisi nedeni ile daha uzun hastanede kalış süresini arttırdığı ve bazı kadınlarda lateks alerji gibi yan etki yaptığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (21-23). Vajinal muayene yaygın olarak kullanılan bir uygulama olmasına rağmen, fayda/zararları, gerekliliği, sıklığı, kadınların vajinal muayene esnasında hissettikleri, maternal ve neonatal sonuçlara ilişkin yeterli sayıda kanıta dayalı veri bulunmamaktadır (21).

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın temel amacı doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemektir. Sekonder amacı ise, bu çalışmadan elde edilen veriler ile vajinal muayene ile ilgili literatüre katkı sağlamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum ve Doğumun Evreleri

Doğum eylemi, düzenli sıklıkta gelen istemsiz uterus kasılmalarının serviksin efesman ve dilatasyonu ile gebelik ürününün vajen dışına atılması olayıdır (24). Doğum eylemi; son menstrual periyottan sonra 40 hafta veya son menstrual periyodun ilk gününden itibaren 280 gün sonra gerçekleşmektedir (25).

Normal bir doğum eyleminin; termde (son menstrual periyoddan 38-42 hafta sonra), tek ve canlı bir fetüsün varlığı, baş-pelvis uygunsuzluğunun olmaması, kendiliğinden başlaması, vertex pozisyonu, sağlıklı bir fetüs ve kadının varlığı ile sonuçlanması beklenmektedir (26).

Doğum eylemi kendi içinde evrelere ayrılmaktadır. Friedman'a göre doğum eylemi fonksiyonel olarak üç evreye ayrılmaktadır ancak son yıllarda doğum sonu ilk 1-4 saatlik dönemde komplikasyon ortaya çıkabileceği için birinci, ikinci, üçüncü evrenin yanı sıra bazı klinisyenler doğum sonu ilk 1-4 saatlik süreyi doğumun dördüncü evresi (erken postpartum dönem) olarak nitelendirmektedirler. Bu aşamalar aşağıdaki gibidir (27).

2.1.1. Doğumun Birinci Evresi

Doğumun birinci evresi, gerçek doğum ağrıları ile başlayan, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanmasına kadar süren evredir. Birinci evrenin süresi her gebeye göre değişiklik göstermekle birlikte nulliparlarda ortalama 8-12 saat, multiparlarda ise 6-8 saat sürer. Birinci evre diğer evrelerden farklı olarak latent, aktif ve geçiş olmak üzere 3 fazda ilerler. Friedman'a göre doğumun birinci evresi latent ve aktif fazdan oluşmaktadır ancak çoğu kaynakta doğumun birinci evresi latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılmaktadır (24-28).

2.1.1.1. Latent Faz

Latent faz düzenli uterus kontraksiyonları ile başlar silinme %20-60 ve dilatasyon 3 cm olduğunda sona erer. Başlangıçta hafif şiddetli olan kontraksiyonların sıklığı 15-30 dakikada bir gelip ortalama 20 saniye sürer. Latent fazın sonuna doğru ise kontraksiyonların şiddeti artarken sıklığı 5-7 dakikaya iner, süresi ise 30-40 saniyeye çıkar. Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat sürerken, multiparlarda bu süre ortalama 4 saat kadar sürmektedir (25-28).

2.1.1.2. Aktif Faz

Aktif faz servikal dilatasyon 4 cm olduğunda başlar, dilatasyon 7-8 cm'e ulaştığında ve servikal silinme %80-100 olduğunda tamamlanır. Orta şiddette olan kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelip 40-60 saniye sürerler. Aktif faz nulliplarlarda ortalama 3 saat sürerken multiparlarda ortalama 2 saat sürmektedir (25-28).

2.1.1.3. Geçiş Fazı

Geçiş fazı doğum eyleminin son evresi olmakla birlikte dilatasyon 8 cm olduğunda başlar, dilatasyon 10 cm olduğunda tamamlanır. Şiddetli ve düzenli olan kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip 60-90 saniye sürer. Geçiş fazı nulliplarlarda ortalama 3 saat, multiparlarda ise ortalama 1 saat sürmektedir (25-28).

2.1.2. Doğumun İkinci Evresi

Serviksin tam dilate olması (10 cm) ile başlayan ikinci evre bebeğin doğumu ile sonlanır. Bu evrede 60-90 saniye süren, 1-2 dakikada bir gelen şiddetli kontraksiyonlar vardır. İkinci evrenin süresi maternal ve fetal faktörlere bağlı değişiklik göstermekle birlikte nulliplarlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5-30 dakika devam eder (25-28).

2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi

Bebeğin doğumundan sonra geriye kalan plasenta ve eklerinin ayrılma ve atılma sürecidir. Üçüncü evrenin süresi nullipar ve multiparlarda değişmemekle birlikte 5-30 dakika sürmektedir. Plasentanın uterustan atılması ile birlikte uterus küre şeklini alır ve doğumun üçüncü evresi biter (25-28).

2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi

Plasenta ve eklerinin ayrılma ve atılma sürecinden sonraki 1-4 saatlik süreyi kapsar. Normal bir doğumda 250-500 ml kan kaybedileceği için kadın kanama yönünden takip edilmelidir. Doğumun dördüncü evresi iyileşme evresi olup, kadının kendini fiziksel ve psikolojik olarak toparlamaya başladığı ve bebeği ile ilk temas kurduğu bir evredir (28).

2.2. Doğumun Birinci Evresinde Yapılan Uygulamalar

Bu bölümde; kadının doğum eylemine kadar olan süreci, ebe/hemşire ve hekimin yönetimindeki doğumlar, doğum eyleminde hastaneye başvuruyu geciktirmek, ev ortamı gibi doğum odaları, doğum eyleminde sürekli destek, oral sıvı ve besin alımının

kısıtlanması, intravenöz sıvılar, lavman uygulaması, maternal mobilizasyon ve pozisyon, partorgaf kullanımı, elektronik fetal monitörizasyon, ultrasonografi, amniyotomi, oksitosin ve prostaglandin uygulaması, perineal tıraş ve vajinal muayene başlıkları ele alınacaktır.

2.2.1. Ebe ve Hekimin Yönetimindeki Doğumlar

Ebe veya hekimin yönettiği düşük riskli ve yüksek riskli doğumların yer aldığı toplam 17 674 kadını kapsayan 13 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; ebelerin yönettiği doğumlarda (hekimlerin yönettiği doğumlara oranla) bölgesel analjezi, epizyotomi, müdahaleli vajinal doğum ve intrapartum analjezi/anestezi ihtiyacı, 24 haftadan önceki bebek kayıplarının ve preterm doğumların (<37 hafta) daha az olduğu, spontan vajinal doğum oranı ve kadın memnuniyetinin arttığı, bununla birlikte fetal kayıp/neonatal ölümlerde ebe veya hekimin yönettiği doğumlar açısından bir fark olmadığı belirtilmektedir (29). Uzel ve Yanikkerem'in vajinal doğum yapan 325 kadın ile yaptıkları çalışmada ise; doğumların çoğunun (%63.7) ebe tarafından yapıldığı ve kadınların da çoğunluğunun (%59.4) doğumunu ebenin yaptırmasını istediği belirtilmektedir (18).

Sonuç olarak, doğum yapan kadınların tercihleri ve çalışma sonuçları göz önüne alındığında, düşük risk grubundaki kadınlarda ebelerin yönettiği doğumların hekimlerin yönettiği doğumlar kadar güvenilir olduğu ve kadınların ebelerin yaptırdığı doğumlardan memnun oldukları görülmektedir (18, 29).

2.2.2. Doğum Eyleminde Hastaneye Başvuruyu Geciktirmek

Gebenin doğumhaneye kabulü için, servikal silinmenin (efesman) gerçekleşmiş ve dilatasyonun 3 cm veya daha fazla olması, düzenli uterus kontraksiyonların başlamış (her 15 dakikada en az iki kontraksiyon) ve spontan olarak membran rüptürünün olması gerektiği doğum yönetimi rehberlerinde belirtilmektedir (22, 23).

Doğumhaneye erken (dilatasyon $\leq$ 3) ve geç (dilatasyon $\geq$ 4) kabulün karşılaştırıldığı toplam 209 kadını içeren bir çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; doğumhaneye geç başvuran kadınların daha az intrapartum oksitosin ve analjezi aldığı, doğum odasında daha az zaman geçirdiği ve doğum sırasında daha yüksek düzeyde kontrol seviyelerinin olduğu bildirilmektedir (30). Doğumhaneye latent fazda ve aktif fazda başvuran düşük riskli kadınların sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmada ise; latent fazda başvuran kadınların (aktif fazda başvuran kadınlara oranla) sezaryen oranlarının, oksitosin ve

analjezi kullanımının arttığı, amniyotomi, oksitosin indüksiyonu gibi müdahalelere daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir (31).

Sonuç olarak, latent fazda doğumhaneye kabul edilen kadınların sonuçları göz önüne alındığında düşük riskli kadınların aktif faza kadar doğumhaneye geç kabulü yararlı olabilir (30, 31).

2.2.3. Ev Ortamı Gibi Doğum Odaları Hazırlayan Doğum Merkezleri

Gebenin doğum eylemi boyunca kaldığı odanın tipi ve fiziksel özellikleri, kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını ve doğuma ilişkin memnuniyetinin artmasını etkileyen faktörlerdendir (32).

Geleneksel doğum odaları ve ev ortamı gibi olan doğum odalarında doğum yapan toplam 11 795 kadının karşılaştırıldığı on çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; ev ortamı gibi olan doğum odalarında (geleneksel doğum odalarına oranla) gerçekleşen doğumlarda, epidural analjezi, oksitosin kullanımı, müdahaleli doğum, epizyotomi oranlarının ve intrapartum analjezi/anestezi gereksiniminin daha az; spontan vajinal doğum, emzirmeye erken başlama ve kadın memnuniyetinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (33).

Sonuç olarak, ev ortamı gibi olan doğum odalarının düşük tıbbi müdahale oranları ve yüksek kadın memnuniyeti ile ilişkili olduğu söylenebilir (33).

2.2.4. Doğum Eyleminde Sürekli Destek

Doğum eyleminde hemşire/ebe tarafından gebeye verilen destek, rahatsız edici davranışlardan kaçınmayı ve rahatlatıcı davranışları yapmayı, eğitim ve bilgilendirme gibi destek bakımları içermektedir (34). DSÖ doğum eylemi boyunca kadına sürekli olarak duygusal ve fiziksel destek verilmesini önermektedir (35).

Doğum eyleminde sürekli destek alan toplam 15858 kadını içeren 26 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; sürekli destek alan kadınlarda spontan doğum ve doğumdan memnuniyet oranlarının arttığı, doğum süresinin kısaldığı, sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarının ve ilk 5. dakikada düşük apgar skorunun azaldığı, bildirilmektedir (36).

Sonuç olarak, DSÖ ve kanıta dayalı çalışmaların sonuçları doğrultusunda doğum eylemindeki kadına sürekli olarak duygusal ve fiziksel destek verilmesi önerilebilir (6, 36).

2.2.5. Doğum Eylemi Sürecinde Oral Sıvı ve Besin Alımı Kısıtlanması

Doğum eylemi sürecinde oral sıvı ve besin alımının kısıtlanması yaygın bir uygulamadır (37, 38). Ancak Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Amerika Anestezistler Derneği (ASA), düşük riskli kadınların doğum eylemi boyunca berrak sıvıları tüketebileceğini, içerisinde tanecik bulunan sıvıları (çorba vb.) ise tüketemeyeceğini, doğumu sezaryen planlanan ve komplikasyonu olmayan kadınların anesteziden iki saat öncesine kadar oral berrak/tanesiz sıvıları tüketebileceğini ancak sezaryen planlanan kadınların eğer aspirasyon riski (morbid obezite, diyabet, solunum yolu rahatsızlıkları vb.) ve müdahaleli doğum riski var ise kadınların sıvı tüketiminden de kaçınmalarını önerilmektedir (39, 40). DSÖ ise düşük riskli kadınlara doğum eylemi süresince oral sıvı ve besin alımını önermektedir (6).

Ciardulli ve ark. tarafından oral ve sıvı besin alımının yararları ve zararlarının değerlendirildiği, düşük riskli ve tekil gebeliği olan toplam 3982 kadını içeren on çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; oral ve sıvı besin alımı serbest bırakılan kadınların doğum süresinin kısaldığı (16 dakika), maternal ve neonatal sonuçların etkilenmediği, kusma insidansının artmadığı ve müdahaleli doğum oranlarının ise benzer olduğu bildirilmektedir (40). Singata ve ark.'nın doğum eylemi süresince oral sıvı ve besin alımının kısıtlanmasının yararları ve zararlarının değerlendirdikleri toplam 3130 kadını içeren beş çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, sezaryen oranı, müdahaleli vajinal doğum, yenidoğanın 5. dakika apgar skorunun <7 olması açısından fark olmadığı ve düşük riskli olan kadınlarda sıvı ve yiyecek kısıtlamasına gerek olmadığı bildirilmektedir (41).

Normal doğum yapan düşük riskli kadınların doğum eyleminde oral sıvı ve besin alımının doğum eylemi süresine etkisi değerlendirildiği çalışmada, müdahale grubunda bulunan kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre oral sıvı ve besin alımının doğum eylemi süresini yaklaşık olarak iki saat kadar kısalttığı, daha az açlık ve susuzluk hissettiği, kendilerini daha dinç hissettikleri belirtilmektedir (42).

Sonuç olarak, incelenen çalışmalar ve DSÖ önerileri doğrultusunda düşük riskli gebelere doğum eylemi boyunca oral sıvı ve besin alımı önerilebilir (6, 40-42).

2.2.6. Doğum Eyleminde İntravenöz Sıvılar

İntravenöz (IV) sıvılar doğum eyleminde, gebeyi yeterli derecede hidrate etmek ve doğum eyleminin süresini kısaltmak amacıyla rutin olarak uygulanmaktadır (43). Ancak DSÖ, doğum eyleminin süresini kısaltmak amacıyla rutin intravenöz sıvı uygulamasının yerine oral sıvı alımını önermektedir (6).

Düşük riskli nullipar kadınlarda doğum eyleminin süresini kısaltmak amacıyla uygulanan intravenöz sıvıların etkinliğini değerlendirildiği 1 781 kadını içeren dokuz çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; IV Ringer Laktat (250 ml/saat) kullanılan kadınların oral sıvı alımı sağlanan kadınlara oranla doğum eylemi süresinde azalma olduğu (ortalama 28.86 dakika) ancak sezaryen oranlarında değişiklik olmadığı, saatte 125 ml, 250 ml IV sıvı kullanılan ve oral sıvı alımı sağlanan kadınların karşılaştırılmasında, saatte 250 ml IV sıvı alan kadınların saatte 125 ml sıvı alan kadınlara oranla doğum süresinin daha kısa sürdüğü (ortalama 23.87 dakika) ancak sezaryen oranlarında değişiklik olmadığı, oral sıvı alımı kısıtlanan kadınlarda IV sıvıların etkinliği değerlendirildiğinde ise saatte 250 ml sıvı kullanılan kadınların doğum süresinin daha kısa sürdüğü (ortalama 105.61 dakika) ve sezaryen oranlarında azalma olduğu ancak müdahaleli doğum oranlarında farklılık olmadığı bildirilmektedir. %5 dekstroz kullanılan kadınlarda serum fizyolojik kullanılan kadınlara göre, doğum süresinin biraz daha kısa sürdüğü (ortalama 12 dakika) ancak Dekstroz içeren solüsyonların kadın ve yenidoğan sodyum seviyelerinin düşmesine yol açarak hiponatremiye sebep olduğu bildirilmektedir (43).

Sonuç olarak, doğum eyleminde kullanılan IV sıvılar ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (43).

2.2.7. Lavman Uygulaması

Doğum eyleminin birinci evresinin latent fazında lavman uygulaması ile bağırsakların boşaltılması rutin işlemler arasında bulunmaktadır (22, 44). Doğum eyleminde lavman; doğumun süresini kısaltmak, yenidoğan için fekal temas sonucu oluşabilecek enfeksiyon olasılığını azaltmak ve fetal başa pelvis içinde daha fazla yer açabilme amacıyla uygulanmaktadır (44, 45).

Doğum eyleminin birinci evresinde lavman uygulamasının maternal ve neonatal sonuçlarını karşılaştıran toplam 1 917 düşük riskli kadının dahil edildiği dört çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; rutin olarak lavman uygulamasının uygulanmayan

gruba oranla perine yırtık derecesi, puerperal enfeksiyon (endometrit) ve yenidoğan enfeksiyonu (umbilikal kord enfeksiyonu, solunum yolu enfeksiyonu, menenjit, sepsis), oranı, doğum süresi ve kadınların memnuniyetleri açısından fark olmadığı belirtilmektedir (46).

Sonuç olarak, lavman uygulamasının maternal ve neonatal sonuçlar üzerinde yararlı bir etkisinin olmadığı bununla birlikte doğum sırasında lavman uygulanmasının kadınlar tarafından hoş karşılanmayan bir uygulama olarak görülmesi, doğum ağrısını arttırması, enfeksiyon olasılığını azaltmaması, sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırması ve maliyeti yükseltmesi gibi nedenlerden dolayı rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (18, 44, 45, 47, 48).

2.2.8. Mobilizasyon ve Pozisyon

Doğumun birinci evresinde, fetal sağlığı değerlendirmek amacıyla uygulanan Elektronik Fetal Monitorizasyon (EFM) uygulaması, oral sıvı ve besin alımının kısıtlanması nedeniyle IV destek, analjezi/anestezi gibi uygulamalardan dolayı kadınlar bu dönemi yatağa bağımlı bir şekilde geçirmektedirler. Fakat DSÖ ve NICE kadınların doğumun birinci evresini yatağa bağımlı olarak değil de hareketli ve dik pozisyonda geçirmeleri gerektiğini önermektedir (6, 7).

Doğumun birinci evresindeki farklı pozisyonların (yürüme, oturma, ayakta durma, diz çökme ya da sırt üstü, yarı yan yatar) ve mobilizasyon sonuçlarının analiz edildiği 5 218 kadını içeren 25 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; mobilize olma ve dik pozisyonların yatar pozisyonlara göre doğumun birinci evresinin süresini kısalttığı ancak doğumun ikinci evresinin süresi üzerine herhangi bir etkisi olmadığı bununla birlikte hareket halinde ve dik pozisyonda olan gebelerin sezaryen ve epidural analjezi gereksiniminin hareket halinde olmayan gebelere oranla daha az olduğu bildirilmektedir (49).

Doğumun birinci evresinde kadının mobilizasyonunun doğum şekli ve yenidoğan sağlığı üzerine etkisinin değerlendirildiği toplam 100 kadını kapsayan vaka-kontrol çalışmasında; mobilite olan kadınların mobilite olmayan kadınlara göre vajinal doğum oranının, yenidoğanın 1 ve 5. dakikadaki APGAR skorunun, 1. dakikadaki oksijen satürasyonunun, 15. ve 20. dakikadaki nöroadaptif kapasite skorunun yüksek, sezaryen oranının düşük olduğu bildirilmektedir (50).

Sonuç olarak, doğum eylemindeki mobilizasyon ve pozisyonların kadın ve yenidoğan üzerinde herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı göz önüne alınarak kadınlara doğum eyleminde hareket özgürlüğü sağlanmalıdır (49).

2.2.9. Partograf Kullanımı

Partograf, doğum eyleminin ilerlemesini ve fetüse ait gelişmeleri sürekli ve ayrıntılı olarak kayıt altına alan, normalden sapan durumların erken tespitini sağlayan ve ilerlemeyen doğum eylemi tanısını koyan kağıt üzerindeki grafiksel bir kayıttır (51). DSÖ, verilen sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kadının ve fetüsün morbidite ve mortalitesini azaltmak ve doğum eyleminin gidişatını gözlemlemek için partografin kullanılmasını önermektedir (35). Ülkemizde ise sezaryen oranını azaltmak amacıyla “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi”nde doğum eylemi takibi yapılan tüm kadınların spontan doğum ilerleyişini gözlemlemek için partografin kullanılması gerektiği önerilmektedir (52).

Partograf kullanımının, perinatal ve fetal morbidite/mortalite üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla partograf kullanılan ve kullanılmayan kliniklerin karşılaştırıldığı toplam 7706 kadını kapsayan altı çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; partograf kullanılan kliniklerde partograf kullanılmayan kliniklere göre sezaryen doğum, müdahaleli vajinal doğum, yenidoğanın 5. dakika APGAR skorlarının <7 olması çıktıları açısından fark olmadığı fakat partograf kullanımının oksitosin indüksiyonu gereksinimini artırdığı bildirilmektedir (53). Latent fazdan itibaren partograf kullanılan ve kullanılmayan doğumların karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise, partograf kullanılmayan doğumların partograf kullanılan doğumlara oranla sezaryen oranının daha düşük olduğu bildirilmektedir (53).

Sonuç olarak, kanıta dayalı araştırmalar rutin olarak partografin kullanımını önermemekle birlikte fetal ve maternal iyilik halinin kayıt edilerek izlenmesinde, olası normalden sapan durumların saptanması ve müdahalesinde, bakımların kayıt altına alınmasında ve özellikle gelişmemiş ülkelerde doğumu takip eden sağlık personelinin eğitimi yetersiz ise partografin yararlı bir araç olduğu kabul edilmektedir (53).

2.2.10. Elektronik Fetal Monitörizasyon

EFM, sürekli ya da aralıklı olarak fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde ve hipoksi gibi fetüste ölüme neden olabilen istenmeyen durumların erken dönemde

tanımlanarak önlem alınması için yapılan bir uygulamadır (54, 55). Doğum eyleminde EFM uygulaması fetal sağlığın değerlendirilmesinde sağlık personeline kolaylık ve doğumun seyri için doğru tahminde bulunma imkânı sağlar (56).

ACOG, “doğumun birinci evresindeki düşük riskli gebelerin fetal monitorizasyon traselerinin her 30 dk.’da bir, ikinci evrede ise her 15 dk.’da bir değerlendirilmesini, yüksek riskli gebelerde ise birinci evrede her 15 dk.’da bir, ikinci evrede her 5 dk.’da bir fetal monitorizasyon traselerinin değerlendirilmesini” önermektedir (57).

Doğum eyleminde sürekli EFM ile aralıklı oskültasyonun karşılaştırıldığı toplam 37 000 düşük riskli ve yüksek riskli kadını içeren 13 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; sürekli EFM uygulamasının aralıklı oskültasyona göre müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranlarını artırdığı, neonatal nöbetleri yarı yarıya azalttığı fakat perinatal ölüm ile serebral palsy oranları bakımından fark bulunamadığı bildirilmektedir (58).

Sonuç olarak, doğumun birinci evresinde sıklıkla kullanılan EFM’nin kanıta dayalı çalışmalar, ACOG ve DSÖ önerileri göz önünde bulundurularak düşük riskli kadınlara aralıklı olarak uygulanması önerilebilir (6, 57)

2.2.11. Ultrasonografi

Doğumun birinci evresinde Ultrasonografi (USG) ile birlikte fetal başın pozisyonu ve angajmanı, fetal ağırlık tahmini ve amniotik sıvı ölçümü yapılabilmektedir (3).

Doğum eylemi öncesinde USG ile amniyotik sıvı ölçümünün yapıldığı doğumlar ile bu ölçümün yapılmadığı doğumların karşılaştırıldığı toplam 883 kadını kapsayan bir çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; USG’nin fetal distrese sebebiyet vererek sezaryen doğum ihtimalini ve oksitosin indüksiyonu oranını artırdığı ancak yenidoğan APGAR skorunun 5. dakikada <7 olması ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışlar açısından fark olmadığı bildirilmektedir (59).

Sonuç olarak, doğum eyleminde USG’nin kullanımı ile ilgili kanıta dayalı çalışmaların yetersiz olduğu, daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu rapor edilmektedir (59).

2.2.12. Amniyotomi

Amniyotomi, vajinal doğumun uygun olduğu zamanlarda eylemi uyarmak veya hızlandırmak amacıyla amniyotik membranların suni olarak açılması işlemidir (60).

Amniyotomi obstetride yaygın kullanılan bir uygulama olmasına rağmen seyrinde ilerleyen doğum için ACOG ve DSÖ amniyotominin rutin olarak uygulanmaması gerektiğini önermektedir (6, 61).

Amniyotominin uygulandığı ve uygulanmadığı spontan doğumların karşılaştırıldığı toplam 5 583 kadını içeren 15 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; amniyotomi uygulanan grubun uygulanmayan gruba göre doğumun birinci evresinin süresi, sezaryen doğum, kadının doğum memnuniyeti ve yenidoğanın beşinci dakikadaki APGAR skoru açısından fark olmadığı bildirilmektedir (62). Şahin ve arkadaşlarının spontan başlayan doğum eylemi üzerine amniyotominin etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada ise amniyotominin eylem süresini kısaltmadığı, sezaryen oranlarını arttırdığı ve doğum sonrası dönemde daha uzun hastanede kalış süresine neden olduğu bildirilmektedir (60).

Sonuç olarak, Uluslararası rehberler ve yapılan çalışmaların sonuçları doğrultusunda standart doğum eylemi yönetiminde rutin amniyotomi uygulaması önerilmemektedir (7, 60, 62, 63).

2.2.13. Oksitosin Uygulaması

Doğumun başlatılması veya uterus kontraksiyonlarının uyarılması gerekli olan durumlarda (doğumun hızlandırılması için) sentetik oksitosin kullanımı günümüzde rutin olarak uygulanmaktadır (3, 64).

Oksitosinin erken, geç veya hiç uygulanmadığı doğumların karşılaştırıldığı toplam 1 338 düşük riskli kadının ve sekiz çalışmanın dahil edildiği Cochrane sistematik incelemesinde, gruplar arasında sezaryen oranlarında veya müdahaleli doğum oranlarında fark olmadığı ancak yavaş ilerleyen doğum eyleminde erken oksitosin kullanımının doğum eyleminin süresini yaklaşık 2 saat kadar azalttığı, vajinal doğum oranını artırmadığı, neonatal ve maternal sonuçlarda farklılık olmadığı bildirilmektedir (65). Vajinal doğumda verilen oksitosinin emzirmeye etkisini değerlendiren çalışmalarda ise; doğum indüksiyonun kadınların emzirme durumunu olumsuz etkileyerek sadece anne sütü ile beslenme ve toplam emzirme süresini azalttığı bildirilmektedir (66, 67).

Sonuç olarak, DSÖ ve kanıta dayalı çalışmaların sonuçları ve önerileri doğrultusunda endikasyon dışında rutin olarak oksitosinin kullanımı önerilmemektedir (22, 35, 64).

2.2.14. Prostaglandin Uygulaması

Doğum eyleminde uygulanan prostaglandinler, servikal olgunluğu sağlamak ve doğum indüksiyonu için kullanılmaktadır (68-70). Doğum indüksiyonu için kullanılan prostaglandinlerin amacı, indüksiyon için uygun olmayan serviksin olgunlaşmasını sağlamaktır (69). Prostaglandinlerin; jel, tablet, peser gibi farklı tipleri bulunmaktadır (22, 71).

Prostaglandin uygulamasının doğum indüksiyonu veya servikal olgunluğun üzerindeki etkisinin incelendiği toplam 11 487 kadını içeren 70 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; uygulamanın 24 saat içindeki vajinal doğum olasılığını, fetal kalp değişiklikleri ile birlikte uterus hiperstimulasyonu artırdığı ancak sezaryen oranlarını etkilemediği bildirilmektedir (71). Budak ve ark. tarafından toplam 1477 gebe ile yapılan çalışmada ise prostaglandin E2'nin servikal olgunluğun sağlanması için kullanılabileceğini, sezaryen oranlarını artırdığı ancak fetal APGAR skorlarını etkilemediği rapor edilmektedir (69).

Sonuç olarak; prostaglandin E2'i doğum eyleminde servikal olgunluğu sağlayan etkili ve güvenilir ajanlardan biri olmasına rağmen uygulamadan önce indüksiyonun gerekli olup olmadığına karar verilmesi gerekmektedir (69).

2.2.15. Perine Tıraşı

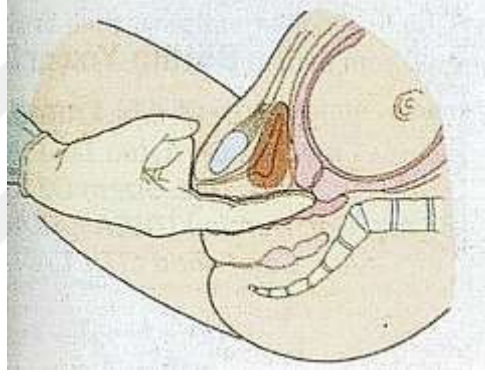
Perine tıraşı, spontan perine yırtığı ya da olası bir epizyotomi durumunda enfeksiyon riskini azaltmak amacı ile doğum sırasında rutin olarak uygulanmaktadır (45). Ancak DSÖ, doğum eyleminde rutin perine tıraşının uygulanmasını önermemektedir (35).

Doğum eyleminde rutin perine tıraşı ile vulva kıllarının kesildiği olguların karşılaştırıldığı toplam 1 039 kadını içeren üç randomize kontrollü çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde; maternal ateş, perineal yara enfeksiyonu ve insizyon yarasının açılması oranı bakımından fark olmadığı ancak perineal tıraşın genital bölgede tahriş, kızarıklık, yanma ve kaşıntı gibi yan etkileri görülebilen kadınların bu uygulama esnasında utanma, ağrı ve rahatsızlık hissettikleri bildirilmektedir (72).

Sonuç olarak, enfeksiyon olasılığını azaltmak amacıyla rutin olarak uygulanan perine tıraşının kanıta dayalı çalışmalarda herhangi bir yararı belirtilmemiştir (45, 72).

2.2.16. Vajinal Muayene

Vajinal muayene ebe/hemşire/hekim tarafından doğum eylemin ilerlemesini değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir uygulamadır (Resim 1) (73). Vajinal muayene doğum eylemin ilerlemesini değerlendirmenin yanı sıra kadın sağlığını korumak amacıyla jinekolojik kontrollerde, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda ve yolunda gitmeyen bir durumun erken dönemde teşhisinde de kullanılmaktadır (5). Doğum eyleminde vajinal muayene ile serviksin pozisyonu, silinme ve dilatasyonu, fetüsün prezentasyon ve pozisyonu, pelvisin ölçüleri, amnion zarının ve sıvısının durumunu, fetal başın angajman derecesini, doğum eyleminin seyrini ve doğum eyleminde normalden sapma durumları saptanmaktadır (2-5, 74).



Resim 1. Serviksin vajinal muayene ile değerlendirilmesi (Karaçam ve Canbay'dan, 74)

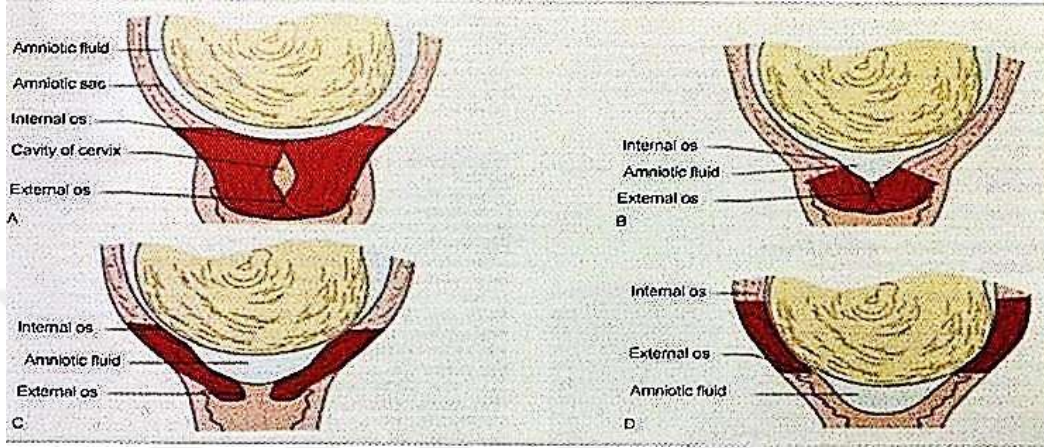
Serviksin Pozisyonu ve Kemik Pelvisi Değerlendirme

Serviksin pozisyonu anterior, posterior ve orta pozisyonda olabilirken doğum için uygun olan serviksin öne doğru dönmesidir. Vajinal muayene esnasında pelvis girimi, orta pelvis ve pelvis çıkımı ölçüleri de değerlendirilmelidir. Ayrıca pelvis çıkımının transvers çapı belirlenerek, çapın 8 cm'den daha kısa olması pelvis çıkımında darlık olduğunu düşündürmektedir (74).

Serviksin Pozisyon, Silinme (Efesman) ve Dilatasyonunu Saptama

Uterus kaslarının kasılması ile birlikte serviksin uzunluğunun azalması silinme olarak adlandırılırken, servikal kanalın açıklığı dilatasyon olarak adlandırılmaktadır. Vajinal muayenede işaret parmağımız ve orta parmağımız (iki parmak) ile birlikte serviksin değerlendirilmesi yapılır. İki parmak servikse ulaştığında parmaklarımızın yana

doğru açıklığı dilatasyon hakkında bize bilgi verirken serviksin kalınlık incelik durumu silinme hakkında bilgi vermektedir. Servikte bir parmağın girdiği alan 1 cm dilatasyon olarak değerlendirilirken, serviksin uzunluğunun yarıya inmesi %50 silinme olarak değerlendirilmektedir (Resim 2) (74).



Resim 2. Serviksin silinme ve dilatasyonu: (A) Silinme ve dilatasyon yok, (B) Silinme ve dilatasyon başlamış ve amniotik mayi göllenmiş, (C) Silinme %50 ve dilatasyon başlamış, (D) Silinme ve dilatasyon tamamlanmış (Karaçam ve Canbay'dan, 74)

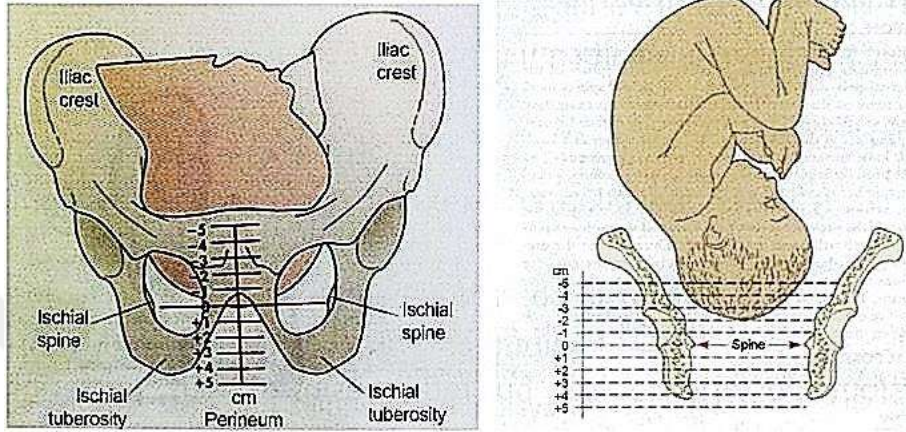
Amnion Zarı ve Sıvısını Değerlendirme

Vajinal muayene de amnion zarı değerlendirilirken membranlar açılmamış ise servikal açıklıktan yumuşak bir kese hissedilirken, membranlar açılmış olduğunda ele sıvı gelişi olur ve ele gelen sıvının rengi, kokusu ve miktarı değerlendirilir. Amnion sıvısının berrak renkte ve kokusuz olması beklenir. Amnion sıvısının; yeşilimsi veya kahverengi olması mekonyumun varlığını ve fetal distres şüphesini, sarı renkte olması intrauterin RH uyuşmazlığını, kanlı olması ablasio plasenta veya plasentanın yırtılmış olabileceğini, kötü kokulu olması ise koryoamnionitis varlığını düşündürür (74).

Fetüsün Prezantasyonu, Pozisyonunu ve Angajman Derecesini Saptama

Sağlık personeli vajinal muayene esnasında iki parmağını vajene yerleştirip gelen kısmı palpe eder. Ele gelen kısım sert ve yuvarlak ise fetüsün baş prezantasyonu olduğunu, yumuşak ise makat prezantasyonu olduğunu ve servikal açıklıktan sagittal süturu hissediyorsa vertex prezantasyonu olduğunu belirler. Parmaklar ile sagittal sütur üzerinden takip edilerek küçük fontanel ile oksiput bölgesi saptanarak oksiputun bulunduğu konuma göre fetal başın pozisyonu belirlenir. Bu esnada, fetüsün gelen kısmının pelvis içindeki yeri

saptanarak angajman derecesi belirlenir. Angajman derecesi fetal başın iskiyal spinalara olan uzaklığı ile belirlenir. Fetal baş seviyesi iskiyal spinaların üzerinde ise “-5, -4, -3, -2, -1”, iskiyal spinalar seviyesinde “0” ve iskiyal spinaların altında “+1, +2, +3, +4, +5” olarak değerlendirilir (Resim 3) (74).



Resim 3. Başın iniş seviyesi (Karaçam ve Canbay'dan, 74)

2.2.16.1. Vajinal Muayene Sıklığı

Uluslararası ve ulusal rehberlerde doğum eyleminde uygulanan vajinal muayenenin ne sıklıkta yapılması gerektiğine dair yeterli bilimsel kanıt bulunmamaktadır. DSÖ'nün 2018 yılında yayımladığı pozitif bir doğum deneyimi için intrapartum bakım rehberinde düşük riskli gebelere vajinal muayenelerin aktif faz da 4 saatte bir yapılması gerektiği, aynı zamanda vajinal muayene sayısının uzun süren amniotik membran rüptürlerin de ve uzun süren doğum eyleminde kısıtlanmasını, aynı kadına birden fazla sağlık personeli tarafından aynı/farklı zamanlarda vajinal muayene yapılmasından kaçınılması gerektiği bildirilmektedir (6). NICE rehberinde ise, vajinal muayenelerin 4 saatte bir, muayenenin gerekli olduğu durumlarda, doğum eylemi sürecine önemli bilgiler ekleyeceği durumda yapılması gerektiğini, vajinal muayeneye başlamadan önce kadından bilgilendirilmiş rızasının alınmasını, mahremiyetinin korunması gerektiğini, o esnada hassas davranılması, muayenenin neden yapıldığını ve muayene ile ilgili bilgi verilmesini önermektedir (7). Ancak DSÖ ve NICE rehberlerinde önerilen vajinal muayene sıklığının aksine yapılan çalışmalarda vajinal muayene sıklığının saatte bir, iki saatte bir, üç saatte bir veya daha sık yapıldığı sonuçlarına ulaşılmaktadır (10-12, 14-19).

2.2.16.2. Vajinal Muayene Sıklığının Obstetrik Sonuçları

Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığını ve gereksinimini değerlendirecek yeterli bilimsel bir kanıtın olmaması, DSÖ ve NICE rehberlerinde önerilenden daha sık yapılmasının birtakım riskleri beraberinde getirdiği literatürde bildirilmektedir (21).

Cahill ve ark. tarafından intrapartum dönemde ateşi olan ve doğum sonrası dönemde (6 saat boyunca) ateşi olmayan toplam 2 395 kadının karşılaştırıldığı çalışmada; intrapartum dönemde ortaya çıkan ateşin vajinal muayene sıklığı ile ilişkili olmadığı bildirilmektedir (13).

Rutin uygulanan vajinal muayene ile rektal muayenenin karşılaştırıldığı toplam 307 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesinde; antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyonlar, sezaryen oranı, spontan veya müdahaleli vajinal doğum, perinatal mortalite ve neonatal yoğun bakıma yatış oranı bakımından fark olmadığı ancak kadınların rektal muayeneden (vajinal muayeneye oranla) daha çok rahatsız oldukları bildirilmektedir (21).

İki saatte ve dört saatte bir uygulanan vajinal muayene uygulamasının karşılaştırıldığı toplam 150 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesinde; gruplar arasında doğum eyleminin süresi, epidural analjezi uygulaması, sezaryen doğum, spontan veya müdahaleli vajinal doğum oranı bakımından fark olmadığı bildirilmektedir (21).

Vajinal muayene sıklığının fazla olması, özellikle doğum eylemi süresinin uzun sürdüğü ve erken membran rüptürü olan kadınlara daha sık ve farklı sağlık personelleri tarafından yapılması ile birlikte koryoamniyonit enfeksiyon riskinin arttığı ve uzamış eylemlerde assendan enfeksiyon kaynağı oluşturabileceği, puerperal enfeksiyonlar için kadını risk altında bırakabileceği ve kadının gelecekteki fertilitatesini etkileyebileceği bildirilmektedir (15, 22, 23). Aynı zamanda enfekte olmuş bir kadından dikey geçişin neden olduğu düşünülen B grubu hemolitik streptokokların neonatal enfeksiyonların %30'u ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle vajinal muayene kadınların ve bebeklerin yaralanma riskini arttırabilmektedir (75).

Sonuç olarak intrapartum dönemde uygulanan vajinal muayene sıklığına ilişkin yeterli sayıda kanıta dayalı veriler bulunmamakla birlikte vajinal muayenenin sık yapılması birtakım riskleri de beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda vajinal muayene yaparken

kadınların lateks eldivene karşı olası alerjisi olabileceği de göz önünde bulundurularak muayene öncesinde dikkatli olunması gerekmektedir (21).

2.2.16.3. Vajinal Muayene Uygulamasına İlişkin Kadınların Görüşleri

Kadınlar vajinal muayeneyi; gerekli bir prosedür ancak ağrılı, utanç verici, rahatsız edici, üzücü, ağrılı ve hoş olmayan bir uygulama olarak tanımlamaktadırlar (11, 12, 16, 20). Hassan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların büyük bir kısmının vajinal muayene esnasında ağrı (%82), rahatsızlık hissettiği (%68), az bir çoğunluğunun ise utandığı (%5) aynı zamanda kadınların %94'ü için vajinal muayenenin yararlı olduğu, %7'si için gerekli olmadığı ve %6'sı için ise gerekli olduğu durumda yapılması gerektiği yönünde görüşleri mevcuttur (12).

El-Moniem ve Mohamady'nin çalışmasında kadınların %60.7'sinin vajinal muayeneyi gerekli gördüğü ve %15.5'inin vajinal muayenenin gerekli olduğu zamanlarda yapılması gerektiğini bildirirken %23.8'inin vajinal muayenenin gerekli olmadığını ifade ettiği rapor edilmektedir (16). Çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği bir başka çalışmada ise, kadınların vajinal muayeneye ilişkin görüşlerinin utanç verici, üzücü, acı verici, hoş olmayan ve rahatsız edici yönünde olduğu rapor edilirken; bu çalışmada vajinal muayeneyi yapan sağlık personelinin kendisinden izin almamasının, farklı sağlık personelleri tarafından muayene edilmesinin, muayene hakkında sağlık personeli tarafından bilgi verilmemesinin, muayene süresinin uzun olmasının ve uluslararası rehberlerde önerilenden daha sık vajinal muayene yapılmasının kadınların vajinal muayeneye ilişkin görüşlerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (14).

Lewin ve ark.'nın çalışmasında ise kadınlara çok sık vajinal muayene yapılmadığı, kadınların çoğunluğunun (%63.9) vajinal muayene yapılmadan önce sağlık personelinin kendisinden izin aldığı, (%91.6) mahremiyetinin korunduğu, muayene esnasında iyi bir şekilde desteklendiği ve kadınların vajinal muayene yapılmasından memnun oldukları bildirilmektedir (9).

Kadınların vajinal muayeneye ilişkin olumsuz algıların azaltılması için; muayeneyi yapan sağlık personelinin cinsiyetinin kadın olması, vajinal muayene hakkında sağlık personellerinin kendisine bilgi vermesi, kendisine saygı duyulması, mahremiyetine dikkat edilmesi, muayene esnasında yanında istediği biri/birileri tarafından desteklenmesi yönünde beklentilerinin olduğu belirtilmektedir (14, 76).

Uzel ve Yanikkerem tarafından yapılan çalışmada, kadınların çoğunluğuna (%54.4) intrapartum dönemde uygulanan vajinal muayene sıklığının 30 dakikada bir veya daha sık olduğu bildirilirken kadınların %43.7'sine saatte bir vajinal muayene yapıldığı ve vajinal muayene yapılan kadınların bu sıklıktan rahatsız oldukları bununla birlikte kendilerine iki saatte bir vajinal muayene yapılmasını istedikleri rapor edilmektedir (18). Bununla birlikte vajinal muayene sıklığı arttıkça kadınların intrapartum bakım ile ilgili memnuniyetlerinin azaldığı bildirilmektedir (77).

Sonuç olarak, doğum eyleminde yapılan vajinal muayene sıklığından kadınların rahatsız oldukları bununla birlikte vajinal muayeneyi çeşitli şekilde tanımladıkları ve intrapartum bakım memnuniyetinin azaldığı görülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Trabzon ilinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Numune Kampüsü), Trabzon Haçkalı Baba Devlet Hastanesi ve KTÜ Farabi Hastanesi’nde 20.01.2019-31.09.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Numune Kampüsü), Trabzon Haçkalı Baba Devlet Hastanesi ve KTÜ Farabi Hastanesi’nde 2017 yılında doğum yapmış toplam 2 230 kadın oluşturmaktadır. Çalışmaya alınacak vajinal doğum yapan kadınların örneklem sayısını elde etmek için ‘Evreni Belli Örneklem Yöntemi’ kullanılmış ve 328 kişi olarak bulunmuştur. Çalışmaya 340 kadın alınmış olup, taburculuktan sonra telefon ile ulaşılamayan kadınlar çalışmadan çıkarılarak 328 kadın ile çalışma tamamlanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında “Eşitlik 1” denklemi kullanılmıştır.

$$n = \frac{N \times t^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq} \quad (\text{Eşitlik 1})$$

N: Evrendeki vajinal doğum yapmış kadın sayısı (2017 yılı toplam vajinal doğum)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenecek olayın görülme olasılığı (0.50)

q: İncelenecek olayın görülmemesi sıklığı (0.50)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.05)

$$n = \frac{2230 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 2229 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 328 \quad (\text{Eşitlik 1})$$

Her bir hastaneden alınması planlanan vajinal doğum yapmış kadın sayısı tabakalama yöntemi ile belirlenmiştir. Tabakalar vajinal doğumların olduğu hastanelere göre; Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Numune Kampüsü), Trabzon Haçkalı Baba Devlet Hastanesi ve KTÜ Farabi Hastanesi olarak belirlenmiştir. “ $N_i/N=a_i$ ” formülüyle her tabakada ki vajinal doğum yapan kadın sayısı, evrendeki vajinal doğum yapan kadın sayısına bölünerek her tabakanın ağırlığı hesaplanmıştır. “ $a_i \cdot n=n_i$ ” formülüyle de tabaka ağırlıkları örnekleme alınacak vajinal doğum yapan kadın sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç vajinal doğum yapan kadın alınacağı hesaplanmıştır. Hastanelere göre örnekleme alınacak vajinal doğum yapan kadın sayısı belirlenmiştir (Tablo 1). Tabakaların her birinde örnekleme alınacak vajinal doğum yapmış kadın sayısı belirlendikten sonra kadınlar basit rastgele yöntemi ile seçilmiştir (78).

Tablo 1. Hastanelere göre örnekleme alınacak vajinal doğum yapmış kadın sayısı

Tabaka no	Tabaka adı	Vajinal doğum yapan kadın sayısı (N_i)	Tabaka ağırlığı ($N_i/N=a_i$)	Örnekleme giren vajinal doğum yapmış kadın sayısı
1	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1724	$1724/2230=0.7730$	$0.7730 \times 328=253$
2	Trabzon Haçkalı Baba Devlet Hastanesi	339	$339/2230=0.1520$	$0.1520 \times 328=50$
3	KTÜ Farabi Hastanesi	167	$167/2230=0.0748$	$0.0748 \times 328=25$
Toplam	3	2230		328

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 20-45 yaş arası olan kadınlar,
- 37 gebelik haftası veya daha ileri gestasyonel haftasında vajinal doğum yapan,
- Tek gebeliği olan,
- Baş prezentasyonu olan,
- Epidural analjezi almayan,
- Riskli gebeliği olmayan,
- Erken membran rüptürü olmayan,
- Doğumhaneye başvuru zamanında genito-üriner sistem enfeksiyonu olmayan,
- Lateks alerjisi olmayan,

- Vajinal muayene yapılan,
- İletişim problemi olmayan,
- Ruhsal bir hastalığı olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

3.3.2. Araştırmada Dışlanma Kriterleri

- 20 yaşından küçük, 45 yaşından büyük kadınlar,
- <37 gebelik haftası olan,
- Çoğul gebeliği olan,
- Baş prezentasyon olmayan,
- Epidural analjezi alan,
- Riskli gebeliği olan,
- Erken membran rüptürü olan,
- Doğumhaneye başvuru zamanında genito-üriner sistem enfeksiyonu olan,
- Lateks alerjisi olan,
- Vajinal muayene yapılmayan,
- İletişim problemi olan,
- Ruhsal bir hastalığı olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1:

H₀: Vajinal muayene sıklığı ile doğum sonu dönemde genito-üriner enfeksiyon gelişimi arasında fark yoktur.

H₁: Vajinal muayene sıklığı ile doğum sonu dönemde genito-üriner enfeksiyon gelişimi arasında fark vardır.

Hipotez 2:

H₀: Vajinal muayene sıklığı ile antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi arasında fark yoktur.

H₁: Vajinal muayene sıklığı ile antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi arasında fark vardır.

Hipotez 3:

H₀: Doğumhaneye latent fazda kabul edilen kadınların aktif ve geçiş fazında kabul edilen kadınlara göre vajinal muayene sıklığı arasında fark yoktur.

H₁: Doğumhaneye latent fazda kabul edilen kadınların aktif ve geçiş fazında kabul edilen kadınlara göre vajinal muayene sıklığı arasında fark vardır.

Hipotez 4:

H₀: Vajinal muayene sıklığı ile kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ölçek puanları arasında fark yoktur.

H₁: Vajinal muayene sıklığı ile kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ölçek puanları arasında fark yoktur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanması için 2 form kullanılmıştır. Bu formlar aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak (9, 10-12, 14-19) hazırlanan tanıtıcı bilgi formu; vajinal doğum yapmış kadının sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren 16 soru, doğum sürecine ilişkin özellikleri içeren 24 soru, doğum sonu dönemde maternal sonuçları içeren 11 soru, doğum sonu dönemde neonatal sonuçları içeren 9 soru kullanılarak oluşturulmuştur (Ek 1). Aynı zamanda kadının hastaneye başvurduğunda ve doğumdan sonraki dönemde ateş, nabız, tansiyon ve solunumun değerlendirilmesi ve kadının doğumdan önce ve sonra olmak üzere hemoglobin, hematokrit, beyaz küre (WBC) ve C-reaktif protein (CRP)'i değerlendirmek amacıyla tablo oluşturulmuştur (Ek 1).

Sosyo-demografik ve obstetrik veriler; vajinal doğum yapmış kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu ve mesleği, aile tipi, en uzun yaşadığı yer, ailenin gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, gravidası (G), parası (P), yaşayan çocuk sayısı (Y), abortusu (A), daha önce doğum yapmış ise doğumunun şekli, gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılma durumu, lateks (muayene eldiveni) alerji durumu, gebeliğinde genital yolla bulaşan hastalık ve genital yol enfeksiyonu olup olmadığı, beden kitle indeksini hesaplayabilmek için ise boy ve kilosu sorulmuştur.

Doğum sürecine ilişkin veriler; doğum yapmak için hastaneye geliş saati, hastaneye başvurduğunda gebelik haftası, doğumun hangi evresinde hastaneye geldiği, vajinal muayene yapılıp yapılmadığı yapıldı ise ne sıklıkta yapıldığı ve kadının ne sıklıkta yapılmasını istediği, vajinal muayene öncesinde kendisine açıklama yapılıp yapılmadığı yapıldı ise kim tarafından yapıldığı, farklı sağlık personelleri tarafından vajinal muayene yapılıp yapılmadığı, kendisinin hangi sağlık personelinin (ebe, hemşire, doktor) vajinal muayene yapmasını istediği ve nedeni, vajinal muayene yapan sağlık personelinin cinsiyetinin kendisi için önemli olup olmadığı, vajinal muayene esnasında mahremiyete dikkat edilip edilmediği, vajinal muayene esnasında kadına rahatsızlık veren durumların neler olduğu ve derecesi, vajinal muayenenin neden yapıldığı ve o esnada yaşadığı duygular, vajinal muayene esnasında yanında birinin olmasını izin verilip verilmediği ve kendisinin o esnada yanında kimi istediği ve muayene esnasında sağlık personelinin beklentilerinin neler olduğu sorulmuş ve veriler doğum salonu gözlem formundan (prepartum gözlem) yararlanılarak tamamlanmıştır.

Doğum sonu maternal veriler; doğumu kimin gerçekleştirdiği ve doğumu gerçekleştiren sağlık personelinin memnun kalıp kalmadığı, epizyotomi varlığı, perine hasarı var ise derecesi, vajinal muayene sonrasında yumuşak doğum kanalında ödem/hematoma varlığı, bebeğin doğum sonrası ilk ne zaman emzirildiği, kadının yoğun bakım ünitesine kabul varlığı, doğumdan sonra hastanede kalış süresi ve doğum sonu ilk 24 saat içindeki genito-üriner sistem enfeksiyon varlığı doğum salonu gözlem formu (prepartum gözlem), yenidoğan muayene ve müşahade formundan ve kadının laboratuvar bulgularından yararlanılarak, 2-5. günlerde, 2. haftada ve 6. haftada genito-üriner sistem enfeksiyon varlığı ise telefon ile görüşme yöntemi kullanılarak tamamlanmıştır.

Doğum sonu neonatal veriler; bebeğin kilosu, boyu, baş çevresi ve 1.-5. dakika apgar skoru, doğum öyküsü (doğum travması, anomali vb.) varlığı, düşük doğum ağırlığı (<2.5 kg), makrozomi (>4.0 kg), yenidoğan resusitasyon ihtiyacı, mekonyum aspirasyonu ve YDYB kabulü yenidoğan muayene ve müşahade formundan, antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon varlığı telefon ile görüşme yöntemi kullanılarak tamamlanmıştır.

Kadının yaşam bulguları verileri; vajinal doğum yapmak için hastaneye başvurduğundaki ateş, nabız, tansiyon ve solunumu; doğum yaptıktan sonra 15. dakika, 30. dakika, 45. dakika, 60. dakika, 90. dakika, 120. dakika, 180. dakika ve 300. dakikadaki

ateş, nabız, tansiyon ve solunumu araştırmacı tarafından doğum salonu gözlem formundan (prepartum ve postpartum gözlem) alınarak kaydedilmiştir.

Kadının laboratuvar bulguları; doğumdan önce ve doğumdan sonra olmak üzere hemoglobin, hematokrit, WBC ve CRP değerleri doktor tarafından istenilen laboratuvar sonuçları incelenerek kaydedilmiştir.

3.5.2. Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği

Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Afacan ve Özerdoğan tarafından yapılan ölçek (Ek 2), Lewin ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiştir (9, 79). Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği, 20 maddeden oluşan 5’li likert tipli bir ölçektir. Ölçekte 9 madde (5, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 19 ve 20. maddeler) ters puanlıdır. Ölçekte puanlama; “1 puan=kesinlikle katılmıyorum, 2 puan=katılmıyorum, 3 puan=kararsızım, 4 puan=katılıyorum, 5 puan=kesinlikle katılıyorum.” şeklinde yapılmaktadır. Ters maddelerin puanlaması ise “1 puan=kesinlikle katılmıyorum, 2 puan=katılmıyorum, 3 puan=kararsızım, 4 puan=katılıyorum, 5 puan=kesinlikle katılıyorum” yerine “1 puan= kesinlikle katılıyorum, 2 puan= katılıyorum, 3 puan= kararsızım, 4 puan= katılmıyorum 5 puan= kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanır. Ölçekten minimum 20 puan, maksimum 100 puan alınabilmektedir. Buna göre bir maddenin puanı ne kadar yüksek ise, katılımcı da vajinal muayeneden o kadar memnun kalmış olarak değerlendirilecektir. Ölçeğin alt boyutları için ise her bir alt boyutta bulunan maddelerin puanları toplanıp, toplanan ham puanlar madde sayısına bölünerek 1-5 arasında alt boyut puanları elde edilmiştir. Bu puanlar 20 ile çarpılarak 20-100 arasında alt boyut puanı elde edilir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik yapılan çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur (79). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.846 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, örneklem kapsamına alınan hastaneler sıralandıktan sonra, sıra ile bir hastanede örneklem sayısına ulaşıldıktan sonra diğer hastanelerde veri toplanmaya başlanmıştır. Her bir katılımcıya çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Veriler araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan kadınlar belirlenerek doğumdan sonra ki 24 saat içerisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formunun ilk

aşaması toplanmıştır. Ayrıca yenidoğana ait veriler yenidoğan muayene ve müşahade formundan, kadının yaşam bulguları, epizyotomi, perineal hasar varlığı, vajinal muayene sayısı ve vajinal muayene yapan sağlık personeli sayısı gibi değişkenler doğum salonu gözlem formundan (prepartum ve postpartum gözlem) yararlanılarak elde edilmiştir. Doğumdan sonra ise 2-5. günlerde, 2. haftada (13-17. gün) ve 6. haftada (30-42. gün) genito-üriner sistem enfeksiyonu (endometritis, üriner sistem enfeksiyonu, genital yol enfeksiyonu) varlığını tespit etmek amacı ile araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun kadınların iletişim bilgileri alınıp, cep telefonu ile doğumdan sonra ki belirtilen tarihlerde kendilerine telefon ile ulaşıp enfeksiyon belirtileri (ateş, karında ağrı/hassasiyet, kötü kokulu akıntı, titreme vb.) sorgulanarak veriler toplanmaya devam edilmiştir. Her bir katılımcının veri toplanma süresi yüz yüze iken yaklaşık 20-30 dakika, telefon ile görüşme süreleri de toplam 10-15 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulanması Ocak-Ekim 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntem olarak sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler için ortalama (M), standart sapma (SS), normal dağılım göstermeyen değişkenler için medyan, minimum, maksimum değer verilmiştir. Normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalamaların değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi, normal dağılım göstermeyen iki grup arasındaki ortalamaların değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve daha fazla grup arasındaki ortalamaların değerlendirilmesinde Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi, normal dağılım göstermeyen üç ve daha fazla grup arasındaki ortalamaların değerlendirilmesinde Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Niteliksel veriler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla Ki-Kare testi uygulanmıştır. Bağımlı değişken üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek amacıyla Binary regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0.05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumlardan (11.06.2018 tarih ve E.528 sayılı, 21.06.2018 tarih ve 29907235-604.01.01 sayılı ile 11.07.2018 tarih ve 23618724/771 sayılı) yazılı kurum izinleri (Ek 3) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (14.01.2019 tarih ve 24237859-41) Etik Kurul Onayı (Ek 4) alındı. Çalışmada kullanılacak olan ölçeğin kullanım izni ise çalışmaya başlamadan önce elektronik posta yoluyla alındı (Ek 5). Katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş olup araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, paylaşılan bilgilerinin sadece çalışma kapsamında kullanılacağı, isimlerinin ve telefon numaralarının açıklanmayacağı belirtilerek “Gönüllü Onam Formu” doğrultusunda sözlü onayları alındı (Ek 6).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu çalışmanın en önemli sınırlılığı taburculuktan sonra doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyonu ile antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon varlığının telefon görüşmeleri ile hasta beyanına dayandırılmış olmasıdır.

Doğum sonu dönemde kadınların telefonlarına ulaşamaması veya numara değişikliği çalışmanın örneklem sayısının azalmasına neden olmaktadır.

Ayrıca çalışma sonuçlarının, sadece çalışma yapılan ili temsil etmesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 2. Kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı (n=328)

Özellikler	Min-Max	Ortalama ($\bar{X}$) $\pm$ Standart Sapma (SS)		
Yaş, yıl	20-42	28.50 $\pm$ 5.256		
Gebelik sayısı	1-13	2.34 $\pm$ 1.494		
Yaşayan çocuk sayısı	1-7	2.02 $\pm$ 1.049		
Düşük sayısı	0-9	0.32 $\pm$ 0.830		
		Travayda Vajinal Muayene Deneyim Ölçeği		
	Sayı	Yüzde	Ortalama $\pm$ SS/ Medyan (Min-Max)	İstatistiksel analiz
Yaş grubu				
20-24	84	25.6	74 (43-98)	KW=2.512 p=0.642
25-29	112	34.1	74.5 (40-95)	
30-34	85	25.9	74 (47-94)	
35-39	38	14.3	75.5 (54-92)	
40 ve üzeri	9	2.7	70 (63-85)	
Eğitim durumu				
İlköğretim	144	43.9	73.74 $\pm$ 9.700	F=1.510 p=0.223
Lise	110	33.5	73.55 $\pm$ 10.956	
Üniversite ve üstü	74	22.6	75.96 $\pm$ 9.340	
Mesleği				
Ev hanımı	275	83.8	74 (40-98)	KW=7.707 p=0.52
İşçi	7	2.1	78 (65-82)	
Memur	18	5.5	83.5 (56-92)	
Serbest meslek	28	8.5	76 (47-94)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	53	16.2	78 (47-94)	Z=-2.165
Çalışmıyor	275	83.8	74 (40-98)	p=0.030
Aile tipi				
Çekirdek aile	287	87.5	75 (40-98)	Z= -0.657
Geniş aile	41	12.5	73 (43-92)	p=0.511

Tablo 2. (Devam)

En uzun yaşanan yer				
Köy	63	19.2	73.76±9.993	F=0.244 p=0.784
İlçe	138	42.1	74.63±10.037	
İl	127	38.7	73.89±10.223	
Gelir durumu algısı				
Düşük	27	8.2	73.44±9.435	F=1.715 p=0.182
Orta	291	88.7	74.05±10.182	
Yüksek	10	3.0	79.90±7.355	
Sağlık güvencesi varlığı				
Evet	310	94.5	74.19±10.083	T=-0.100 p=0.920
Hayır	18	5.5	73.94±10.281	
Parite				
Primipar	120	36.6	73.35±10.885	T=-1.129 p=0.260
Multipar	208	63.4	74.65±9.576	
Hastaneye başvurulduğunda ki gebelik haftası				
37-39 haftalık	181	55.2	74 (43-98)	Z= -0.815 p=0.415
40-42 haftalık	147	44.8	75 (40-95)	
Gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katıldınız mı?				
Evet	59	18.0	76 (60-94)	Z= -2.352 p=0.019
Hayır	269	82.0	74 (40-98)	
BKİ*				
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	37	11.3	74.49±9.757	F=0.124 p=0.883
Şişman (25-29.9 kg/m ²)	167	50.9	73.90±9.826	
Obez (>30 kg/m ²)	124	37.8	74.45±10.566	
Toplam	328	100.0		

*Çalışma kapsamına alınan kadınlarda BKI zayıf (<18.5 kg/m²) olan kadın olmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 2’de kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı görülmektedir. Buna göre, kadınların yaş ortalamasının 28.50±5.256 yıl, %34.1’inin 25-29 yaş aralığında, çoğunluğunun ilköğretim mezunu (%43.9), %83.8’sinin ev hanımı olduğu ve çalışmadığı, %87.5’inin çekirdek aileye sahip olduğu, %42.1’inin ilçede yaşadığı, %88.7’sinin gelir düzeyini orta düzeyde olduğu, %94.5’inin sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Kadınların %63.4’ünün multipar, %55.2’sinin 37-39 gebelik haftasında olduğu belirlenmiştir. Kadınların ortalama gebelik sayısı 2.34±1.494; ortalama yaşanan çocuk

sayısı 2.02 ± 1.049 ve ortalama düşük sayısı 0.32 ± 0.830 olarak elde edilmiştir. Kadınların %82'si gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılmadığı ve %50.9'unun şişman (BKI $25-29.9 \text{ kg/m}^2$) olduğu görülmektedir. Travayda vajinal muayene deneyim ölçeği puan ortalaması ile yapılan istatistiksel değerlendirmede herhangi bir işte çalışmayan kadınlar ile gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılan kadınların travayda vajinal muayene deneyimlerinin daha olumlu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) incelenen diğer sosyodemografik ve obstetrik değişkenler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3. Kadınların vajinal muayene (VM) ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=328)

Özellikler	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Doğumun fazlarına göre VM yapılış sıklığı*		
Latent faz (0-3 cm)	0-7	0.90 ± 1.285
Aktif faz (4-7 cm)	0-6	1.95 ± 1.00
Geçiş faz (8-10 cm)	1-4	1.21 ± 0.564
Toplam VM sayısı*	1-12	4.05 ± 1.721
VM yapan kişi sayısı*	1-7	2.41 ± 1.241
	Sayı	Yüzde
VM nerede yapıldı**		
Sadece muayene masasında	94	28.7
Sadece yatakta	28	8.5
Muayene masası ve yatakta	206	62.8
VM sıklığı*		
1-4 kez	220	67.1
5 ve üzeri kez	108	32.9
Hangi sıklıkta VM yapılmak isterdiniz?		
30 dakikada bir	14	4.3
Saatte bir	100	30.5
İki saatte bir	122	37.2
Üç saatte bir	27	8.2
Dört saatte bir	65	19.8
VM öncesinde size açıklama yapıldı mı?		
Evet	214	65.2
Hayır	114	34.8
VM öncesi size kim tarafından açıklama yapıldı? (n=214)		
Ebe	209	97.7
Doktor	5	2.3
Farklı sağlık personeli tarafından VM yapıldı mı?		
Evet	245	74.7
Hayır	83	25.3
Kaç kişi tarafından VM yapıldı?		
1 kişi	83	25.3
2-3 kişi	192	58.5
4-7 kişi	53	16.2

Tablo 3. (Devam)

VM yapan sağlık personelinin cinsiyeti sizin için önemli mi?		
Evet	217	66.2
Hayır	111	33.8
Hangi sağlık personelinin VM yapmasını isterdiniz?		
Ebe	169	51.5
Doktor	54	16.5
Fark etmez	105	32.0
VM esnasında mahremiyetinize dikkat edildi mi?		
Evet	322	98.2
Hayır	6	1.8
VM sizce neden yapıyor?*		
Doğumun ilerlemesini değerlendirmek için	274	83.5
Anne sağlığı için	38	11.6
Bebek sağlığı için	32	9.8
VM esnasında yaşadığınız duygular nelerdir?*		
Korku	190	57.9
Ağrı/acı	164	50.0
Utanma	79	24.1
Tedirginlik/endişe/stres	53	16.2
Sevinç/heyecan	51	15.5
Hiçbir şey	2	0.6
Hüzün	1	0.3
Tiksinme	1	0.3
Yalnızlık	1	0.3
VM esnasında yanınızda birisinin olmasını ister miydiniz?		
Sadece muayene yapan kişi olmalı	263	80.2
Benim ailemden biri	26	7.9
Annem	18	5.5
Eşim	14	4.3
Arkadaşım	4	1.2
Ebe	2	0.6
Hekim	1	0.3
VM yapan sağlık personelinin beklentileriniz nelerdir?*		
Anlayışlı olması	302	92.1
Güler yüzlü olması	298	90.9
İlgili olması	292	89.0
Bilgi vermesi	274	83.5
Bilgili olması	263	80.2
Özenli olması	259	79.0
Dikkatli olması	258	78.7

*Doğum salonu gözlem formundan (prepartum gözlem) yararlanılmıştır.

**Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3’de kadınların vajinal muayene ile ilgili özelliklerin dağılımı görülmektedir. Buna göre, kadınların %67.1’ine doğum eylemi süresince 1-4 kez sıklıkta ve ortalama 4.05 ± 1.721 kere vajinal muayene yapıldığı, %74.7’sinin ise farklı sağlık personelleri (2-3 kişi) tarafından muayene yapıldığı görülmektedir. Kadınların %62.8’ine muayene masası ve yatakta vajinal muayene yapıldığı ve kadınların çoğunluğunun (%37.2) iki saatte bir vajinal muayene uygulanmasını istemektedir. Kadınların %65.2’sine vajinal muayene öncesinde açıklama yapıldığı ve açıklama çoğunlukla (%97.7) ebe tarafından yapılmıştır. Kadınların %66.2’si için vajinal muayene yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğu ve %51.5’inin kendisine ebenin vajinal muayene yapmasını istediği görülmektedir. Vajinal muayene esnasında kadınların tamamına yakınının mahremiyetine dikkat edilmiştir. Kadınların çoğunluğu (%83.5) vajinal muayenenin açıklığı ve doğumun ilerlemesini değerlendirmek için yapıldığını düşünmektedir. Vajinal muayene esnasında kadınların %57.9’unun korku, %50’sinin ağrı/acı yaşadığı görülmektedir. Kadınların çoğunluğunun (%80.2) muayene esnasında yanında birisinin olmasını istemediği görülmektedir. Kadınlar vajinal muayene yapan personelden ise en çok sırası ile anlayışlı olmasını (%92.1), güler yüzlü olmasını (%90.9) ve ilgili olmasını (%89.0) beklemektedirler.

Tablo 4. Kadınların ve yenidoğanların bazı maternal ve neonatal sonuçlarının dağılımı (n=328)

Özellikler	Min-Max	Ortalama ($\bar{X}$)± Standart Sapma (SS)
Doğumhaneye gelindiğindeki dilatasyon, cm*	1-9	3.69±1.818
Doğumun latent evresinin süresi (3 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)*	0-3075	188.28±377.079
Doğumun aktif evresinin süresi (4 cm dilatasyondan 7 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)*	0-1110	190.40±174.500
Doğumun geçiş evresinin süresi (8 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)*	10-385	70.59±57.890
Travayda kalış süresi (1 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika) *	25-3880	449.27±459.752
Doğumdan sonra hastanede kalış süresi, saat	24-72	24.59±4.560
	Sayı	Yüzde
Hastaneye geldiğinde doğumun evresi*		
Latent faz (0-3 cm)	132	40.2
Aktif faz (4-7 cm)	183	55.8
Geçiş faz (8-10 cm)	13	4.0
Epizyotomi varlığı*		
Evet	163	49.7
Hayır	165	50.3
Perineal hasar varlığı*		
Evet	62	18.9
Hayır	266	81.1
VM sonrası yumuşak doğum kanalında ödem varlığı		
Evet	25	7.6
Hayır	303	92.4
Doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görüldü mü?		
Evet	42	12.8
Hayır	286	87.2
2-5. günlerde görülen genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi;		
Kötü kokulu/iltihaplı akıntı***	11	3.4
Dikişlerde açılma/iltihaplanma***	8	2.4
Ateş/sıtma/titrete/terleme***	5	1.5
Genital bölgede ağrı/yanma/acı***	4	1.2
İdrar yolu enfeksiyonu ****	3	0.9
Karın ağrısı/kramp şeklinde ağrı***	3	0.9

Tablo 4. (Devam)

2.haftada görülen genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi;		
Kötü kokulu akıntı***	12	3.7
İdrar yolu enfeksiyonu****	5	1.5
Dikişlerde açılma/iltihaplanma***	3	0.9
Karın ağrısı/kramp şeklinde ağrı***	2	0.6
Ateş***	1	0.3
6.haftada görülen genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi;		
Kötü kokulu akıntı***	16	4.9
İdrar yolu enfeksiyonu****	5	1.5
Ateş/sıtma/titrete***	4	1.2
Karın ağrısı/kramp şeklinde ağrı***	3	0.9
Mekonyum aspirasyonu**		
Evet	7	2.1
Hayır	321	97.9
YDYB kabulü**		
Evet	13	4.0
Hayır	315	96.0
Antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon varlığı		
Evet	21	6.4
Hayır	307	93.6
Neonatal enfeksiyon (ilk 28 gün);****		
Solunum yolu enfeksiyonu/ Akciğer enfeksiyonu	8	2.4
İdrar yolu enfeksiyonu	4	1.2
Sepsis	4	1.2
Göz enfeksiyonu	3	0.9
Omfalit	1	0.3
Kulak enfeksiyonu	1	0.3

* Doğum salonu gözlem formundan (prepartum gözlem) yararlanılmıştır.

**Yenidoğan muayene ve müşahade formundan yararlanılmıştır.

***Çalışma kapsamında, doğum sonu dönemde kadınlar ile yapılan telefon görüşmeleri doğrultusunda kadınların ifade ettiği genito-üriner sistem enfeksiyon belirtileridir.

****Çalışma kapsamında, doğum sonu dönemde kadınlar ile yapılan telefon görüşmeleri doğrultusunda tanı almış enfeksiyondur.

-Doğum sonu dönemde annenin yoğun bakım ünitesine kabulü olmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

-Doğum sonu dönemde ilk 24 saatte annede ve bebekte herhangi bir enfeksiyon varlığı olmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

-Tüm kadınlar doğumunu yaptıran sağlık personelinin memnun olduğu için tabloda belirtilmemiştir.

-Perinatal ve neonatal mortalite olmadığı için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 4’de kadınların ve yenidoğanların bazı maternal ve neonatal sonuçlarının dağılımı görülmektedir. Kadınların doğumhaneye geldiğindeki ortalama dilatasyonunun 3.69 ± 1.818 cm olduğu, %55.8’inin doğumhaneye aktif fazda (4-7 cm) başvurduğu, doğumun latent evresinin süresinin ortalama 188.28 ± 377.079 dk, doğumun aktif evresinin süresinin 190.40 ± 174.500 dk, doğumun geçiş evresinin süresinin 70.59 ± 57.890 dk ve travay da kalış süresinin 449.27 ± 459.752 dk olduğu görülmektedir. Kadınların %50.3’ünde epizyotomi, %81.1’inde perineal hasar ve %92.4’ünde VM sonrası yumuşak doğum kanalında ödem olmadığı görülmektedir. Kadınların ortalama hastanede kaldığı süre 24.59 ± 4.560 saat olup kadınların %87.2’sinde doğum sonu dönemde herhangi bir şikayeti olmadığı belirlenmiştir. Neonatal sonuçlar incelendiğinde ise bebeklerin çoğunluğunda mekonyum aspirasyonu (%97.9), YDYB yatışı (%96) ve antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyonu (%93.6) olmadığı görülmektedir.

Tablo 5. Kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri (n=328)

Ölçek ve alt boyutları		Min-max	Ort±SS
Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği		40-98	74.18±10.078
Alt boyutlar	Uygun bulma/onaylama	30-97	75.55±9.959
	Algılama	25-100	76.17±14.748
	Mahremiyet	27-100	81.63±14.060
	Bilgilendirme	32-100	73.79±15.438
	Ağrı	20-100	55.85±18.848

Tablo 5’de kadınların travayda vajinal muayene deneyim ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar görülmektedir. Buna göre, kadınların travayda vajinal muayene deneyim ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 74.18 ± 10.078 olup, uygun bulma/onaylama alt boyutundan 75.55 ± 9.959 , algılama alt boyutundan 76.17 ± 14.748 , mahremiyet alt boyutundan 81.63 ± 14.060 , bilgilendirme alt boyutundan 73.79 ± 15.438 ve ağrı alt boyutundan 55.85 ± 18.848 puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 6. Kadınların travayda vajinal muayene deneyim ölçeğinin frekans dağılımı (n=328)

ÖLÇEK MADDELERİ	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Fikrim yok		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık personeli bana vajinal muayene hakkında ayrıntılı bilgi verdi.	88	26.8	121	36,9	10	3,0	73	22,3	36	11,0
Her zaman vajinal muayeneyi reddedebileceğimi hissettim.	3	0.9	41	12,5	12	3,7	214	65,2	58	17,7
Sağlık personeli vajinal muayene yapmadan önce her zaman iznimi istedi.	61	18.6	103	31,4	9	2,7	118	36,0	37	11,3
Vajinal muayeneler her zaman büyük bir hassasiyetle yapıldı.	176	53.7	135	41,2	10	3,0	6	1,8	1	0,3
Vajinal muayene hakkında hiçbir zaman tam anlamıyla açıklama yapılmadı.	18	5.5	69	21,0	93	28,4	98	29,9	50	15,2
Vajinal muayeneler onurumu koruyacak şekilde yapıldı.	141	43.0	174	53.0	4	1.2	8	2.4	1	0.3
Vajinal muayene yapılmadan önce her zaman onay verdiğimi hissettim.	139	42.4	177	54.0	3	0.9	8	2.4	1	0.3
Vajinal muayeneler sırasında her zaman yeterli destek gördüğümü hissettim.	138	42.1	176	53.7	7	2.1	6	1.8	1	0.3
Vajinal muayeneler sırasında her zaman mahremiyetim korundu.	155	47.3	153	46.6	6	1.8	14	4.3	0	0
Vajinal muayeneler beni çok utandırdı.	37	11.3	80	24.4	3	0.9	93	28.4	115	35.1
Her vajinal muayene sırasında, muayene hakkında bana bilgi verildi.	132	40.2	161	49.1	9	2.7	22	6.7	4	1.2
Vajinal muayeneleri acı verici bulmadım.	13	4.0	148	45.1	7	2.1	148	45.1	12	3.7
Doğum anımı düşündüğümde, bana çok fazla vajinal muayene yapıldı.	29	8.8	32	9.8	6	1.8	180	54.9	81	24.7
Vajinal muayenelerle baş etmek beni çok endişelendirdi.	4	1.2	82	25.0	12	3.7	161	49.1	69	21.0
Vajinal muayeneler beklediğimden çok daha hoş olmayan bir durumdu.	3	0.9	40	12.2	46	14.0	176	53.7	63	19.2
Vajinal muayeneleri ağrılı buldum.	52	15.9	164	50.0	9	2.7	76	23.2	27	8.2
Keşke sağlık personeli vajinal muayeneler hakkında daha fazla açıklama yapsaydı.	26	7.9	87	26.5	2	0.6	156	47.6	57	17.4
Vajinal muayenelerden elde edilen veriler güven vericiydi.	101	30.8	215	65.5	7	2.1	5	1.5	0	0
Vajinal muayenelerden elde edilen veriler beni endişelendirdi.	55	16.8	260	79.3	4	1.2	8	2.4	1	0.3
Zaman zaman vajinal muayenenin kabaca (hoyratça) yapıldığını hissettim.	3	0.9	17	5.2	7	2.1	235	71.6	66	20.1

Tablo 6’da kadınların travayda vajinal muayene ölçeğinin maddelerine verdikleri yanıtların frekans dağılımları görülmektedir.

Tablo 7. Doğum eylemindeki kadınların vajinal muayene sıklığı ile bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin karşılaştırmaları (n=328)

Özellikler	1-4 kez	5 ve üzeri kez	Test istatistiği	p
Yaş grupları				
20-24 yaş	52 (23.6)	32 (29.6)	$\chi^2=3.476$	0.482
25-29 yaş	72 (32.7)	40 (37)		
30-34 yaş	61 (27.7)	24 (22.2)		
35-39 yaş	28 (12.7)	10 (9.3)		
40 ve üzeri	7 (3.2)	2 (1.9)		
Yaş	28.5 (20-42)	27 (20-42)	z=-2.159	0.031
Eğitim durumu				
İlköğretim	100 (45.5)	44 (40.7)	$\chi^2=0.710$	0.701
Lise	90 (40.9)	49 (45.4)		
Üniversite ve üzeri	30 (13.6)	15 (13.9)		
Meslek				
Ev hanımı	180 (81.8)	95 (88)	$\chi^2=2.782$	0.427
İşçi	5 (2.3)	2 (1.9)		
Memur	15 (6.8)	3 (2.8)		
Serbest meslek	20 (9.1)	8 (7.4)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	40 (18.2)	13 (12)	$\chi^2=2.019$	0.155
Çalışmıyor	180 (81.8)	95 (88)		
Aile tipi				
Çekirdek	197 (89.5)	90 (83.3)	$\chi^2=2.556$	0.110
Geniş	23 (10.5)	18 (16.7)		
En uzun yaşanılan yer				
Köy	45 (20.5)	18 (16.7)	$\chi^2=2.473$	0.290
İlçe	86 (39.1)	52 (48.1)		
İl	89 (40.5)	38 (35.2)		
BKI				
Normal aralık (18.5-24.9 kg/m ²)	22 (10)	15 (13.9)	$\chi^2=1.095$	0.295
Normal olmayan aralık (<18.5 kg/m ² , >25 kg/m ²)	198 (90)	93 (86.1)		

Tablo 7. (Devam)

Parite				
Primipar	62 (28.2)	58 (53.7)	$\chi^2=20.338$	<0.001
Multipar	158 (71.8)	50 (46.3)		
Hastaneye geldiğinde ki evresi				
Latent evre (0-3 cm)	51 (23.2)	81 (75)	$\chi^2=82.079$	<0.001
Aktif evre (4-7 cm)	156 (70.9)	27 (25)		
Geçiş evresi (8-10 cm)	13 (5.9)	0 (0)		
Doğumun latent fazının süresi				
(3 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)	0 (0 – 995)	245 (0 – 3075)	Z=-9.842	<0.001
Doğumun aktif fazının süresi (4 cm dilatasyondan 7 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)				
	117.5 (0 – 780)	210 (40 – 1110)	Z=-7.091	<0.001
Doğumun geçiş fazının süresi (8 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)				
	50 (10 – 270)	60 (10 – 385)	Z=-3.383	0.001
Travayda kalış süresi (1 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika)				
	210 (25 – 1220)	647.5 (115 – 3880)	Z=-10.607	<0.001
VM yapan personel sayısı				
1-2 kişi	166 (75.5)	30 (27.8)	$\chi^2=68.471$	<0.001
3-7 kişi	54 (24.5)	78 (72.2)		
Doğum sonrası WBC	16.5 (8-36)	17.2 (7.7-33.3)	Z=-1.895	0.058
Doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görüldü mü?				
Evet	24 (10.9)	18 (16.7)	$\chi^2=2.151$	0.143
Hayır	196 (89.1)	90 (83.3)		
2-5. günlerde ifade edilen genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görüldü mü?				
Evet	15(6.8)	12(11.1)	$\chi^2=1.767$	0.184
Hayır	205 (93.2)	96 (88.9)		
2. haftada ifade edilen genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görüldü mü?				
Evet	14 (6.4)	8 (7.4)	$\chi^2=0.126$	0.722
Hayır	206 (93.6)	100 (92.6)		
6. haftada ifade edilen genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görüldü mü?				
Evet	14 (6.4)	10 (9.3)	$\chi^2=0.896$	0.344
Hayır	206 (93.6)	98 (90.7)		
Antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon varlığı				
Evet	15 (6.8)	6 (5.6)	$\chi^2=0.193$	0.661
Hayır	205 (93.2)	102 (94.4)		

Tablo 7’de doğum eylemindeki kadınların vajinal muayene sıklığı ile bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin karşılaştırmaları görülmektedir. Buna göre, yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaneye gelindiğinde bulunulan evrenin vajinal muayene sıklığı ile arasında bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Bu kapsamda 1-4 kez vajinal muayene yapılan kadınların aktif evrede, 5 ve üzeri kez vajinal muayene yapılan kadınların latent evrede hastaneye başvurduğu görülmektedir. Doğumun latent fazının ortanca değeri 1-4 kez vajinal muayene olanlarda 0 dakika iken 5 ve üzeri kez vajinal muayene olanlarda 245 dakika; doğumun aktif fazının ortanca değeri 1-4 kez vajinal muayene olanlarda 117.5 dakika iken 5 ve üzeri kez vajinal muayene olanlarda 210 dakika; doğumun geçiş fazının ortanca değeri 1-4 kez vajinal muayene olanlarda 50 dakika iken 5 ve üzeri kez vajinal muayene olanlarda 60 dakika olarak elde edilmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.001$). Doğumun toplam süresi 1-4 kez vajinal muayene olanlarda 210 dakika iken 5 ve üzeri kez vajinal muayene olanlarda 647.5 dakika olarak elde edilmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Vajinal muayene sıklığının vajinal muayene yapan personel sayısı arttıkça arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). İncelenen diğer sosyodemografik ve obstetrik değişkenler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görülmesi üzerine etki eden bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi

	OR (%95 CI)	p
Personel sayısı (grup)	0.617 (0.193-1.978)	0.417
VM sıklığı	0.895 (0.277-2.886)	0.852
Hastaneye geldiğinde ki evresi	1.257 (0.582-2.713)	0.561
BKI (Normal)	3.183 (1.377-7.358)	0.007
Parite (primipar)	2.555 (1.134-5.759)	0.024
Hastaneye başvuruındaki gebelik haftası gruplaması	1.2 (0.603-2.387)	0.604
4 cm'den sonra doğumun süresi	0.998 (0.996-1)	0.114
Yaş	0.997 (0.923-1.077)	0.935
Toplam VM sayısı	1.217 (0.83-1.784)	0.315
Personel sayısı	1.289 (0.793-2.094)	0.306

-Travayın toplam süresi lojistik regresyonda modellenemediği için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 8'de doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görülmesi üzerine etki eden bağımsız risk faktörleri görülmektedir. Buna göre, BKI değeri normal olanların olmayanlara göre doğum sonu dönemde enfeksiyon gelişme riski 3.183 kat daha fazladır. Parite incelendiğinde de primer olanların multipar olanlara göre enfeksiyon geçirme riski 2.555 kat daha fazladır. Yukarıda verilen diğer bağımsız değişkenler risk faktörü olarak tespit edilmemiştir.

Tablo 9. Antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi üzerine etki eden bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi

	OR (%95 CI)	p
Personel sayısı (grup)	1.127 (0.236-5.388)	0.881
VM sıklığı	0.342 (0.047-2.484)	0.289
Hastaneye geldiğinde ki evresi	3.059 (0.995-9.406)	0.051
Bk1 (Normal)	1.189 (0.333-4.251)	0.790
Parite (primipar)	2.462 (0.782-7.751)	0.124
Hastaneye başvuruındaki gebelik haftası gruplaması	0.412 (0.138-1.231)	0.112
4 cm'den sonra doğumun süresi	1.001 (0.998-1.003)	0.562
Yaş	1.047 (0.94-1.166)	0.403
Toplam VM sayısı	0.785 (0.431-1.429)	0.429
Personel sayısı	2.802 (1.315-5.969)	0.008

-Travayın toplam süresi lojistik regresyonda modellenemediği için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 9’da antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi üzerine etki eden bağımsız risk faktörleri görülmektedir. Buna göre, antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi üzerinde sadece personel sayısının etkili olduğu görülmektedir ($p=0.008$). Personel sayısındaki artış enfeksiyon riskini 2.802 kat artırmaktadır. Yukarıda verilen diğer bağımsız değişkenler risk faktörü olarak tespit edilmemiştir.



5. TARTIŞMA

Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayeneler intrapartum bakımın bir parçasıdır ve muayene yapan sağlık personeli tarafından rutin olarak uygulanmaktadır (8). Vajinal muayene yaygın bir uygulama olmasına rağmen literatürde fayda veya zararları ile ilgili kanıta dayalı sonuçlar bulunmamaktadır (23). Bu bölüm, doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını tartışmak üzere yazılmıştır.

Bu çalışmada vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalaması 28.50 ± 5.256 olup %34.1'i 25-29 yaş aralığında, çoğunluğunun ilköğretim mezunu, herhangi bir işte çalışmadığı, çekirdek aileye sahip, gelir düzeyi algısının orta düzeyde, ilçe merkezinde yaşadığı ve sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir (Tablo 2). Çalışma kapsamındaki bu bulguları destekleyen çalışmalar olmakla birlikte (9, 12, 16, 79) bazı sosyodemografik özellikleri açısından farklı olan çalışmalarda mevcuttur (14, 16, 19). Bununla birlikte TNSA 2018 verilerine göre toplumumuzdaki kadınların çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük olması, çalışmaması ve yaşa özel toplam doğurganlık hızının zamansal değişiminin 25-29 yaş aralığında artış göstermesi çalışma bulgularını desteklemektedir (80). Aynı zamanda bu çalışmada kadınların çoğunluğunun multipar olduğu ve 37-39 gebelik haftasında doğumunu gerçekleştirdiği görülmektedir (Tablo 2). Yapılan diğer çalışmalarda da gebelik haftası ve parite durumları ile araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir (12, 15-17, 79).

Gebe (doğuma hazırlık) sınıflarına katılan ve devam eden kadınların gebeliğe, lohusalığa ve bebek bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin yükseldiği, doğum korkularının azaldığı, sezaryen doğum oranlarının daha düşük olduğu, bebeği ile tensel temasın sağlandığı, ilk emzirme zamanının daha erken olduğu ve kadınların doğum memnuniyetlerinin arttığı rapor edilmektedir (81-86). Ancak bu çalışmada kadınların çoğunluğunun gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılmadığı görülmektedir (Tablo 2). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmış olan 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi" ile her yıl daha fazla sayıda gebeye ücretsiz olarak eğitim verme çabası artmakla birlikte (87), ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kadınların gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılmadığı bildirilmiştir (79, 88, 89). Oysa bu çalışmadan elde edilen diğer bir veriye göre gebe (doğuma hazırlık) sınıflarına katılan kadınların vajinal muayene deneyimlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo

2). Ancak literatürde bu çalışmada kullanılan ölçeğin kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikler ile karşılaştırılmasını içeren bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bununla birlikte gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına devam eden kadınların travay, doğum sürecinde rahatlatıcı egzersizler ve bu süreçte yapılacak girişimler gibi doğum eylemine yönelik aldıkları eğitim kapsamında farkındalıkların arttığı ve bilinmezlikleri azaldığı bir ortam oluşturulduğu için vajinal muayene deneyimlerinin daha olumlu olabileceği söylenebilir.

Son yıllarda, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de bazı faktörlerin (sosyoekonomik durum, beslenme alışkanlıkları gibi) değişmesi ile birlikte obezite görülme oranlarında artış meydana gelmiştir (90). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir rehberde 20-39 yaş grubu kadınların %20-35’inde obezite görülürken, doğurganlık çağındaki kadınlarda ise morbid obezite ($>30 \text{ kg/m}^2$) görülme oranlarının giderek artış gösterdiği gözlenmektedir (90). Bu çalışmada ise kadınların çoğunluğunun şişman ($\text{BKI } 24.9\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$) kategorisinde olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Doğum eyleminde serviksin pozisyonu, silinme ve dilatasyonu, fetüsün prezentasyonu ve pozisyonu, pelvis ölçüleri, amniyon zarı ve sıvısının durumu, fetal başın angajman derecesi, kanama durumu ve doğum eyleminin gidişatını değerlendirmek amacıyla uygulanan vajinal muayene litotomi pozisyonunda muayene masasında yapılmaktadır (25). Bu çalışmada kadınların doğum eylemi süresince çoğunluğunun hem muayene masasında hem de yatağında vajinal muayene yapıldığı görülmektedir (Tablo 3). Bunun nedeninin çalışmanın yapıldığı zaman diliminde ilgili hastanenin anne dostu ünvanı almak üzere olması dolayısıyla anne, bebek ve aile dostu modelde, mahremiyete dayalı tek kişilik “Doğum Üniteleri”nin oluşturulmasının esas alınmış olması ve gebelerin tüm muayenelerinin aynı zamanda muayene masası olabilen yataklarında yapılıyor olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

DSÖ aktif faz boyunca vajinal muayene sıklığının dört saatte bir uygulanmasını önerirken NICE doğumun ilk evresinde rutin olarak dört saat aralıklarla yapılması gerektiğini önermektedir (6, 7). Bu çalışmada da uluslararası kuruluşların önerdiği gibi doğum eylemi süresince vajinal muayenenin çoğunlukla 1-4 kez sıklıkta ve ortalama 4.05 ± 1.721 kere (1-12 kez) yapıldığı, kadınların ise çoğunluğunun iki saatte bir vajinal muayene yapılmak istediği görülmektedir (Tablo 3). Aynı zamanda bu bulgu kadınların çoğunluğunun “doğum anımı düşündüğümde, bana çok fazla vajinal muayene yapıldı”

maddesine “katılmıyorum” cevabı ile de desteklenmektedir (Tablo 6). İlgili literatür incelendiğinde doğum eylemi süresince ortalama vajinal muayene sayısının 2.8 ile 5.6 kez (1-15 kez) arasında değiştiği (9-12, 14-17), kadınların vajinal muayene sıklığından rahatsızlık duyduğunu bildiren çalışma olmakla birlikte (18) yapılan sıklıktan rahatsız olmayan kadınlarında bildirildiği çalışmalar da bulunmaktadır (9, 21). Bununla birlikte Borders ve ark. deneyimli sağlık personelinin, doğum eylemi eğer seyrinde gidiyorsa vajinal muayenelerin bazen “bir kez” ile sınırlandırabileceğini önermiştir (15). Çalışma sonucumuz DSÖ önerisi ve bazı çalışma verileri ile benzerlik gösterse de doğum eylemi süresince vajinal muayenenin ortalama ne sıklıkta yapılması gerektiği konusunda ortak bir görüşün olmadığı görülmektedir (1, 4, 15). Bu çalışmada vajinal muayene sıklığının çoğunlukla uluslararası kuruluşlar tarafından önerilen sayıda yapılmış olmasının önemli bir nedenin de kadınların doğumhaneye daha çok aktif fazda başvuru yapmış olması ve dolayısıyla travayda geçirilen sürenin daha kısa olmasıyla da ilgili olduğu düşünülmektedir (Tablo 4). Ayrıca bu çalışmanın yapıldığı zaman diliminde ilgili hastanenin anne dostu ünvanı almak üzere olması dolayısıyla, doğum salonunda çalışan ebelerin bu kapsamda ebeliği ve doğum hizmetlerini güçlendirmek adına kanıta dayalı uygulamalar konusunda almış oldukları hizmet içi eğitimlerinde katkısı olduğu söylenebilir.

Doğumhaneye kabul için önerilen kriterler, servikal efesmanın gerçekleşmiş olması, servikal dilatasyonun en az 3-4 cm olması, düzenli uterus kontraksiyonlarının başlaması ve spontan membran rüptürünün olmasıdır (23, 28). Doğumhaneye doğrudan kabul edilen kadınlar ile aktif faza kadar beklenerek geç kabul edilen kadınların sonuçlarının incelendiği Cochrane sistematik incelemesinde geç kabul edilen kadınların travay süresinin kısaldığı, intrapartum analjezi ve oksitosin kullanımının daha az olduğu ve kadınların kontrol duygularını daha fazla hissettikleri bildirilmiştir (30). Bu çalışmada da kadınlar çoğunlukla aktif fazda doğumhaneye başvurmuşlardır ve yapılan ilk vajinal muayenede servikal dilatasyon ortalaması 3.69 ± 1.818 cm’dir (Tablo 4). Yine bu çalışmada primiparlarda, yaşı genç olanlarda, latent fazda doğum salonuna kabul edilenlerde, travayda daha uzun süre kalanlarda daha sık (5 ve üzeri kez) vajinal muayene yapıldığı ve vajinal muayene yapan personel sayısının artışı ile vajinal muayene sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 7). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde vajinal muayene sıklığının yaş, eğitim düzeyi, yaşanan yer, parite (primiparlara daha fazla sayıda) ve vajinal muayene yapan personel sayısı ile anlamlı bir farklılık olduğu bildirilmiştir (12, 16). Kanıta dayalı uygulamalar ve bu

çalışmanın sonuçları doğrultusunda aktif fazda doğumhaneye kabul edilen kadınlara daha az obstetrik girişim uygulandığı söylenebilir (31).

Doğum eyleminde ebe veya hemşire tarafından verilen destekleyici bakım aktivitelerinden biriside yapılacak işlemle ilgili bilgi vermesidir (91). Aynı şekilde hasta hakları yönetmeliğine göre de hasta konumunda olan kadının sağlık personelinin bilgi alma/bilgi isteme hakkı vardır (92). Literatüre göre doğum eylemi süresince kadınlara bilgi verilmesinin kadınların anksiyetesini, gerginliğini ve yalnızlığını azalttığı, beden imajlarını koruduğu, potansiyel güçlerini artırdığı ve doğum eylemi ile baş etmelerini kolaylaştırıldığı bildirilmekte aynı zamanda kadınların memnuniyeti için önem teşkil etmektedir (91, 93). Bu çalışmada da kadınların çoğunluğuna vajinal muayene öncesinde açıklama yapıldığı ve açıklama yapan kişinin ebe olduğu görülmektedir (Tablo 3). Yine bu çalışmada bu sonucu destekler şekilde travayda vajinal muayene deneyim ölçeği “bilgilendirme” alt boyutundan iyi düzeyde kabul edilebilecek bir puan (73.79 ± 15.438) alınması ve bu ölçeğin madde frekansları incelendiğinde “Sağlık personeli bana vajinal muayene hakkında ayrıntılı bilgi verdi.” maddesine kadınların çoğunluğunun “katılıyorum”, “vajinal muayene hakkında hiçbir zaman tam anlamıyla açıklama yapılmadı.” maddesine ise “katılmıyorum” cevabı verdiği görülmektedir (Tablo 6). Aynı zamanda kadınların çoğunluğunun vajinal muayenenin doğumun ilerlemesini değerlendirmek için yapıldığını belirtmiş olmaları da ebelerin bu konuda işlem öncesi gerekli bilgilendirmeyi yaptıklarını göstermektedir (Tablo 3). Ancak çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Hatamleh ve ark. ve El-Moniem ve Mohamady’nin çalışmalarında vajinal muayene öncesinde kadınlardan imzalı onam formu alınmadığı, muayene öncesinde, esnasında ve sonrasında bilgilendirme yapılmadığı rapor edilmiş olup bu bulgunun sağlık personelinin iletişim becerilerinin yetersiz olduğu, tıbbi uygulama etik ilkelere uyulmadığı ve kadınların üreme hakları ile ilgili birçok soruyu gündeme getirdiği bildirilmiştir (14, 16). Muliiara ve ark. vajinal muayenelerin kadınlara daha açık bir şekilde anlatılmasını ve tartışılmasını sağlamak amacıyla sağlık personelinin ve stajyer öğrencilerin özel iletişim becerilerinin öğretilmesi gerektiğini önermiş (8), El-Moniem ve Mohamady ise etkili iletişim becerilerini kullanmanın ve kadına karşı dürüst olmanın kadınların işlem esnasında daha rahat olmalarını sağlayacağını bildirmiştir (16). Bu kapsamda sağlık personelinin muayeneye başlamadan önce kadın dik otururken kendisini tanıtmalı, yardıma ihtiyaç duyduğu açıkça belli olmadığı sürece kadınların kıyafetlerinin çıkarılmasına yardım edilmemesi gerektiği ayrıca sağlık personelinin kadına vajinal

muayene prosedürünün gerekliliği ve muayene sonrasında elde edilebilecek bulgular konusunda bilgi vermeli ve kadının korkuları, kaygıları göz önünde bulundurularak soru sormasına fırsat verilmelidir (9, 20).

DSÖ ve NICE rehberleri doğrultusunda doğum eylemi süresince bir kadın mümkün olduğunca aynı sağlık personeli tarafından vajinal muayene yapılması önerilmektedir (6, 7). Bu çalışmada kadınlara vajinal muayene yapan ortalama personel sayısının 2.41 ± 1.241 kişi olup çoğunlukla farklı 2-3 sağlık personeli tarafından muayene yapıldığı ve kadınlar muayene esnasında yanlarında sadece muayene yapan kişinin olmasını istedikleri görülmektedir (Tablo 3). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Hassan ve ark.'nın çalışmasında kadınların çoğunluğuna (%71) 2-3 sağlık personeli tarafından vajinal muayene yapıldığı (12), Hatamleh ve ark.'nın çalışmasında kadınların yarısından fazlasının hem ebe hem de doktor tarafından muayene edildikleri bildirilmiştir (14). Buchmann ve ark.'nın iki sağlık personeli (araştırmacı ve klinisyen) arasındaki ölçüm farkını ortaya koymak için yaptıkları çalışmada vakaların %49.2'sinde servikal değerlendirme sonucunun iki uygulayıcı da aynı olduğu, %39.8 vakada 1cm, %11 vakada ise 2 cm veya daha fazla farklılık olduğu bildirilmiştir (94). El-Moniem ve Mohamady'nin çalışmasında ise farklı olarak kadınların tamamına yakınına 3-7 farklı sağlık personeli tarafından vajinal muayene yapıldığı bildirilmiştir (16). Erbil ve ark.'nın jinekolojik muayene ile ilgili çalışmasında kadınların muayene esnasında yanlarında doktordan başka kimseyi istemedikleri (95), Lai ve Levy'nin çalışmasında ise kadınların muayene esnasında yanlarında tanıdıkları ve güvendikleri bir kişinin olmasını istedikleri belirtilmiştir (20). Ayrıca Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise olumsuz vajinal muayene deneyiminin vajinal muayene yapan sağlık personeli sayısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (19). Sağlık personellerinin vardiya usulü ile çalışması, kadınların vajinal muayene yapılmayı talep etmesi, çalışılan klinikte bulunan stajyer öğrencilerin eğitim amaçlı vajinal muayene yapmaları, sağlık personelinin tutumu gibi nedenlerden dolayı vajinal muayene yapan personel sayısının da artış olmakta dolayısıyla bu faktörlerin vajinal muayene yapılma sıklığını artırdığı söylenebilir.

Vajinal muayene esnasında kadınların mahrem bölgesinin açık olması, bulunulan toplumun sosyo-kültürel yapısı (yetiştirilme tarzı, katı dini ve ahlaki inançlar, geleneksel kadın cinsel rolü), cinsel eğitimsizlik ve bilgisizlik, cinsel taciz ve şiddet, mahremiyet ve utanma duygusu, anksiyete ve korku, sağlık personelinin tutum ve davranışı gibi faktörler vajinal muayene uygulamasını yapacak sağlık personelinde cinsiyet seçimini

etkilemektedir (95, 96). Bu çalışmada kadınların çoğunluğu vajinal muayene yapan sağlık personelinin cinsiyetinin kendileri için önemli olduğunu ve ebe tarafından vajinal muayene yapılmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 3). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Lai ve Levy'nin çalışmasında kadınlar sağlık personelinin cinsiyetinin kendileri için önemli olabileceğini ancak cinsiyetten bağımsız olarak personelin tutumu ve yaklaşımının daha önemli olduğu belirtmişlerdir (20). Phumdoung ve Youngvanichsate'nin çalışmasında ise erkek sağlık personeli tarafından muayene edilmesi planlanan kadınların yanlarında bir kadın hemşirenin olmasını istedikleri bildirilmiştir (11). Güneş'in çalışmasında da kadınların çoğunlukla kadın sağlık personeli tarafından muayene yapıldığı (97) ancak El-Moniem ve Mohamady'nin çalışmasında ise vajinal muayene yapan sağlık personelinin çoğunluğunun (%93.9) erkek olduğu ve kadınların erkek sağlık personeli tarafından muayene edildiklerinde daha fazla utanma ve rahatsızlık hissettikleri bildirilmiştir (16). Bulunulan toplumun sosyo-kültürel özellikleri, dini ve kültürel inançları, yetiştirilme tarzı gibi faktörler sağlık alanında kadınların cinsiyet tercihini etkileyebilmektedir.

İnsan ve üreme hakları kapsamında ele alınan bir konu olan mahremiyetin başta jinekolojik muayene olmak üzere doğum, tedavi ve bakımda hastanın mahremiyetinin korunması hemşirelik bakım hizmetlerinde kalitenin parçalarından birini oluşturmaktadır (98). Ayrıca Hasta Hakları Bildirgesinin dördüncü bölümünde de “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” hakkı yer almaktadır (92, 98). Bu çalışmada kadınların tamamına yakınının vajinal muayene öncesinde mahremiyetine dikkat edilmiş (Tablo 3) ve travayda vajinal muayene deneyim ölçeği “mahremiyet” alt boyutundan oldukça iyi düzeyde kabul edilebilecek bir puan (81.63 ± 14.060 puan) alınmıştır (Tablo 5). Aynı zamanda bu ölçeğin “vajinal muayeneler sırasında her zaman mahremiyetim korundu” maddesine kadınların çoğunluğunun “kesinlikle katılıyorum”, “vajinal muayeneler onurumu koruyacak şekilde yapıldı” maddesine ise kadınların çoğunluğunun “katılıyorum” cevabı vermesi bulguyu destekler niteliktedir (Tablo 6). Benzer şekilde Lewin ve ark. (9)'nın çalışmasında kadınların çoğunluğu vajinal muayene esnasında mahremiyetinin korunduğu, Afacan'ın çalışmasında ise “mahremiyet” alt boyutundan iyi düzeyde kabul edilebilecek (73.77 ± 13.73 puan) puan alındığı bildirilmiştir (79). Çalışma sonuçlarından farklı olarak vajinal muayene esnasında rahatsızlık hisseden ve olumsuz vajinal muayene deneyimlerine sahip olan kadınların kendilerine saygı duyulmadığı (19), doktorların yaklaşımlarının duyarsız olduğu (12) ve mahremiyetlerine dikkat edilmediği (12, 77) bildiren çalışmalarda mevcuttur.

Vajinal muayenenin, muayene masasında ve litotomi pozisyonunda yapılıyor olması, bu esnasındaki sağlık personelinin tutumu ve cinsiyeti, mahrem organın açıkta olması, muayene öncesi izin alınmaması ve bilgi verilmemesi gibi durumlar kadınların muayene esnasında korku, utanma, ağrı, rahatsızlık gibi duyguları yaşamalarına neden olabilmektedir (95). Bu çalışmada kadınların vajinal muayene esnasında en çok sırası ile korku duydukları, ağrı/acı yaşadıkları ve utandıkları görülmektedir (Tablo 3). Yine bu çalışmada travayda vajinal muayene deneyim ölçeğinin “ağrı” alt boyutundan düşük kabul edilebilecek düzeyde bir puan alınması (55.85 ± 18.848 puan) ve bu ölçeğin “Vajinal muayeneleri ağrılı buldum” maddesine “katılıyorum” cevabı verdikleri görülmektedir (Tablo 6). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Afacan’ın çalışmasında ölçeğin “ağrı” alt boyutundan düşük kabul edilebilecek bir puan alındığı (48.37 ± 19.16 puan) (79), yapılan benzer çalışmalarda da kadınların vajinal muayene esnasında ağrı, utanma, korku yaşadıkları bildirilmiştir (11, 12, 16, 19, 76). Her ne kadar kadınlar vajinal muayene esnasında korku, acı, ağrı, utanma gibi olumsuz duygular yaşadıklarını ifade etselerde aynı zamanda vajinal muayenenin doğum eyleminin ilerlemesini değerlendirilmesi için önemli bir uygulama olarak gördüklerini gösteren çalışmalarda mevcuttur (14, 20, 21). Sağlık personelinin kadına birey olarak saygı duyması, kadını dinlemesi ve uygulama ile ilgili olarak açıklama yaparak kadını rahatlatması, kadının sorularını anlaşılır bir şekilde cevaplaması, mahremiyetine dikkat etmesi gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda kadının yaşadığı olumsuz duygular azaltabilir. Bununla birlikte her ne kadar bu çalışmada kadınlar vajinal muayene esnasında sadece muayene eden kişinin yanlarında olmasını arzu etmişler ise de incelenen diğer çalışmalar dikkate alındığında vajinal muayene esnasında yanlarında tanıdıkları ve güvendikleri birisinin olmasına izin verilmesi yaşanan olumsuz duyguların azalmasına yardımcı olabilir.

Doğum eyleminde bulunan bir kadının kendisine uygulama yapacak sağlık personelinin özellikle “saygı”, “güler yüzlülük”, “ilgi”, “güvenirlilik”, “karşısındakini iyi dinleme” ve “sabırlı olma”, “mahremiyete özenli”, “nazik”, etkin dinleyici ve geri bildirimde bulunan” gibi empatik yaklaşımlar beklemektedir (99, 100). Benzer şekilde bu çalışmada da kadınların çoğunlukla vajinal muayene yapan sağlık personelinin anlayışlı olmasını, güler yüzlü olmasını, ilgili olmasını, bilgi vermesini ve bilgili olmasını bekledikleri görülmektedir (Tablo 3). Çalışma bulguları ile benzerlik gösteren çalışmalarda da kadınların sağlık personelinin kendilerine nazik davranılmasını, güler yüzlü olmasını, ilgili olmasını, açıklama yapılmasını, bilgi verilmesini istedikleri bildirilmiştir (76, 95, 97).

Bu kapsamda sağlık personeli ile kadın arasındaki olumlu iletişimin sağlanabilmesi, verilen bakımın kalitesinin ve anne memnuniyetinin artırılması amacıyla sağlık personelinin kadınların beklentilerini göz önünde bulundurmaları gerektiği söylenebilir.

Normal doğumda primiparlarda ortalama doğum süresi 10-15 saat sürerken, multiparlarda bu süre 6-8 saat sürmektedir (28). Bu çalışmada kadınların 1 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen ortalama süresi 449.27 ± 459.752 dakika (25-3880 dakika) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Literatür incelendiğinde de yapılan benzer çalışmalarda doğum eylemi süresinin ortalama 4 ila 10 saat arasında değiştii görölmektedir (16, 18, 19).

DSÖ, kanıta dayalı uygulamalar ve anne dostu hastane modelinde epizyotomi oranının en fazla %20 olmasını hatta hedefin %5 veya daha az olması gerektiğini ve rutin olarak uygulanmamasını önermemektedir (6, 22, 101). Bu çalışmada kadınların yarısına epizyotomi açılmış ancak çoğunluğunda perineal hasar (1. derece) ve vajinal muayene sonrası yumuşak doğum kanalında ödem gelişmemiştir (Tablo 4). Cochrane sistematik incelemesinde sınırlı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomi uygulamasına göre daha yararlı olduğu bildirilmiştir (102). Çalışmadan elde edilen epizyotomi oranı her ne kadar anne dostu hastane modeli ile örtüşmese de incelenen diğer çalışmalardaki epizyotomi oranlarından daha düşüktür (103-106). Bunun nedeninin çalışma kapsamına alınan hastanenin anne dostu hastane kriterlerini sağlaması nedeniyle sınırlı epizyotomi uygulamasının yapıldığı ve dolayısıyla daha az perineal hasar olduğu söylenebilir.

Doğum ve sonrası dönemdeki gelişen enfeksiyonlar, küresel anne ölümlerinin yaklaşık onda birini oluşturmaktadır (107). Bu enfeksiyonlar sadece gelişmekte olan ölkelerde değil aynı zamanda gelişmiş ölkelerde önlenabilir maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindendir (75). Çünkü maternal peripartum enfeksiyon riski, önceden var olan maternal koşullar, doğum eylemi esnasında (erken membran rüptürü, sık vajinal muayene) ve doğum sırasında (müdahaleli doğum, plasentanın elle çıkarılması) kendiliğinden veya sağlık personeli aracılığı ile artmaktadır (107). Doğum ve sonrası dönemle ilişkili olarak ortaya çıkan enfeksiyonların çoğu hastaneden taburcu olduktan sonra (doğumdan 24 saat sonra) meydana gelmektedir (21, 75). Doğum sonu dönemde yaygın görölen enfeksiyonlar uterus ve üriner sistem enfeksiyonları, mastit ve pnömomidir (108). Ancak doğum sonrası hasta kısa süre içerisinde taburcu edildiğinden ve doğum sonu dönemde takip eksikliği olan ölkelerde puerperal enfeksiyon insidansını

saptamak güç olmakla birlikte puerperal enfeksiyon görülme sıklığı normal doğumdan sonra %1-3 olup sezaryen sonrası %15-30' dur (75). Bu çalışmada ise kadınların tamamının ilk 24 saat içerisinde, çoğunluğunda ise taburcu olduktan sonra ki 2-5. günlerde, 2. haftada ve 6. haftada genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi göstermediği sadece %12.8'inin taburcu olduktan sonra genito-üriner sistem enfeksiyonu belirtilerini tanımladıkları görülmektedir (Tablo 4). Benzer şekilde Amerika'da yapılan bir çalışmada da doğum esnasında ve doğumdan sonra altı saate kadar olan sürede vajinal muayene sayısı ile enfeksiyon gelişimi arasında bir ilişki bulunmadığı, altıncı saat sonrası ile ilgili de veri olmadığı bildirilmiştir (13). Ayrıca Phuomduong ve Youngvanichsate'nin çalışmasında bazı kadınların vajinal muayene sonrasında enfeksiyon korkusu yaşadıkları da rapor edilmiştir (11). Çalışmada doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyonu belirtileri görülmesi üzerine etki eden bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizini sonucunda ise vajinal muayene sayısı ile genito-üriner sistem enfeksiyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 8). Ancak bu çalışma bulguları doğrultusunda primipar olan kadınların multiparlara göre 2.555 kat, BKI'si normal olan kadınların olmayanlara göre 3.183 kat daha fazla doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon riski olduğu görülmektedir (Tablo 8). El-Mahaly ve ark.'nın çalışmasında ise sık yapılan vajinal muayenenin puerperal sepsis için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (109). Ayrıca aktif doğumda uygulanan her bir ilave vajinal muayene sayısının maternal ateş morbiditesi ve perineal travma ile arasındaki ilişkiyi inceleyen bir sistematik derlemede; aktif doğumun ilk evresinde uygulanan ilave vajinal muayene sayısının ateş morbidite riskini %1.5, aktif doğumun ikinci evresinde uygulanan ilave vajinal muayene sayısının ise perineal travma riskini %10 ve postpartum ateş morbidite riskini %11 artırdığı bildirilmiştir (110). Bu çalışmada ortalama vajinal muayene sayısının dört olması ve doğum sonu dönemde altı ve sekizinci saatler arasında bakılan WBC değerinin vajinal muayene sıklığı ile arasında anlamlı bir ilişki olmaması sebebiyle doğum sonu dönemde GÜS enfeksiyonu gelişimi üzerine etkisinin olmaması beklenen bir bulgudur (Tablo 3, Tablo 7).

Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığı ile maternal ve neonatal enfeksiyon morbiditesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren kanıt temelli randomize kontrollü çalışmalar olmamakla birlikte DSÖ önerileri doğrultusunda dört saatten daha sık yapılan vajinal muayenelerin hem anne hemde yenidoğan için enfeksiyon riskini arttırabileceği kabul edilmektedir (107). NICE, vajinal muayene sayısı arttıkça erken neonatal enfeksiyon

için risk faktörü olduğunu bildirmektedir (111). Gelişen teknoloji ve bazı diğer faktörlerin etkisiyle birlikte son yıllarda intrapartum dönemde yapılan müdahalelerin artış gösterdiği bilinmekte, artış gösteren bu müdahalelerin neonatal mortalite ve morbidite riskini artırdığı ve dünyada neonatal ölümlerin %30-40'ı enfeksiyonlardan kaynaklandığı da rapor edilmektedir (64, 112). İntrapartum dönemde yapılan bu müdahalelerden birisi de sık vajinal muayenedir (64). Bu çalışmada yenidoğanların çoğunluğunda mekonyum aspirasyonu, YDYB kabulü ve neonatal dönemde enfeksiyon gelişimi olmadığı görülmektedir (Tablo 4). Ancak antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon üzerine etki eden bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinde vajinal muayene sayısının neonatal enfeksiyon için risk faktörü olmadığı, sadece vajinal muayene yapan personel sayısında artış oldukça neonatal enfeksiyon gelişme riskini 2.802 kat arttırdığı görülmektedir (Tablo 9). Çalışma bulgularına benzer olarak rektal muayene ile vajinal muayenenin karşılaştırıldığı bir Cochrane sistematik incelemesinde gruplar arasında antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon açısından fark bulunamadığı bildirilmiştir (21). Çalışma bulgularından farklı olarak vajinal muayene sayısının (3 veya daha fazla vm) neonatal sepsis gelişimi için risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (113, 114). Bu çalışmada vajinal muayene sayısı ile neonatal enfeksiyon arasında ilişki olmaması çalışmadaki kadınlara ortalama dört vajinal muayene yapılması, kadınların doğumhaneye aktif fazda başvuru yaptıkları için intrapartum müdahalelere maruz kalmaması şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Çalışmaya katılan kadınların %34.1'i 25-29 yaş aralığında, %43.9'u ilköğretim, %83.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %87.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %42.1'inin ilçede yaşadığı, %88.7'sinin orta düzeyde geliri olduğu ve %94.5'inin sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).
- Kadınların %63.4'ünün multipar, %55.2'sinin 37-39 gebelik haftasında doğumunu gerçekleştirdiği, %82'sinin gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılmadığı ve %50.9'unun şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 2).
- Gebe (doğuma hazırlık) sınıfına katılan ve herhangi bir işte çalışmayan kadınların travayda vajinal muayene deneyimlerinin daha olumlu olduğu ($p<0.05$), kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ile diğer sosyodemografik ve obstetrik özellikler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 2).
- Kadınların çoğunluğunun (%67.1) doğum eylemi süresince 1-4 kez sıklıkta, muayene masasında ve yatakta (%62.8) vajinal muayene yapıldığı ve bir kadına vajinal muayene yapan sağlık personeli sayısının ortalama 2.41 ± 1.241 kişi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).
- Vajinal muayene esnasında kadınların %57,9'unun korku, %50'sinin ağrı/acı yaşadığı ve %24.1'inin utandığı belirlenmiştir (Tablo 3).
- Kadınların vajinal muayene yapan sağlık personelinin en çok sırası ile anlayışlı olmasını (%92.1), güler yüzlü olmasını (%90.9) ve ilgili olmasını (%89.0) bekledikleri tespit edilmiştir (Tablo 3).
- Kadınların ilk vajinal muayenede ortalama servikal açıklığının 3.69 ± 1.818 cm olduğu, %55.8'inin aktif fazda doğumhaneye başvurduğu ve travayda kalış süresinin ortalama 449.27 ± 459.752 dakika olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).
- Kadınların çoğunluğunda epizyotomi (%50.3), perineal hasar (%81.1), yumuşak doğum kanalında ödem (%92.4) olmadığı ve doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görülmediği saptanmıştır (Tablo 4).

- Yenidoğanların tamamına yakınında mekonyum aspirasyonu ve YDYB kabulü olmadığı ve %93.6'sında neonatal enfeksiyon varlığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).
- Kadınların travayda vajinal deneyimleri ölçeği toplam puan ortalaması 74.18 ± 10.078 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). Travayda vajinal deneyimleri ölçeği'nin alt boyut puan ortalaması sırasıyla uygun bulma/onaylama 75.55 ± 9.959 , algılama 76.17 ± 14.748 , mahremiyet 81.63 ± 14.060 , bilgilendirme 73.79 ± 15.438 ve ağrı 55.85 ± 18.848 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Vajinal muayene sıklığı ile kadınların travayda vajinal muayene deneyimlerini ölçek puanları arasında fark yoktur.” H_0 hipotezi kabul edilmiştir.
- Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığı ile kadınların yaş, parite, doğumhaneye geldiğinde bulunduğu doğumun evresi, travayda kalış süresi ve vajinal muayene yapan personel sayısı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olduğu ($p < 0.05$), eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, en uzun yaşanan yer, BKİ, doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyonu ve neonatal enfeksiyon varlığı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizde ise anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 7). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “doğumhaneye latent fazda kabul edilen kadınların aktif ve geçiş fazında kabul edilen kadınlara göre vajinal muayene sıklığı arasında fark vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.
- Doğum sonu dönemde genito-üriner sistem enfeksiyon belirtisi görülmesinde ise BKİ (normal) ve paritenin (primipar) risk faktörü olduğu ($p < 0.05$), diğer bağımsız değişkenlerin ise risk faktörü olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 8). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “vajinal muayene sıklığı ile doğum sonu dönemde genito-üriner enfeksiyon gelişimi arasında fark yoktur.” H_0 hipotezi kabul edilmiştir.
- Antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon için vajinal muayene yapan personel sayısının risk faktörü olduğu ($p < 0.05$), diğer bağımsız değişkenlerin ise risk faktörü olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 9). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “vajinal muayene sıklığının antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyon gelişimi arasında fark yoktur.” H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışmada bulunulan sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Kadınların gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katılımı için teşvik edilmesi ve bu sınıflarda vajinal muayene uygulaması, yapılma nedeni gibi konularda farkındalık oluşturulması,
- Sağlık personelinin vajinal muayene öncesinde, esnasında ve sonrasında kadına bilgi vermesi, izninin alınması, mahremiyetinin korunması ve kadınların beklentilerinin göz önünde bulundurulması,
- Doğum eyleminde vajinal muayenenin sadece gerektiği durumlarda ve mümkünse aynı sağlık personeli tarafından yapılması,
- Doğum eyleminde rutin olarak yapılan uygulamaların (epizyotomi, vajinal muayene) tıbbi endikasyon gerekmedikçe uygulanmaması,
- Kadınların travayda vajinal muayene deneyimlerini etkileyen faktörlerin incelendiği daha geniş örneklemli çalışmaların yapılması,
- Vajinal muayene uygulamasının ve sıklığının maternal ve neonatal sonuçlar üzerine etkilerini belirlemeyi amaçlayan daha geniş örneklemli, güçlü düzeyde kanıt oluşturabilecek nicel, nitel ve deneysel çalışmaların yapılmasıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Dixon L, Foureur M (2010). The vaginal examination during labour. Is it of benefit or harm? New Zealand College of Midwives Journal 42: 21-26.
2. Maternity Q (2012). Queensland maternity and neonatal clinical guideline: normal birth. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf. [Accessed 5 May 2019].
3. Rathfisch G (2018). Doğal doğum felsefesi. İkinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; Sayfa: 164-167.
4. Stewart M (2008). Midwives' discourses on vaginal examination in labour. Doctoral dissertation, University of the West of England, Bristol.
5. Frye CA, Weisberg, RB, Features Submission HC (1994). Increasing the incidence of routine pelvic examinations: behavioral medicine's contribution. Women & Health 21(1): 33-35.
6. World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=2D0982E597D1358C69CBE8BB28453AEF?sequence=1>. [Accessed 5 May 2019].
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). Clinical guideline: Intrapartum care for healthy women and babies. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>. [Accessed 5 May 2019].
8. Muliira RS, Seshan V, Ramasubramaniam S (2013). Improving vaginal examinations performed by midwives. Sultan Qaboos University Medical Journal 13(3): 435-442.
9. Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G (2005). Women's experiences of vaginal examinations in labour. Midwifery 21(3): 267-277.
10. Bonilla-Escobar FJ, Ortega-Lenis D, Rojas-Mirquez JC, Ortega-Loubon C (2016). Panamanian women's experience of vaginal examination in labour: A questionnaire validation. Midwifery 36: 8-13.
11. Phumdoung S, Youngvanichsate S (2009). Women's experiences of receiving a vaginal examination during labor. Songklanagarind Medical Journal 27(6): 465-470.

12. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E (2012). The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reproductive Health* 9(1): 16.
13. Cahill AG, Duffy CR, Odibo AO, Roehl KA, Zhao Q, Macones GA (2012). Number of cervical examinations and risk of intrapartum maternal fever. *Obstetrics & Gynecology* 119(6): 1096-1101.
14. Hatamleh R, Gharibeh H, Bnayan AA (2012). Jordanian women's perceptions of intrapartum vaginal examination. *Evidence Based Midwifery* 10(4): 131-136.
15. Borders N, Lawton R, Martin SR (2012). A clinical audit of the number of vaginal examinations in labor: A Novel Idea. *Journal of Midwifery & Women's Health* 57(2): 139-144.
16. El-Moniem EFA, Mohamady SH (2016). Effect of vaginal examination frequency practice during normal childbirth on psychophysical condition of women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 5(6): 36-44.
17. Shepherd A, Cheyne H (2013). The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth* 26(1): 49-54.
18. Uzel HG, Yanikkerem E (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(1): 26-34.
19. de Klerk HW, Boere E, van Lunsen RH, Bakker JJH (2018). Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 39(2): 90-95.
20. Lai CY, Levy V (2002). Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery* 18(4): 296-303.
21. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(7): 1-36.
22. Başgöl Ş, Beji NK (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 5(2): 32-39.

23. Yıldırım-Rathfisch G, Güngör İ (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing* 11(3): 53-64.
24. Boyraz G, Günalp GS (2014). Doğum fizyolojisi ve normal doğum eylemi. Günalp S, Yüce K (Ed), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı*. Üçüncü baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; Sayfa: 1004.
25. Güner ÖÖ, Kavlak O (2016). Doğum. Sevil E, Ertem G (Ed), *Perinatoloji ve bakım*. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara; Sayfa:309-325.
26. Taşkın L (2016). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş on beşinci baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; Sayfa: 281-303.
27. Rathfisch G (2017). Doğum eylemi. Beji NK (Ed), *Kadın sağlığı ve hastalıkları*. İkinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; Sayfa: 372-375.
28. Durmaz A (2018). Doğum Eylemi. Çalık KY, Çetin FC (Ed). *Normal doğum ve sonrası dönem*. Birinci baskı. İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul; Sayfa: 16-24.
29. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 28(4): 1-92.
30. Lauzon L, Hodnett ED (2001). Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3: 1-16.
31. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M (2014). Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 68.
32. Homer CS (2013). Home-like environments for labour and birth: benefits for women and babies. *BMJ Evidence-Based Medicine* 18(4): e32-e32.
33. Hodnett ED, Downe S, Walsh D (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(8): 1-52.
34. Uludağ E, Mete S (2014). Doğum eyleminde destekleyici bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 3(2): 22-29.

35. WHO recommendations for augmentation of labour (2014). Library services electronic resources [online]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;jsessionid=5000858C6ADF6DA128B5A64F70F62418?sequence=1. [Accessed 5 May 2019].
36. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6(7): 1-127.
37. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V (2017). Less-Restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies. *Obstetrics & Gynecology* 129(3): 473-480.
38. Koç E, Şahin N (2016). Doğum eyleminde beslenme. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 47(4): 124-127.
39. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Committee opinion no.687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth ACOG. *Obstetrics and Gynecology* 133(2): 164-173.
40. Apfelbaum JL, Hawkins JL, Agarkar M, Bucklin BA, Connis RT, Gambling DR, Yaghmour ET (2016). Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology* 124: 270-300.
41. Singata M, Tranmer J, Gyte GM (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 20(1): 1-90.
42. Ergöl Ş (2009). Eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum eylemi süresine etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara
43. Dawood F, Dowswell T, Quenby S (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(6): 1-46.
44. Tzeng YL, Shih YJ, Teng YK, Chiu CY, Huang MY (2005). Enema prior to labor: a controversial routine in Taiwan. *The Journal of Nursing Research* 13(4): 263-270.

45. Chen CY, Wang KG (2006). Are routine interventions necessary in normal birth?. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 45(4): 302-306.
46. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG (2013). Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 17(4): 1-46.
47. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP (2008). Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics and Gynecology 199(5): 445-454.
48. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K (2013). Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 3(1): 13-28.
49. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 15(2): 1-158.
50. Akın B, Soğukpınar N, Akman L, Yavuzşen HT (2017). Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun doğum şekli ve yenidoğanın sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(2): 33-41.
51. Yulianti NT, Ahmad M, Syarif S, Sunarno I (2018). Comparison partograf based on computer system and partograf konvensional on monitoring record report progress of labor. International Journal of Chemtech Research 11(5): 363-368.
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (2010). Library services electronic resources [online]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407,dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf?0>. [Accessed 5 May 2019].
53. Lavender T, Hart A, Smyth RM (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 10(7): 1-52.
54. Demir Ö, Kalelioğlu İ (2018). İntrapartum fetal monitörizasyon. Türkiye Klinikleri Journal Gynecologic Obstetric Special Topics 11(1): 30-37.
55. Aktaş S, Osmanağaoğlu MA (2017). İntrapartum elektronik fetal monitorizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. Life Sciences 12(1): 14-29.
56. Özayer Ş, Özel Ş, Aksoy RT, Üstün YE (2017). İntrapartum fetal kalp hızı değerlendirmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 14(3): 133-137.

57. American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles; ACOG practice bulletin no. 106. *Obstetric Gynecologic* 114(1): 192-202.
58. Alfirevic Z, Gyte GM, Cuthbert A, Devane D (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: 1-109.
59. Khunpradit S, Lumbiganon P, Laopaiboon M (2011). Admission tests other than cardiotocography for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(6): 1-16.
60. Şahin AB, Eyi EGY (2017). Amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranları, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi. *Perinataloji Dergisi* 25(1): 1-25.
61. Bryant AS, Borders AE (2017). Committee Opinion No. 687: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics and Gynecology* 133 (2): 164-173.
62. Smyth RM, Markham C, Dowswell T (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(6): 1-74.
63. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD (2012). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7(8): 1-75.
64. Erenel AŞ, Çiçek S (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(2): 123-129.
65. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6: 1-38.
66. Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans JD, Storey M, Morgan G (2009). Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116(12): 1622-1632.

67. Bai DL, Wu KM, Tarrant M (2013). Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *Journal of Midwifery & Women's Health* 58(1): 25-32.
68. Boulvain M, Kelly AJ, Irion O (2008). Intracervical prostaglandins for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 23(1): 1-206.
69. Budak MŞ, Kaya C, Akgöl S, Şentürk MB, Pektaş MK, Görük NY, Tosun Ö (2016). Prostaglandin E2 ile doğum indüksiyonu: Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi deneyimi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 13(2): 61-64.
70. French L (2001). Oral prostaglandin E2 for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): 1-181.
71. Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ (2014). Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 19(6): 1-384.
72. Basevi V, Lavender T (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 14(11): 1-22.
73. Bonilla-Escobar FJ, Ortega-Lenis D, Rojas-Mirquez JC, Ortega-Loubon C (2016). Panamanian women's experience of vaginal examination in labour: A questionnaire validation. *Midwifery* 36: 8-13.
74. Karaçam Z, Canbay FÇ (2018). Travayda vajinal tuşe yapma. Karaçam Z, Çoban A, Taşpınar A (Ed). *Temel ebellek uygulamaları rehberlik ve değeriendirme*. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara; Sayfa: 236-242.
75. Maharaj D (2007). Puerperal pyrexia: a review. Part I. *Obstetrical & Gynecological Survey* 62(6): 393-399.
76. Güneş G, Karaçam Z (2018). Doğum sonu dönemdeki kadınların vajinal muayene deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(2): 87-95.
77. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nursing Review* 61(2): 278-284.
78. Dişçi R (2015). *Temel ve klinik biyoistatistik*. Yenilenmiş üçüncü baskı. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 87-92.

79. Afacan M (2018). Kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri: Lewin'in ölçeğinin türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Yüksek lisans tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
80. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf. [Accessed 18 November 2019].
81. Serçekuş P, Mete S (2010). Turkish women's perceptions of antenatal education. *International nursing review* 57(3): 395-401.
82. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 13(2): 94-101.
83. Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences* 13(2): 11-20.
84. Kızılırmak A, Başer M (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research* 29: 19-24.
85. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Kılıççı Ç (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 26(1): 31-43.
86. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S (2013). Dogum egitiminin dogum kaygisi ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi* 29: 165-167.
87. T.C. Sağlık Bakanlığı Gebe Okulu Genelgesi, 99910406-799, 02 Ekim 2018.
88. Şayık D, Süpür H, Yalçın F, Açıkgöz A, Musmul A (2018). Conscious pregnancy and healthy baby. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(4): 438-444.
89. Buran G, Aksu H (2018). Doğuma hazırlık sınıfları ile ilgili yaşanan güçlükler. 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim, 567-575.
90. Samur G (2008). Obezite ve gebelik. Birinci baskı. Sağlık Bakanlığı, Ankara; 1:16.

91. Karaçam Z, Akyüz EÖ, Karaçam Z, Akyüz E (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 19(1): 45-53.
92. Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 23420, 01 Ağustos 1998.
93. Mucuk Ö, Özkan H (2018). Doğum sonrası annelerin doğum memnuniyeti ve annelik rol kazanımında ebe/hemşirenin rolü. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 12: 169-185.
94. Buchmann EJ, Libhaber E (2007). Accuracy of cervical assessment in the active phase of labour. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 114(7): 833-837.
95. Erbil N, Şenkuş A, Sağlam Y, Ergül N (2008). Jinekolojik muayene öncesinde türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 5(1): 1-13.
96. Daşıkkan Z, Sevil Ü (2017). Kadınlarda jinekolojik muayeneyi engelleyen psikososyal faktörler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 26(2): 75-83.
97. Güneş G (2015). Kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü ve posttravmatik stres bozukluğunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
98. Sayın DS (2013). Perinatal Hizmetlerde mahremiyet algısı. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
99. Çankaya S, Ak A, Polat Y, Filiz F, Künduro F, Mızrak F, Han E (2014). Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu. Genel Tıp Dergisi 24(1): 7-14.
100. Aktaş S, Pasinlioğlu T (2016). Ebe/hemşirenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 19: 38-45.
101. Başgöl Ş, Oskay Ü (2014). Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 17(2): 125-129.

102. Carroli G, Mignini L (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 21(1): 1-53.
103. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinone, S (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery* 26(3): 348-356.
104. Al-Ghammari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, Al-Marjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri A, Al-Khasawneh EM (2016). Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. *Applied Nursing Research* 29: 131-135.
105. Demirel G, Golbasi Z (2015). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 131(2): 183-186.
106. Kartal B, Kızılırmak A, Calpbinici P, Demir G (2017). Retrospective analysis of episiotomy prevalence. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 18(4): 190-194.
107. World Health Organization (2015). WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections: evidence based (No. WHO/RHR/15.21). Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf?sequence=1. [Accessed 18 November 2019].
108. Corwin EJ, Arbour M (2007). Postpartum fatigue and evidence-based interventions. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 32(4): 215-220.
109. El-Mahally AA, Kharboush IF, Amer NH, Hussein M, Abdel TS, Youssef AA (2004). Risk factors of puerperal sepsis in Alexandria. *The Journal of the Egyptian Public Health Association* 79(3-4): 311-331.
110. Gluck O, Mizrachi Y, Bar J, Kovo M, Winer E (2019). The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and peripartum complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 220(1): 503.

111. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2012). Antibiotics for early-onset neonatal infection: antibiotics for the prevention and treatment of early-onset neonatal infection. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg149/evidence/cg149-antibiotics-for-earlyonset-neonatal-infection-full-guideline2>. [Accessed 5 August 2019].
112. Bell C, Hughes L, Akister T, Ramkhelawon V, Wilson A, Lissauer D (2018). What is the result of vaginal cleansing with chlorhexidine during labour on maternal and neonatal infections? A systematic review of randomised trials with meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 139.
113. Perera K, Weerasekera M, Weerasinghe UDTM (2018). Risk factors for early neonatal sepsis in the term baby. *Sri Lanka Journal of Child Health* 47(1): 44-49.
114. Ahmed F, Ali M, Sarwar HA, Haider M, Safdar MB, Usman S (2019). Frequency of maternal risk factors in diagnosed cases of early neonatal sepsis. *The Professional Medical Journal* 26(12): 2044-2047.



Ek 1. Tanııcı Bilgi Formu

DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN VAJİNAL MUAYENE SIKLIĞININ MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARI

Sayın katılımcı;

Bu araştırma, doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

EBRU KÜÇÜK
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

A) ANNEYE AİT SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz:

- 1.() Okur- yazar değil
2.() Okur -yazar
3.() İlkokul mezunu
4.() Ortaokul mezunu
5.() Lise mezunu
6.() Üniversite mezunu

3. Mesleğiniz:

- 1.() Ev hanımı
2.() İşçi
3.() Memur
4.() Serbest meslek
5.() Emekli
6.() Diğer:

4. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- 1.() Okur- yazar değil
2.() Okur -yazar
3.() İlkokul mezunu
4.() Ortaokul mezunu
5.() Lise mezunu
6.() Üniversite mezunu

5. Eşinizin mesleği nedir?

- 1.() Memur
2.() Serbest Meslek
3.() İşsiz
4.() İşçi
5.() Emekli
6.() Diğer

6. Aile Tipiniz : 1.() Çekirdek 2.() Geniş

7. En uzun yaşadığınız yer ?

- 1.() Köy 2.() İlçe 3.() İl

8. Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.() Düşük 2.() Orta 3.() Yüksek

9. Sağlık güvenceniz var mı?

- 1.() Evet 2.() Hayır

10. G P Y A

11. Daha önce doğum yapmış iseniz doğum şekliniz:

- 1.() Sezaryen 2.() Vajinal
3.() Sezaryen+ Vajinal

12. Gebe (doğuma hazırlık) eğitim sınıflarına katıldınız mı?

- 1.() Evet 2.() Hayır

13. Cevabınız evet ise hangi eğitimleri aldınız ?

.....

14. Lateks (muayene eldiveni) alerjiniz var mı ?

- 1.() Evet 2.() Hayır

15. Şimdiki gebeliğinizde GYBH/ GYE var mı ?

- 1.() Evet 2.() Hayır

16. Şuan ki;

Boy.....Kilo.....BKI.....

B) DOĞUM SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

17. Hastaneye geliş saati:

18. Hastaneye başvurduğunuzda gebelik haftası.....

19. Hastaneye geldiğinde doğumun hangi evresinde idi?

- 1.() Latent evre 2.() Aktif evre
3.() Geçiş evresi 4.() İkinci evre

20. Doğumun birinci evresinin süresi (0-3cm).....

21. Doğumun ikinci evresinin süresi (4-7cm).....

22. Doğumun üçüncü evresinin süresi (8-10cm).....

23. Doğumun gerçekleştiği saat.....

24. Doğumun toplam süresi (4cm den bebeğin doğumuna kadar olan süre):.....

25. Vajinal muayene yapıldı mı?

- 1.() Evet 2.() Hayır

26. Evet ise nerede yapıldı?

- () Sadece masada () Sadece yatakta
() Masa ve yatakta

Ek 1. (Devam)

27.Vajinal muayene yapıldı ise hangi sıklıkta;

- 1.() Latent evre.....
2.() Aktif evre.....
3.() Geçiş evresi.....

28.Hangi sıklıkta vajinal muayene yapılmasını isterdiniz?.....

29. Vajinal muayene öncesinde size açıklama yapıldı mı, yapıldı ise kim tarafından yapıldığını belirtiniz ?

- 1.()Evet 2.() Hayır

30. Farklı sağlık personelleri tarafından size vajinal muayene yapıldı mı ?

- 1.() Evet 2.() Hayır

31.Vajinal muayene yapan sağlık personelinin cinsiyeti sizin için önemli midir?

- 1.() Evet 2.() Hayır

32.Size hangi sağlık personelinin vajinal muayene yapmasını isterdiniz?

- 1.() Ebe..... 2.()
Doktor.....

33.Vajinal muayene yapılırken mahremiyetinize dikkat edildi mi?

- 1.() Evet 2.() Hayır

34.Vajinal muayene esnasında hissettiğiniz rahatsızlık derecesi:



35.Vajinal muayene sizce neden yapılıyor?

.....

36.Vajinal muayene esnasında size rahatsızlık veren durumlar nelerdir?

.....

37.Vajinal muayenede yaşadığınız duygular nelerdir?

.....

38.Vajinal muayene esnasında yanınızda birinin olmasına izin verildi mi ?

- 1.() Evet (ise belirtiniz.....) 2.() Hayır

39.Siz vajinal muayene esnasında yanınızda kimin olmasını isterdiniz?

- 1.() Sadece muayene yapan kişi olmalı
2.() Eşim
3.() Annem
4.() Benim ailemden biri
5.() Eşimin ailesinden biri
6.() Ebe

- 7.() Hemşire
8.() Hekim
9.() Arkadaşım
10.() Öğrenci
11.() Hiç kimse
12.() Diğer.....

40.Vajinal muayene esnasında sağlık personelinin beklentileriniz nelerdir?

- 1.() Güler yüzlü olması ,
2.() İlgili olması
3.() Bilgili olması
4.() Özenli olması
5.() Dikkatli olması
6.() Bilgi vermesi
7.() Anlayışlı olması
8.() Diğer.....

C)DOĞUM SONU MATERNAL SONUÇLAR

41.Doğum şekliniz :

- 1.() Vajinal 2.() Sezaryen ise
endikasyonu.....

42.Doğumu kim gerçekleştirdi?

- 1.()Ebe 2.() Doktor 3.() Ebe ve Doktor birlikte

43.Doğumunuzu yaptıran sağlık personelinin size yaklaşımından memnun kaldınız mı?

- 1.()Evet ise nedenini belirtiniz
.....
2.()Hayır ise nedenini belirtiniz
.....

44.Epizyotomi açıldı mı?

- 1.()Evet 2.()Hayır

45.Perineal hasar var mı?

- 1.()Evet ise derecesi..... 2.()Hayır

46.Vajinal muayene sonrasında yumuşak doğum kanalında ödem/ hematoma oluştu mu?

- 1.() Evet ise belirtiniz..... 2.() Hayır

47.Doğumdan sonra bebeğin emzirilmesi ne zaman sağlandı?

48.Annenin doğumdan sonra yoğun bakım ünitesine kabulü var mı?

- 1.()Evet 2.()Hayır

49.Doğumdan sonra hastanede kalış süresi:.....

50.Doğum sonu taburcu olmadan önce (ilk 24 saat içinde) enfeksiyon gelişti mi ?

- 1.()Evet ise belirtiniz..... 2.()Hayır

51.Doğum sonu dönemde enfeksiyon gelişti mi ?

- 1.() 2-5. günler arası(belirtiniz).....
2.() 2. haftada (belirtiniz).....
3.() 6. haftada(belirtiniz).....

Ek 1. (Devam)

D)DOĞUM SONU NEONATAL SONUÇLAR

52.Bebğin kilosu.....boyu.....baş çevresi.....

53.Bebğin 1. ve 5. dakikada apgar skoru:.....

54.Doğum öyküsü: 1.()Doğum travması

2.() Anomali 3.()Diğer.....

55.Düşük doğum ağırlığı(<2.5 kg)

1.()Evet 2.()Hayır

56.Makrozomi (4.0 kg) 1.()Evet 2.()Hayır

57.YD resusitasyon ihtiyacı

1.()Evet 2.()Hayır

58.Mekonyum aspirasyonu

1.()Evet 2.()Hayır

59.YDYB kabulü

1.()Evet 2.()Hayır

60.Antibiyotik gerektiren neonatal enfeksiyonu

1.() Evet ise belirtiniz..... 2.() Hayır

E)ANNENİN YAŞAM BULGULARI FORMU	Hastaneye başvurduğunda	Doğumdan sonra							
		15.dk	30.dk	45.dk	60.dk	90.dk	120.dk	180.dk	300.dk
Ateş									
Nabız									
Tansiyon									
Solunum									

F)ANNENİN LABORATUVAR BULGULARI FORMU	Doğumdan Önce	Doğumdan sonra
Hemoglobin		
Hematokrit		
WBC(lökosit)		
CRP		

Ek 2. Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği

KADINLARIN TRAVAYDA VAJİNAL MUAYENE DENEYİMLERİ ÖLÇEĞİ						
	ÖLÇEK MADDELERİ	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Sağlık personeli bana vajinal muayene hakkında ayrıntılı bilgi verdi.					
2	Her zaman vajinal muayeneyi reddedebileceğimi hissettim.					
3	Sağlık personeli vajinal muayene yapmadan önce her zaman iznimi istedi.					
4	Vajinal muayeneler her zaman büyük bir hassasiyetle yapıldı.					
5	Vajinal muayene hakkında hiçbir zaman tam anlamıyla açıklama yapılmadı.					
6	Vajinal muayeneler onurumu koruyacak şekilde yapıldı.					
7	Vajinal muayene yapılmadan önce her zaman onay verdiğimi hissettim.					
8	Vajinal muayeneler sırasında her zaman yeterli destek gördüğümü hissettim.					
9	Vajinal muayeneler sırasında her zaman mahremiyetim korundu.					
10	Vajinal muayeneler beni çok utandırdı.					
11	Her vajinal muayene sırasında, muayene hakkında bana bilgi verildi.					
12	Vajinal muayeneleri acı verici bulmadım.					
13	Doğum anımı düşündüğümde, bana çok fazla vajinal muayene yapıldı.					
14	Vajinal muayenelerle baş etmek beni çok endişelendirdi.					
15	Vajinal muayeneler beklediğimden çok daha hoş olmayan bir durumdu.					
16	Vajinal muayeneleri ağırlı buldum.					
17	Keşke sağlık personeli vajinal muayeneler hakkında daha fazla açıklama yapsaydı.					
18	Vajinal muayenelerden elde edilen veriler güven vericiydi.					
19	Vajinal muayenelerden elde edilen veriler beni endişelendirdi.					
20	Zaman zaman vajinal muayenenin kabaca (hoyratça) yapıldığını hissettim.					

Ek 3. Kurum İzinleri



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi Başhekimliği

TRABZON AKÇAABAT HAÇKALI BABA DEVLET
HASTANESİ - TRABZON AKÇAABAT HAÇKALI BABA
DEVLET HASTANESİ
21.04.2018 09:31 - 29907235 - 604.01.01 - E.2195



Sayı : 29907235-604.01.01
Konu : Araştırma İzni (Ebru KÜÇÜK)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı)
(Eğitim ve ARGE Birimi)

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı
Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araştırma Görevlisi Ebru KÜÇÜK' ün
**"Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal
Sonuçları"** adlı çalışmasını Hastanemizde uygulama talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Osman BULUT
Başhekim V.

Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi
Faks No: (0462) 227 77 86

e-Posta: Havva.Kiliç6@saglik.gov.tr İnt. Adresi: trabzonoltsl@saglik.gov.tr

Bilgi için: Havva KILIÇ
Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0462) 227 77-1011

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0e0f2055-6e4b-422e-8115-0b82d92e2363 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. (Devam)



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : 14636556-604.01.02
Konu : Araştırma İzni, Ebru KÜÇÜK

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 11/06/2018 tarihli ve 14636556-01743123 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arş. Gör. Ebru KÜÇÜK'ün "**Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları**" adlı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Etik Kurul Onayının alınması koşulu ile Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle Etik Kurul Onayının alınması ve onayın alındıktan sonra ekteki protokol (iki nüsha doldurulacak) ile Müdürlüğümüze getirilmesi, çalışmanın hastanedeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmalara katılımın gönüllülük esasına dayanması, kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının bilginiz dışında ilan edilmemesi gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Kemal SÜLEYMAN
İl Sağlık Müdürü V.

Ekler:

- 1- Hastane onay yazıları (2 adet, 2sayfa)
- 2- Protokol örneği (2 sayfa)

Gülbaharhan Mh. İnönü Cd. Ahmet Can BALI Sk. No:15 Ortahisar/TRABZON
Eğitim ve AĞGE Birimi
Faks No: (0462) 4106117
e-Posta: elif.babacan@saglik.gov.tr İnt Adresi: <http://www.trtbisn.gov.tr>

Bilgi için:Elif BABACAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0462) 410 61 10

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 804e4d3e-ebac-46d1-ba4c-04bc76ec1ba9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. (Devam)



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 23618724/771
Konu : Araştırma İzni/ Ebru KÜÇÜK

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Eğitim Ar-Ge Birimi

İlgi : 13/06/2018 tarihli ve 14636556-604.01.01-655 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınızda; KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Arş.Gör. Ebru KÜÇÜK'ün "**Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları**" adlı çalışmasını hastanemizde uygulama talebinin değerlendirilerek tarafınıza bilgi verilmesi istenmiştir.Söz konusu araştırma çalışması hastanemiz yöneticiliği tarafından değerlendirilmiş olup **Etik Kurul Onayı** alındıktan sonra sağlık tesisimizde yapılması uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Hülya KILIÇ YILMAZ
Başhekim

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Faks No:

e-Posta:ilknur.akyuz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim Birimi Hem.İlknur AKYÜZ
Dahili: 10820-3555

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d033b15a-8ded-451b-991d-5044061ad156 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:İlknur AKYÜZ
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 462 341 56 30 - 10820

Ek 4. Etik Kurul İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 41
Konu: Etik Kurul onay belgesi

14.01.2019

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD.

"Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları" başlıklı etik kurul 2018/298 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

Ek 4. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 298		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Ebru KÜÇÜK		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		

Ek 4. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

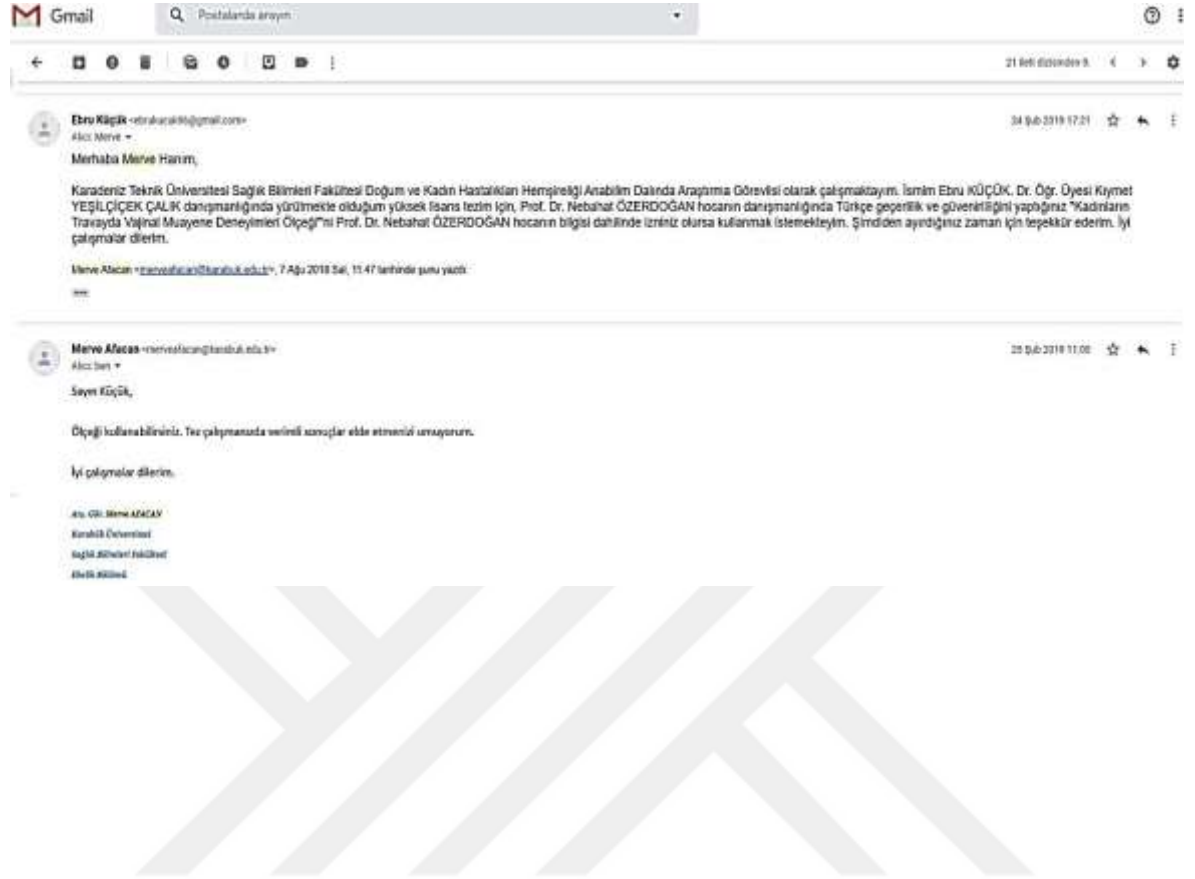
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 9	Tarih: 07.01.2019
	Dr.Öğr.Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Ebru KÜÇÜK'e ait "Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları" başlıklı 2018/298 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan;	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye;	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör;	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÖLBÜL Üye;	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye;	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye;	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye;	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Üye;	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Ek 5. Ölçek İzni



Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Eyleminde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığının Maternal ve Neonatal Sonuçları”dır.

Bu çalışmada ‘vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçlarını belirlemek’ amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacak ve elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak olup başka kişi ya da kurumlarla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, uygulanan forma özen gösterme sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma ticari amaçlı kullanılmayacaktır.

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için şimdiden hepinize teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı : Arş. Gör. Ebru KÜÇÜK

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Danışman Adı Soyadı :

Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Küçük, Ebru
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 01.02.1996/Arsin
Telefon (İş) : 0462 377 88 62
E-Posta : ebrukucuk96@gmail.com
Yazışma Adresi (İş) : Farabi Cad. Üniversitesi Mah. 61080 Ortahisar/TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2017
Lise	Trabzon Gazi Anadolu Lisesi	2013

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Rize Devlet Hastanesi	2017-2018
2. Araştırma Görevlisi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2018-

YABANCI DİL

İngilizce

BİLDİRİLER

1. Meral B, Küçük E, Çalık KY, Bulut HK (2019). Doğumdan hemen sonra başlatılan ten tene temasın anne-bebek üzerine etkisi. 2. Uluslararası, 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Konya, 3-6 Ekim, 151-157.
2. Çalık KY, Küçük E, Tayar N (2019). Yetersiz anne sütü algısının ek gıdaya geçişe etkisi. 2. Uluslararası, 3. Ulusal Doğum Sonu Kongresi, Konya, 3-6 Ekim, 231-231.

3. alık KY, Küçük E (2018). İnatpartum Dönemde Uygulanan Vajinal Muayene Sıklığı ve Kadınların Görüşleri. 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliğı Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim, 344-350.
4. Küçük E, Şimşek S, Ayaz Ü, Bulut E, Çilingir D (2016). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin teknolojiye ilişkin tutumları. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan, 147-147.
5. alık KY, Durum H, Soylu N, Küçük E (2016). Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı sıklığı ve etkileyen faktörler 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan, 44-45.
6. alık KY, Aktaş S, Küçük E, Durum H, Soylu N (2016). Üniversite öğrencileri hangi konularda sağlık eğitimi almak istiyor?. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan, 48-49
7. alık KY, Soylu N, Küçük E, Durum H (2016). Üniversite öğrencilerinde problemlili cep telefonu kullanımı. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan, 45-46.