



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**EPİZYOTOMİ VE SEZARYEN İNSİZYONLARINDA YARA
İYİLEŞMESİNİN REEDA ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Behire SANÇAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

**ANKARA
2020**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EPİZYOTOMİ VE SEZARYEN İNSİZYONLARINDA YARA
İYİLEŞMESİNİN REEDA ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Behire SANÇAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

**ANKARA
2020**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Epizyotomi ve Sezaryen İnsizyonlarında Yara İyileşmesinin Reeda Ölçeği ile Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı : Behire SANÇAR

Tarih :...../...../2020

İmza :

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Genel Bilgiler	4
1.4.1. Yara İyileşmesi ve Aşamaları	4
1.4.2. Akut Yaralar	7
1.4.3. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen Faktörler	8
1.4.3.1. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen Dışsal Faktörler	8
1.4.3.2. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen İçsel Faktörler	11
1.4.3.3. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen Diğer Faktörler	13
1.4.4. Cerrahi Yara Yönetimi	15
1.4.5. Cerrahi İnsizyon Yara Değerlendirmesi	16
1.4.5.1. İnflamasyon Aşamasının Değerlendirilmesi	16
1.4.5.2. Proliferasyon Aşamasının Değerlendirilmesi	16
1.4.5.3. Yeniden Şekillenme Aşamasının Değerlendirilmesi	18
1.4.6. Cerrahi Yara Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler	20
1.4.6.1. Cerrahi Yara Değerlendirmesinde Ölçek Kullanmanın Yararları	23
1.4.7. Cerrahi Yara İyileşmesi ve Değerlendirmesinde Hemşirenin Sorumluluğu	23
2. GEREÇ VE YÖNTEM	26
2.1. Araştırmanın Tipi	26

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
2.3. Araştırmanın Etik Boyutu	26
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	27
2.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	28
2.6. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	28
2.7. Veri Toplama Araçları	28
2.8. Verilerin Toplanması	30
2.9. İstatistik Değerlendirme	32
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3. BULGULAR	34
3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	34
3.2. Laboratuvar ve Fizik Değerlendirme Bulguları	36
3.3. REEDA Ölçeği Puanlara İlişkin Bulgular	38
3.3.1. REEDA Ölçeği toplam puanlarına ilişkin bulgular	38
3.3.2. REEDA Ölçeğinin Alt Boyutları Puanlarına İlişkin Bulgular	40
3.3.3. REEDA Ölçeğinin Metrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular	47
3.4. İnsizyon Ağrı Değerlendirmesi Puanlarına İlişkin Bulgular	48
4. TARTIşMA	50
4.1. REEDA Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	50
4.2. İnsizyon Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	56
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
5.1. Sonuç	58
5.2. Öneriler	59
ÖZET	60
SUMMARY	61
KAYNAKLAR	62
EKLER	73
EK-1. Etik Kurul Raporu	73
EK-2. Kurum İzin Yazısı	74

EK-3. Hasta Tanılama Formu	75
EK-4. Yara Tanılama Formu	76
EK-5. REEDA Ölçeği	77
EK-6. Sayısal Değerlendirme Skalası: Numeric Rating Scale	78
EK-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	79
ÖZGEÇMİŞ	80



ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında REEDA ölçeği kullanılarak epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum insizyonlarının yara değerdendirme yapılmış olup epizyotomili vajinal doğum insizyon yaralarının izlem günleri süresince sürekli bir şekilde iyileşme gösterdiği, sezaryen insizyon yaralarının ise ilk üç günde önemli bir değışim göstermeyip yedinci günde iyileşme yönünde değışim gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırma ile cerrahi insizyon yaralarının klinik uygulamalarda ölçek kullanılarak izlenmesinin önemi ortaya konulmuştur.

Doktora eğitimim ve bu tezin hazırlanması sürecinde, bilimsel ve akademik deneyimleriyle her konuda bana destek olan, bu sancılı süreçte yakınlığı ve dostluğu ile bana güç veren, danışmanım olarak bana her gün kendimi şanslı hissettiren çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılarıyla destek olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI'ya ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Deniz HARPUTLU'ya,

Tüm doktora eğitimim süresince moral ve motivasyonlarımı yakından hissettiğim gelinim Çağın NAZİK ve oğlum Emre NAZİK'e, tezimin veri toplama aşamasında yapmış olduğum ev ziyaretlerinde bana eşlik eden ve hastalara ulaşım konusunda bana desteğini esirgemeyen sevgili kızım Elif Eylül NAZİK'e,

Araştırmaya katılan ve bu çalışmanın gerçekleşmesine destek veren değerli hastalara ve araştırma sürecinde anlayış ve yakınlık gösteren Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASEPSİS	Additional treatment, Serous discharge, Erythema, Purulent exudate, Separation of the Deep Tissues, Isolation of Bacteria, Duration of Inpatient Stay
BKI	Beden Kitle İndeksi
CAE	Cerrahi Alan Enfeksiyonu
cm	Santimetre
DNA	Deoksiribonükleik Asit
ERAS	Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü
FTS	Hızlandırılmış Cerrahi
ICC	Intraclass Correlation Coefficients (Sınıf içi Korelasyon Katsayıları)
INR	International Normalized Ratio
NaCL	Sodyum Klorür
NRS	Numeric Rating Scale (Sayısal Değerlendirme Skalası)
Ph	Asitlik ya da Bazlık Derecesi (Power of Hydrogen)
REEDA	Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation
RNA	Ribonükleik Asit
SBYH	Stoma ve Yara Bakımı Hemşireliği
SF	Serum Fizyolojik
SO ₂	Oksijen Saturasyonu
VSS	Vankouwer Skar Skalası

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Grupların İzlem Günlerine Göre REEDA Ölçeği Toplam Puanları 39



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Yara İyileşme Sürecinin Olumlu Devam Ettiğini Gösteren Kriterler	19
Çizelge 1.2. Yara İyileşme Sürecinin Olumsuz Devam Ettiğini Gösteren Kriterler	20
Çizelge 3.1. Kadınları Tanıtıcı Özellikler	34
Çizelge 3.2. Laboratuvar ve Fizik Değerlendirme Bulguları	36
Çizelge 3.3. Grupların İzlem Günlerine Göre REEDA Ölçeği Toplam Puanları	38
Çizelge 3.4. Ölçek Alt Boyutlarından Alınan Puanların İzlem Günlerine Göre Dağılımı	41
Çizelge 3.5. REEDA Ölçeğinden Alınan Üç Puanın Metrik Değerleri	47
Çizelge 3.6. Kadınların Ağrı Düzeyleri	49

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Yara iyileşmesi, temel noktaları aynı olmakla birlikte oldukça karmaşık bir süreç olup, hücresel düzeyde fizyolojik ve biyokimyasal olaylarda birçok değişikliğin oluşması ile başlamaktadır. Yara iyileşmesinin hemostaz / inflamasyon, proliferasyon ve yeniden şekillenme (remodeling / matürasyon) olmak üzere üç aşaması bulunmaktadır (Shaw ve Martin 2009). Tüm aşamaların toplam süresi akut cerrahi insizyon yaraları için yeniden şekillenme (remodeling/matürasyon) aşamasına kadar ortalama 14 gün sürer. Yeniden şekillenme evresi ise 14 günden sonra 1-2 yıl hatta ömür boyu devam etmektedir (Gonzalez ve ark. 2016). Yara iyileşmesinde başarılı sonuçlar alabilmek ve tedavide en uygun yaklaşımı seçebilmek için yara oluşum patogenezinin ve yara iyileşme aşamalarının tam olarak anlaşılması gerekmektedir (Ekmekçi ve Bostancı, 2002).

Yara iyileşmesine engel olan bazı faktörler iyileşmeyi geciktirir (Akyüz, 2008). Bu nedenle yaraların değerlendirilmesi ve izlemesi önemli bir girişimdir (Gillespie ve ark. 2014). Ölçek kullanarak yara değerlendirmesi yapmak, hemşirelik bakımını kolaylaştıran ve görünürlüğü arttıran bir faktör olarak önem taşımaktadır. Hemşirenin yara değerlendirmesinde görülebilecek pürülan hoş olmayan kokulu akıntı, eksüdata değişme, yara çevresinde eritem ve deri ısısında artış gibi yara iyileşmesinde gecikmeyi gösteren bulguları gözlemlene ve uygun yara bakımı yapma gibi önemli görevleri bulunmaktadır (Aydın ve Bulut, 2014; Acar ve Aygin, 2015).

Yara değerlendirmesinde kişiden kişiye değişen değerlendirme farklılıklarını önlemek amacıyla elde edilen bulguların kaydedilmesi önem taşımaktadır. Bu değerlendirmeyi ve kaydı yapabilmek için bazı ölçekler kullanılması yararlı olacaktır. Yara değerlendirmesinde ölçek kullanımı verilecek olan bakımın planlanmasını, takibini ve sürekliliğini sağlamak, güvenilir, geçerli bir yöntemle hastanın durumunu tam olarak ortaya koymak, hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak ve ekip üyeleri

arasında bakım standardı oluşturmak gibi yararlar sağlar (Fırat Kılıç ve Sucudağ, 2017; Ersoy ve ark. 2013).

Yara iyileşmesinin olumsuz etkilendiği durumlarda yarada bazı değişiklikler oluşmaktadır. Yara türü ne olursa olsun, yara değerlendirmesinde bazı ölçüklerin kullanılması ve ortak bazı değerlendirme ölçütlerinin geliştirilmesi, yara değerlendirmesindeki farklılıkları ortadan kaldırma ve yaranın erken tanınması açısından önemlidir.

Literatür incelendiğinde, kronik yaraların değerlendirme ve sınıflandırmasında birçok ölçütün geliştirildiği, akut yaralarla ilgili değerlendirme ölçütlerinin çok sınırlı olduğu görülmektedir (Zeigler ve ark. 2016; Gupta ve Kumar, 2015; Pillen ve ark. 2009). Hemşirelik alanında ise akut yaralar grubundan epizyotomi insizyonunun değerlendirilmesinde REEDA ölçeği kullanılmaktadır (Devendra ve ark. 2015; Mohamed ve Nagger, 2012; Vardanjani ve ark. 2012), bunun dışında akut cerrahi yaraların değerlendirilmesinde herhangi bir değerlendirme ölçütünün geliştirilmediği görülmektedir. Epizyotomi dışında, akut cerrahi yaraların değerlendirilmesinde, bazı ölçüklerinin kullanılmasına gereksinin bulunmaktadır.

Günümüzde cerrahi girişimlerin büyük bir kısmı endoskopik/laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Büyük insizyonlar yerine daha küçük insizyonlar kullanılmakta ve hasta açısından ameliyat sonrası iyileşme hızı artmaktadır (Doublet ve ark. 2006; Acar ve Aygin, 2016). Sınırlı sayıda operasyon açık cerrahi insizyon ile gerçekleştirilmektedir. Bunlardan biri sezaryen doğum operasyonudur. Sezaryen operasyonunda hastanın fizyolojik göstergeleri normal değerlere daha yakın olduğu için, insizyon değerlendirmesini yapmak için ölçük kullanmak daha doğru sonuçlar verebilir. Sezaryen operasyonu cerrahi bir girişim olup çoğunlukla riskli doğum vakalarında uygulanmaktadır. Sezaryen insizyonunun iyileşmesini değerlendirmek, hemşirenin yara değerlendirme girişiminin bir parçasıdır.

Epizyotomi insizyonu değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan REEDA ölçeğinin, sezaryen insizyonlarının değerlendirilmesinde kullanıldığı iki çalışmaya

rastlanmıştır (Heidari ve ark. 2013; Samadi ve ark. 2010). Sezaryen ameliyatının derin insizyonel cerrahisi grubunda olması diğer derin insizyonel cerrahi yaralarının değerlendirmesine ışık tutabileceği göz önüne alındığında, sezaryen insizyonlarının REEDA ölçeği ile değerlendirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ulusal düzeydeki literatür incelendiğinde, sezaryen insizyonunun REEDA ölçeği ile izlendiği çalışmalara rastlanamamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, epizyotomi insizyonu değerlendirmesinde kullanılan REEDA ölçeğinin sezaryen insizyonu değerlendirmesinde kullanılması, sezaryen ve epizyotomi insizyonu değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H01: Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında izlem günlerine göre REEDA Ölçeği ile yapılan yara değerlendirmesinde toplam puanlar arasında fark yoktur.

H02: Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında izlem günlerine göre REEDA Ölçeği ile yapılan yara değerlendirmesinde, ölçeğin beş alt boyutu puanları arasında fark yoktur.

H03: Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında izlem günlerine göre insizyon ağrı değerlendirmesi arasında fark yoktur.

1.4. Genel Bilgiler

1.4.1. Yara İyileşmesi ve Aşamaları

Sağlam deri ve dokuların cerrahi girişim ve travma gibi nedenlerden dolayı, bütünlüğünün bozulması yara olarak tanımlanmaktadır (Gonzalez ve ark. 2016). Yaralar, akut ve kronik olmak üzere iki gruba ayrılır. Akut yaralar, onarım süreci düzenli ve iyileşme devamlı olduğundan beklenen sürede iyileşir (Koyutürk ve Soyaslan, 2016). Kronik yaralar ise onarım süreci gecikmeli ve iki-üç aydan daha uzun sürede iyileşmeyen yaralardır (Swezey, 2015; Coşkun ve ark. 2016; Yazar ve Karaca, 2016).

Çeşitli nedenlerle doku zedelenmesi meydana geldiğinde, selüler ve ekstraselüler matriksin onarımını sağlayan değişimler meydana gelir. Bu olaylar inflamasyon terimi ile açıklanır (Aksoy, 2014; Eming ve ark. 2014).

Yara iyileşmesi süreci karmaşık bir süreçtir. Trombositler, makrofajlar, fibroblastlar, epitel ve endotel hücreleri gibi çeşitli özel hücrelerin faaliyetlerini içerir. Bu hücreler, birbirleriyle ve hücre dışı matriks ile etkileşime girer. Çeşitli hücrel etkileşimlere ek olarak yara iyileşmesi, sitokinler, kemokinler, büyüme faktörleri, inhibitörler ve reseptörler gibi proteinlerin ve glikoproteinlerin faaliyetlerinden de etkilenir (Schultz ve ark. 2006).

Yara iyileşmesi, yalnızca yara bölgesine özgü bir süreç olmayıp, vücuttaki tüm sistemleri kapsayan hücrel, fizyolojik ve biyokimyasal olayların bileşiminden meydana gelen bir bütündür. Yaraların iyileşmesinde kesin bir süre verilmesi mümkün değildir. İyileşmenin ortalama olarak beklenenden daha geç gerçekleşmesi, hastaya ait ve çevresel faktörlere bağlıdır. Bu faktörler, hastanın genel durumundan tedavinin niteliklerine, yaranın oluşma nedenine kadar değişen geniş bir yelpazeyi kapsar (Parsak ve ark. 2007).

Yara iyileşmesi genellikle yeni oluşan bir skar dokusu ile tamamlanır. Yara iyileşmesindeki aşamalar birbirini izleyen basamaklardan çok birbirini tamamlayan devamlılığa sahip mekanizmalardan meydana gelmektedir (Akyüz, 2008).

Yara iyileşmesinin aşamaları, literatürde üç ya da dört aşama şeklinde tanımlanmıştır. Erdur ve ark. (2006), enflamasyon, fibroplazi, kolojen sentez ve nedbe olgunlaşması olmak üzere dört aşamadan meydana geldiğini bildirmişlerdir. Genel olarak yara iyileşmesi aşamaları hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve remodeling fazlarından oluşan bir süreç olarak gruplandırılmıştır (Krzyszczyk ve ark. 2018; Mathyasha ve ark. 2012). Bazı kaynaklar hemostaz ve inflamasyon aşamasını aynı grupta tanımlamaktadır. İnflamasyon (1-5 gün), proliferasyon (5-14 gün) ve maturasyon (14. Günden sonra) evreleri vardır (Parsak ve ark. 2007). Yara iyileşmesi dört farklı, ancak birbiriyle örtüşen evreleri boyunca doğal ve problemsiz bir şekilde ilerler. Yara iyileşmesini üç aşama olarak gruplandıran kaynaklarda hemostaz ve inflamasyon, proliferasyon, maturasyon ve remodeling aşamaları şeklinde ifade edilmektedir (Enoch ve Leaper, 2008; Kasuya ve Tokura, 2014).

Hemostaz ve İnflamasyon: Trombositlerin aktif hale gelebilmesi için damar çeperinin zedelenmesi gerekmekte ve trombositler zedelene damar duvarına yapışmaktadır. Böylece trombositler geçici bir pıhtı oluşturur ve kanamayı durdurmaya çalışır. Trombositlerdeki bu faaliyeti takiben serotonin salgınır ve diğer damar daraltıcı ajanlar, vazokonstriksiyon oluşumuna neden olur. Bu iki olay gelişerek yine kanama azalır. Vazokonstriksiyonu takiben, kompleman sistemi ve prostaglandin aktivasyonu ile damar genişlemesi yani vazodilatasyon gelişir (Parsak ve ark. 2007). Yara bölgesinde trombositler aracılığı ile geçici olarak fibrin oluşur ve ortama büyüme faktörleri salgınır (Schultz ve ark. 2006). Büyüme faktörleri, onarım sürecinin odak düzenleyici noktalarıdır. Genel olarak, hücresel proliferasyonu uyarırlar (Sorg ve ark. 2017).

İnflamasyon: Yaralanmayı takip eden 72 saat süresince, makrofajlar yara bölgesinde en çok görülen hücrelerdir. İnflamasyon aşaması büyüme faktörleri ve sitokinlerin ikincil kaynağı olan makrofajlar ve nötrofiller aracılığı ile gerçekleşir.

Makrofaj ve nötrofiller aynı zamanda iyileşmeyi geciktiren denatüre olmuş matriks bileşenleri ve bakterileri de yok eder. Ancak inflamasyonun artması ve uzaması, artan proteaz seviyesi ve temel faktörleri yok eden reaktif oksijen türleri nedeniyle iyileşmeyi geciktirir (Demiryılmaz ve Ferah, 2017). Yeni damar oluşumunun başlaması için anjiogenik büyüme faktörünün salgılanmasına gereksinim vardır. Yeni damarların oluşması granülasyon dokusunun gelişmesini sağlamaktadır. Yara bölgesinde yeni damarların oluşumu, kanlanmayla birlikte bölgeye oksijen ulaşmasına ve dolayısıyla hipoksinin önlenmesine neden olur. Böylece yara bölgesi gerekli oksijen ve besinleri alır. İlk beş günde granülasyon dokusunun oluşumu için bölgenin oksijenlenmesi ve beslenmesi şarttır (Grazul Biliska, 2003).

Proliferasyon: Oluşan yeni kapiller tarafından desteklenen fibroblastlar, düzeni bozulmuş olan ekstrasellüler matriksi prolifere ve sentez ederek, yaranın kontraksiyonu ve gerilme kuvveti için gerekli olan kollagen liflerini üretirler. Proliferasyon aşamasında bölgede kontraksiyon ve epitelizasyon ve gelişmektedir. Yara kenarları kontraksiyon ile küçülmeye başlar. Bu olay, çoğunlukla miyofibroblastlar tarafından gerçekleştirilir. Yara yatağının geniş olduğu yara türlerinde iyileşme, yara kenar dokusundan başlamaktadır. Bu arada bazal epitel hücreleri granülasyon dokusu üzerine göç ederek ve bu dokuyu çoğaltarak yara yüzeyini kapatırlar (Schultz ve ark. 2006; Aksoy, 2014). Migrasyon olarak isimlendirilen bu olay, yara epitelinin karşılıklı olarak birleşmesi ile tamamlanır. Migrasyon sonucunda hücre bölünmesi (proliferasyon) ve hücre farklılaşması (diferansiyon) sonucu granülasyon dokusu oluşur ve proliferasyon aşaması epitelizasyonun tamamlanması ile bitmektedir.

Yeniden Şekillenme (Remodeling): Yıllarca süren ve proliferasyon aşamasının bitmesi ile başlayan bu aşamada, ekstrasellüler matriksde kollagen lifleri yeniden üretilmektedir. Bu aşamada jel kıvamındaki tip-III kollagen, gittikçe değişim göstermekte ve yapısı sıkı olan tip-I kollagene dönüşmektedir. Bu aşamada yarada kontraksiyon da görülmektedir. Yaralanmayı takip eden altı hafta sonunda, yara bölgesindeki güç, yaralanma öncesindeki gücün % 95'i kadardır (Ghosh ve Clark, 2007). Bu aşamada fibroblastlar ve kapillerin yoğunluğu azalır ve bunun sonucu ilk

oluşan skar dokusu kalkar. Yerine normal deriye daha çok benzeyen ekstrasellüler matriks gelir. Ekstrasellüler matriksin yeniden şekillenmesi, proteaz enziminin dengeli ve düzenli aktivitesi sonucu gerçekleşir (Sen ve Roy, 2008).

1.4.2. Akut Yaralar

Akut yaralar, ani ve deri bütünlüğünün bozulmasıyla birlikte başlayan, dokulardaki iyileşmenin tahmin edilen zamanda ve kendine özgü bir şekilde gerçekleştiği yaralardır. Cerrahi yaralar akut yara grubundadır (Dreifke ve ark. 2015; Stotts, 2007). Cerrahi yara, iyileşmenin en üst düzeye çıkarılabildiği sağlıklı bir yara örneğidir. Cerrahi yaraların en iyi şekilde iyileşme potansiyeli ya da sorunsuz iyileşme olasılığı her zaman vardır. Ancak akut yaraların, sağlıklı dokularda ve büyük travma sonucu meydana gelmesi durumunda, enfeksiyon gelişimi gibi olumsuzlukların oluşması halinde iyileşmede sorun yaşanabilir (Bates Jensen ve Woolfolk, 2007). Tüm bu faktörler göz önüne alındığında yara iyileşme süreci üç şekilde gerçekleşebilir (Aksoy ve ark., 2017).

Birincil (Primer) İyileşme: Yara kenarlarının ameliyat sırasında kapatıldığı ya da birbirine çok yakın olduğu cerrahi yaralardır. Buna primer kapatma ile iyileşen yaralar da denilmekte ve iyileşme bakımından ideal yara olarak tanımlanmaktadır. İnsizyon bölgesinde kanlanmanın iyi olduğu temiz yaralarda primer kapatma uygulanır (Velnar ve ark., 2009). Cerrahi insizyonların çoğunluğunda iyileşmeyi sağlamak için yara kenarları çeşitli dikiş materyalleri ile (dikiş, zımba, mandal veya doku yapıştırıcısı) birleştirilir (Dumville ve ark. 2016).

İkincil (Seconder) İyileşme: Ameliyat sonrası açık bırakılan yara, skar dokusunun oluşumu ile iyileşir. Kontamine olmuş ve doku kaybı bulunan yaralar genellikle seconder iyileşmeye bırakılır (Öz, 2019).

Üçüncül (Gecikmeli ya da tersiyer) İyileşme: Primer ve seconder yara iyileşmesinin özelliklerini taşır. Bu iyileşme yönteminde, başlangıçta yara açık

bırakılır, enfeksiyon tedavi edilir, daha sonra yara kenarları yaklaştırılarak cerrahi kapatma yapılır (Demiryılmaz ve Ferah, 2017; Parsak ve ark., 2007).

1.4.3. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen Faktörler

Akut yaralarda iyileşme, hastaya ve çevreye ait dışsal ve içsel faktörlerin etkileşimi ile gerçekleşir. Dışsal faktörler kişinin dışındaki çevresel etkenler, içsel faktörler ise kişiyi içten ve sistemik olarak etkileyen faktörlerdir (Guo ve Dipietro, 2010; Posthauer ve ark., 2010).

1.4.3.1. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen Dışsal Faktörler

Ameliyat öncesi ve sırasındaki fiziksel çevre, cerrahi hazırlık, cerrahi teknikler ve dikiş tipleri yara iyileşmesini etkileyebilecek dışsal faktörlerdir. Yara enfeksiyonu, iyileşmeyi geciktiren en önemli faktörlerden biridir. Ameliyat öncesi, ameliyathane protokolleri, cerrahi aletlerin temizliği, ameliyat sırasında uygun cerrahi teknik enfeksiyon riskini azaltmada ve cerrahi yaranın en iyi şekilde iyileşmesini sağlamada önemli dışsal faktörlerdir. Cerrahi yara enfeksiyonlarının oluşmasında, cerrahi yara, bakteri ve duyarlı konak faktörlerinin bir arada olması gerekir. Konak duyarlılığı aşırı elektrokoter kullanımı, ameliyat süresinin iki saatten uzun olması, ameliyat sırasındaki kontaminasyon ve kötü cerrahi teknik gibi dışsal faktörlerden etkilenmektedir (Karadayı ve ark., 2002; Kutluay Köklü ve Uğar Çankal, 2013). Yara iyileşmesi sonuçları açısından cerrahi yaraların ameliyat sonrası dönemde değerlendirilmesi de önem taşımaktadır (İzveren ve Dal, 2011). Yara iyileşmesinde perioperatif dönemin her aşaması önemli olduğundan, preoperatif (ameliyat öncesi), intraoperatif (ameliyat sırası) ve postoperatif (ameliyat sonrası) dönemlerin etkileri ayrı ayrı incelenmelidir.

Ameliyat Öncesi Dönem: Bir hastanın ameliyattan önce hastanede geçirdiği süredir ve cerrahi yara enfeksiyonu görülme oranını etkiler. Ameliyat öncesi dönemde hastanede yatış süresi uzadıkça, yara enfeksiyonu riski de artar. Cerrahi girişim

alanının hazırlanması da yara enfeksiyonu riskini etkileyen faktörlerden biridir. Ameliyattan hemen önce, heksaklorofen sabunu kullanarak duş almanın, duş almamaya göre enfeksiyon oranının azalması bakımından etkili olduğu gösterilmiştir. Ameliyattan 24 saat önce duş alınması, cildin tahriş olmasını önlemek amacıyla sabunlu su ile ameliyat öncesi cilt hazırlığı yapılması önerilmektedir (Seal ve Cheadle, 2004). Ameliyat öncesi dönemde, ameliyat alanını kesici alet kullanarak tıraş etmek cerrahi yara enfeksiyonuna neden olmaktadır. Çünkü kesici aletle yapılan tıraş cilt üzerinde çok küçük kesiklerin oluşmasına neden olmakta ve enfeksiyona zemin hazırlamaktadır. Ameliyat bölgesini tıraş etmek için tüy dökücü kremler, elektrikli tıraş makineleri ya da makas kullanımı, yara enfeksiyonu gelişme oranını azaltmaktadır (Aygin ve Marul, 2016). Ayrıca ameliyat sabahı yapılan tüy temizliği, ameliyattan önceki akşam yapılan tüy temizliği ile karşılaştırıldığında daha düşük enfeksiyon riski oluşturduğu bulunmuştur (Bates Jensen ve Woolfolk, 2007; Vera, 2014).

Ameliyat Sırası Dönem: Ameliyat sırası dönemde enfeksiyon oranını sınırlamak, büyük ölçüde hekimin kontrolünde olmakla birlikte bazen bunu sağlamak zor olabilir. Örneğin, ameliyatın gerçekleştirildiği problemin özelliği, ameliyat yeri ve hastanın genel durumu üzerinde cerrahın sınırlı gücü vardır. Bunlar kolay kontrol edilemeyen oldukça karmaşık faktörlerdir. Cerrahi işlemin türü de enfeksiyon riskini etkiler (Burns ve ark., 2003). Uygun hemostaz, keskin diseksiyon, ince dikişler, uygun dikiş tekniği, anatomik diseksiyon ve dokulara nazik davranılması sonucunda temizlik ve tekniğe dikkat eden bir hekim yara enfeksiyonu açısından son derece iyi sonuçlar elde edebilir (Özmen, 2007).

Ameliyat Sonrası Dönem: Cerrahiyle ilişkili stres yanıtın, yaranın iyileşmesini bozduğu bilinmektedir. Ameliyat stresi, sempatik sinir sistemi aracılığıyla vazokonstriksiyona neden olur. Erken ameliyat sonrası dönemde dolaşımdaki yüksek katekolamin seviyelerinin neden olduğu vazokonstriksiyon, hipoksi, hipotermi, ağrı ve hipovolemi dâhil olmak üzere sempatik sinir sistemini tetikleyen faktörleri ortaya çıkarır (Bates Jensen ve Woolfolk, 2007). Bu faktörlerin neden olduğu sonuçlardan biri, deri altı dokularında ve yara bölgesinde oksijen düzeyinin azalmasıdır. Arteriyel

oksijen saturasyon düzeyi de ameliyatın kapsamlı ve büyük bir cerrahi girişim olup olmamasıyla ilişkilidir. Ameliyat sonrası dönemde yara bölgesinin oksijenlenmesi için yapılan girişimler aynı zamanda hipotermi, hipovolemi ve ağrı risklerini de azaltmaya yardımcı olur. Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesini en üst düzeye çıkarmaya yönelik önlemler uygulanmalıdır. Bu önlemler, hastanın ılık ya da hafif sıcak tutulması, intravenöz veya oral olarak yeterince sıvı verilmesi ve mümkünse hasta kontrollü analjezi kullanarak ağrısız tutulması olarak özetlenebilir (Gürkan, 2019; Karakinolas ve Swarm, 2000).

Hipotermi riski: Ameliyat salonunun soğuk olması vasküler düz kaslarda norepinefrin etkisini ve adrenerjik reseptörleri artırır. Bu da derideki damarların otonomik aktivasyonu sonucu damar kontraksiyonunu beş kat artırır. Hipotermiye bağlı vazokonstriksiyon anestezi altındaki hastalarda deri altı oksijen basıncını azaltır. Bu etki, periferik vazokonstriksiyonun neden olduğu doku hipoksisini şiddetlendirebilir. Perioperatif vücut ısı kaybının olumsuz sonuçları önemlidir ve uzun süreli hipotermi, ameliyat sonrası titremeye neden olur. Titreme ise oksijen gereksinimini artırarak kardiyak iş yükünün artmasına neden olur. Ameliyat sonrasında uzun süreli hipotermi, mortalite artışı ve miyokard iskemisi ile yakından ilişkilidir (Whitney, 2007). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü (ERAS), diğer adıyla hızlandırılmış cerrahi (FTS), kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır (Ersoy ve Gündoğdu, 2007). Ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemi içeren bu protokolün bileşenlerinden biri olan normotermi ya da perioperatif hipotermiden kaçınma, CAE'nın önlenmesinde birçok yönergenin ortak hedeflerinden biridir (Relph ve ark., 2014; Leaper ve ark., 2015). Bunun için vücudun ısıtılması, ısıtılmış intravenöz sıvılar kullanılması önerilmektedir (Çilingir ve Candaş, 2017).

Hipovolemi riski: Ameliyat sırasında ve sonrasında sıvı tedavisi hastayı dehidrate bırakmayacak şekilde planlanmalıdır. Yeterli sıvı infüzyonu, hipovoleminin neden olduğu sürekli vazokonstriksiyonu önler (Whitney, 2007). Ameliyat sonrası erken dönemde aşırı hidrasyon (özellikle NaCl içerikli) komplikasyon oranını ve bunun sonucunda hastanede kalış süresini arttırmaktadır (Tambyraja ve ark., 2004).

ERAS protokolünde yer alan bileşenlerden biri de ameliyat sonrası erken dönemde oral beslenmenin başlanmasıdır. Bu kurala göre, ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı desteğine başlanmalı ve ameliyat günü hastanın toplam en az 800 ml sıvı alması sağlanmalıdır (Ersoy ve Gündoğdu, 2007).

Ağrı riski: Ağrı, ameliyat sonrasında hastalar açısından en önemli sorunların başında gelmektedir (Kılıç ve Öztunç, 2012). Ameliyat sonrası dönemde anesteziden uyanma süresini kısaltan, *propofol* ve *remifentanil hidroklorür* gibi kısa etkili anesteziklerin kullanımı önerilmektedir (Gustafsson ve ark., 2019). Cerrahi sonrası opioid kullanımını en az düzeyde tutmak ERAS protokolünün bileşenlerinden biridir. Bunun nedeni olarak, opioidlerin bağırsak fonksiyonlarını bozması, mental bozuklulara ve bulantı-kusmaya neden olması, solunum merkezini baskılayarak morbiditeyi arttırması gösterilmektedir (Kalogera ve Dowdy, 2016). En üst düzeyde yara iyileşmesinin sağlanması, hemşirelerin ağrı değerlendirmesi ve yönetiminde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir. Ağrıya ilişkin hemşirelik uygulamaları olan ağrı nedenleriyle ilgili bilgi verilmesi, masaj ve gevşeme tekniklerinin uygulanması ağrı kesici ilaçların etkisini arttırır (Eti Aslan ve Badır, 2005; Ay ve Ecevit Alpar, 2010).

1.4.3.2. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen İçsel Faktörler

Ameliyat sonrası dönemde cerrahi yara iyileşmesini etkileyen içsel faktörler yaş, beslenme durumu, oksijenlenme ve doku perfüzyonudur.

Yaş: Yaşlanma ile birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler yaşlı bireylerde yara iyileşmesi için yüksek risk faktörüdür (Stotts ve Hopf, 2005). Yaşlanma, deri ve deri altı dokularının incilmesi ve ciltteki elastinin azalması dâhil birçok cilt değişikliklerine neden olur. Yaşlı bireylerde abdominal cerrahi sonrası kollageni yerine koyma yeteneğinin azaldığı görülmektedir (Ashcroft ve ark. 2002). Bağışıklık sistemi işlevi yaşla birlikte azalır ve bu da yaşlılarda mikroorganizmaların yarada çoğalmasına ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olabilir (Gosain ve DiPietro, 2004).

Beslenme durumu: Yara iyileşmesi için beslenmenin yeterli ve dengeli olması gerekir. Yaralanma sonrasında morbidite ve mortalite risklerinin azaltılması için beslenmeye başlama zamanı önemli olmaktadır. Yara iyileşmesinde hasta açısından en yararlı olacak beslenme şeklinin seçilmesi ve planlanması, beslenmenin temel noktasını oluşturmaktadır (Durmuş ve ark., 2016). Yara iyileşmesinde, yeni damarlanma (neovaskülarizasyon), fibroblast proliferasyonu, kollagen sentezi ve yaranı yeniden şekillenmesi (remodelingi) için gereken temel besin öğelerinden biri proteinlerdir. Proteinlerin yapısal bileşenleri olan amino asitler, deoksiribonükleik asit (DNA) ve ribonükleik asidin (RNA) temel parçalarıdır. DNA ve RNA hücre mitozu ve doku üretimi için salgılanan enzimlere uygun ortam sağlar. Protein yetersizliği, amino asitlerin vücut depolarından kaybına ve yara onarımı ve yeni doku büyümesi açısından olumsuz sonuçlara neden olur (Kutluay Köklü ve Uğar Çankal, 2013).

Yara iyileşmesinde etkisi olan diğer besin öğeleri, karbonhidratlar ve yağlardır. Hücre fonksiyon için enerji sağlayan karbonhidratlar ve yağlar yetersiz olduğunda, vücut enerji düzenlemelerini karşılamak ve proteinleri parçalamak için katabolizmayı kullanır. Dengeli glikoz ve temel yağ asitleri, yara iyileşmesi için gerekli alt yapılar olduğundan eksik ve dengesiz olmaları yara iyileşmesini olumsuz etkileyecektir (Özkorkmaz ve Özay, 2009).

Besin ögesi olarak vitaminler de yara iyileşmesi için önemlidir. A vitamini epitelizasyon, anjiyogenez ve kollagen oluşumunu desteklemekten sorumlu olan yağda çözünen bir vitamindir. Ayrıca, yara iyileşmesinin enflamatuvar evresi için de A vitamini önemlidir. C vitamini de yara iyileşmesiyle ilişkilidir ve anjiyogenez ve kollagen sentezi için gereklidir. C vitamini ayrıca fibroblast fonksiyonunu destekler ve lökosit fonksiyonu için kritik önem taşır. D vitamini, enzim sistemlerinde önemli olan kemik iyileşmesi ve kalsiyum emilimi için gereklidir. K vitamini pıhtılaşma ve hemostaz oluşumunda önemli rol oynar. E vitamini yağ metabolizması için kullanılır ancak fazla miktarları yara iyileşmesine yararlı değildir (MacKay ve Miller, 2003).

Mineraller içinde özellikle çinko ve demir de yara iyileşmesinde rol oynar. Çinko, immün sistem fonksiyonunda ve kollagen sentezinde önemli bir yardımcı

faktördür. Çinko eksikliği, granülasyon dokusu oluşumunda ve yabancı maddelerin atılımında bozulmaya neden olur (Kumar ve ark., 2007). Demir ise kollagen sentezinde bir kofaktördür ve oksijeni taşımada etkilidir (Williams ve Barbul, 2003).

Oksijenlenme ve Doku Perfüzyonu: Yeterli derecede yara oksijenlenmesi, yara iyileşmesi için şarttır. Yaralanma ilk olarak hipoksiye neden olur. Oysa oksijen, kılcak damar tomurcuklanması (anjiojenez), fibroblastların fonksiyonu ve epitelizasyonda etkili olduğu gibi yaranın enfeksiyona karşı direnç geliştirmesinde de önemli rol oynar (Singh ve ark., 2017).

Doku perfüzyonunun yeterli olabilmesi dokunun yeterince oksijenlenmesine bağlıdır. Bununla birlikte, tek başına doku perfüzyonu, yaranın oksijenlenmesi için yeterli olmayabilir. Kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklar, hipovolemi gibi diğer nedenler de doku perfüzyonu ve oksijenlenme ile ilgili problemlere neden olabilir. Dokudaki oksijen miktarı çok düştüğünde, enfeksiyon nedeni olan bakterilerin ürettiği laktik asit dokunun asitlik derecesini (pH) düşürür ve yara iyileşmesinin bozulmasına yol açar (Yazar ve Karaca, 2016). Spirometri kullanımı, derin nefes ve öksürme egzersizleri, postural drenaj gibi uygulamalar yaranın oksijenlenme olasılığını artırır. Ayrıca pozisyon değişimi ve erken mobilizasyon gibi destekleyici aktiviteler, periferik doku perfüzyonu ve oksijenlenmesi için yararlı olabilir. Bu nedenlerle oksijenasyon ve perfüzyon, ameliyat sonrası yara iyileşmesi için hayati önem taşır (Tandara ve Mustoe, 2004).

1.4.3.3. Akut Yaralarda İyileşmeyi Etkileyen Diğer Faktörler

Bazı hastalıklar ya da tedaviler yara iyileşmesini olumsuz etkileyebilir. Bunlardan biri de diabetes mellitustür. Diyabet, küçük damar hastalıklarına, nöropatiye ve glukoz dengesinde problemlere neden olur. Bu problemler yara iyileşmesini engelleyen durumlardır (Greenhalgh, 2003). Yüksek glikoz seviyeleri nötrofillerin fagositotik fonksiyonunun etkinliğini azaltabilir ve fibroblastlar tarafından sağlanan kollagen üretimini etkileyerek, yaranın kontraksiyonunda

azalmaya neden olabilir (Singh ve ark., 2013). Ameliyat sonrası dönemde glukoz seviyesini kontrol altında tutmak, diyabetik hastalarda yara iyileşmesini olumlu yönde etkiler (Asgar Pour ve Demir Korkmaz, 2010). Ameliyat sonrası dönemde serum glikoz düzeyinin kontrol altında tutulması, diyabetli hastalarda yara enfeksiyonu riskini azaltmada önemlidir (Hoogwerf, 2001).

Yara iyileşmesini olumsuz etkileyen faktörler arasında steroidler, antienflamatuar ilaçlar, antimitotik ilaçlar ve radyasyon tedavileri de yer almaktadır. Steroidler, fagositoz, kollagen sentezi ve yeni damarlanmadan etkilenerek yara iyileşmesinin tüm aşamalarını baskılar. Lokal A vitamini kullanımıyla steroidlerin etkileri azaltılabilir; yaraya doğrudan uygulandığında, enflamatuar bir madde olarak işlev görür (Fetil, 2017).

Yara iyileşmesini etkileyen diğer faktörlerden biri olan stres, vücudun yaralanmaya karşı ilk koruyucu yanıtı olarak tanımlanabilir. Stres, periferik dokuları besleyen deri altı ve deri kan damarlarında derin vazokonstriksiyona neden olur. Norepinefrin ameliyat sonrası erken saatlerde üç kat artar. Bu da hastalarda ağrı bulgusunun oluşmasına neden olur (Whitney, 2007; Sağlık ve ark. 2015).

Sigara, nikotinin vazokonstriktif etkileri ve karbon monoksitin kanın oksijen düzeyini azaltması nedeniyle yara iyileşmesini olumsuz etkileyen faktörlerden biridir (Baykan ve Baykan, 2017; Gottrup, 2004). Doku oksijenindeki azalma da düşük seviyede kollagen üretimine ve yaranın kontraksiyon gücünün azalmasına neden olur (Moller ve ark., 2003). Ameliyattan önce sigarayı bırakmak için en doğru süre henüz belirli değildir. Ancak yara ile ilgili sorunları azaltmak için iki haftadan daha uzun bir sürenin gerekli olduğu bildirilmektedir (Sorensen ve Jorgensen, 2003).

Ayrıca aşırı kilolu hastalarda yara iyileşmesi problemleri daha fazladır. Obez hastalarında ameliyat sonrası yara komplikasyonlarının görülme sıklığı normal kilodakilere göre yüksektir. Yara komplikasyonlarına karşı artan bu hassasiyet nedeniyle, ağrı kontrolü ve stres azaltma, sıvı desteği, ısınma ve beslenme dâhil olmak

üzere, obez cerrahi hastalarında periferik perfüzyonu sağlayan önlemler alınmalıdır (İldan Çalım ve ark., 2016).

1.4.4. Cerrahi Yara Yönetimi

Ameliyat sonrası yaranın uygun yönetiminde en iyi sonuçları alabilmek için öncelikle sağlıklı bir yara ortamının oluşturulması gerekir (Harper ve ark., 2014). Bu yaklaşım cerrahi alan enfeksiyonu ve yara ayrılması gibi ameliyat sonrası olası komplikasyonların gelişimini önlemede kritik öneme sahiptir (Bae ve Ping Yew, 2013). Bu bağlamda, ameliyat sonrası yara yönetiminde önemli rol oynayan hemşirelerin yara iyileşmesi aşamalarında görülen komplikasyonları ve bunları önlenmeye yönelik uygulamaları bilmeleri gerekmektedir (Gürkan, 2019).

Yara yönetimindeki uygulamalar ve yöntemler zaman içinde çok hızlı gelişim ve değişimler göstermiştir. Yara bakımının öncelikli hedefleri, dokunun bozulmuş olan fonksiyonunu düzeltmek, yara enfeksiyonu gelişimini önlemek, enflamasyon, ödem ve ağrıyı azaltmaktır. Cerrahi yara pansumanları, gelişmiş yara bakım örtüleri, büyüme faktörleri, biyomekanik yara bakımı ürünleri, bal ve yapay deri mühendisliği yara bakımında kullanılan başlıca uygulamalardır (Demidova Rice ve ark. 2012; Vural ve Savcı, 2017). Ayrıca hücrelerin çoğalması ve onarılmasının hızlanması için yara bölgesinde yeterli oksijen, nem ve sıcaklığın sağlanmasının önemi bilinmektedir (Dhivya ve ark., 2015).

İyileşme, inflamasyonlu olan diğer yaralarda olduğu gibi cerrahi insizyonda da yeni dokuların çoğalması ve yeniden yapılanma gibi süreçlerle ilerler. Bu süreçler immünolojik ve biyolojik sistemlerin uyumlu fonksiyonları ile gerçekleşir (Attinger ve ark., 2006). Cerrahi insizyonda yara iyileşme aşamaları her zaman net olarak görülmeyebilir. Bu nedenle, iyileşmede en iyi değerlendirme yolu, cerrahi yaralanmanın oluşumundan itibaren izlenmesidir. Herhangi bir olumsuz gelişme olmadığında, akut yaralar 5-30 gün arasında iyileşme göstermektedir (Tepebaşı ve

ark., 2016). Akut yara iyileşme sürecinin bilinmesi, cerrahi insizyonun değerlendirilmesi için kritik bir temel oluşturur.

1.4.5. Cerrahi İnsizyon Yara Değerlendirmesi

Cerrahi insizyon yaralarının değerlendirilmesi esas olarak yara iyileşmesinin bütün aşamalarında enfeksiyon belirti ve bulgularının izlenmesi olup yara eksudasının özelliği ve miktarı ile kızarıklık, ödem, endürasyon (sertleşme), ısı ve ağrının değerlendirilmesi ve incelenmesini kapsar (Baruah ve Raddi, 2010). Yara değerlendirilmesi, hastaya ve çevreye ait faktörlerin değerlendirilmesini, yara izlenmesini, yara bakımını, yara pansumanını ve değerlendirmesini de kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır (Wynne, 2018).

1.4.5.1. İnflamasyon Aşamasının Değerlendirilmesi

Ameliyat sonrası ilk dört gündeki değerlendirme bulguları aslında inflamasyon bulgularının tanımlanmasıdır. Cerrahi insizyona dokunulduğunda sıcaklık hissi, insizyon bölgesinin çevresinde kızarıklık ve ödem gözlenebilir. Çünkü tüm yaralar bir dereceye kadar kolonize olur ve inflamasyon aşaması mikroorganizmaları kolay temizlenebilecek duruma getirir (Eming ve ark., 2014). Bu nedenle ameliyat sonrası ilk dört gün insizyon yarasında inflamasyon belirtilerinin görülmesi normaldir. Bu belirtiler kızarıklık ya da renk değişikliği, ödem, ısı artışı ve ağrı olabilir. İnflamasyonun klasik bulguları “rubor-tumor-color-dolor” olarak özetlenir (Orsted ve ark., 2011). Ancak bu inflamasyon bulguları yaş, hastalık ya da tedavi nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda gözlenmeyebilir.

1.4.5.2. Proliferasyon Aşamasının Değerlendirilmesi

Yaralanmadan on saat sonra kollagen sentezi başlar ve 5-7. günlerinde en üst seviyeye ulaşır. Kollagen fibrilleri içinde ve arasında bağlantılar belirgin şekilde artar.

Bu bağlantı artışı yarada gerilme kuvvetinin artışına yardımcı olur ve bu dönemde yara gerginliği artar (Çetinkaya, 2010). Yeni kollagen oluşumu, insizyonun her iki tarafında 1 cm olmak üzere, insizyon boyunca sertlik şeklinde ele gelebilir. Yara bölgesinde yeni kollagen birikiminden kaynaklanan bu sertliğe “iyileşme sırtı” denir. İyileşme sırtı, ameliyat sonrası 5. gün ile 9. gün arasında insizyonun uzunluğu boyunca görünür olmalıdır. Bu süre içinde görünür değilse yara ayrılma ya da enfeksiyon riski altında demektir (Yüceyar, 2008).

Eksuda üretimi nemli yara iyileşme sürecinin önemli bir parçasıdır. Cerrahi insizyonda yara eksudasının değerlendirilmesinde, miktarı, kokusu ve kıvamı değerlendirilir (Benbow, 2016). Eksuda miktarının değerlendirilmesinde, kullanılan pansumanların miktarı ve yara çevresindeki derinin durumunun incelenmesi gerekmektedir (Yapucu Güneş, 2007). Eksudanın miktarı değerlendirilirken, az eksuda (+ kuru pansuman), orta eksuda (++ ıslak pansuman) ve aşırı eksuda (+++ sırlı/çok ıslak pansuman) şeklinde değerlendirme yapılabilmektedir (Vowden ve Vowden 2003). Eksudadaki artış genellikle enfeksiyon nedeniyle yara iyileşmesinin geciktiğini gösterir (Stotts, 2007).

İnsizyonun çevresindeki dokular, ödem ve renk değişimi açısından gözlenmelidir. Ödemin varlığı, yara iyileşme sürecini geciktirir çünkü dokulardaki aşırı sıvı, damar tomurcuklanmasına engel olur ve yarada oksijensizlik riskini artırır. Cilt rengi değişiklikleri, ameliyatın neden olduğu morluk veya hematoma oluşumunun varlığını gösterebilir. Hematomda cilt rengi koyu kırmızı veya mor görünür. Cilt rengi değişiklikleri de enfeksiyon olasılığının göstergesi olabilir. Kızarıklık, ısı artışı ve ödem belirtilerinin yanı sıra insizyon yarasındaki ağrının artması muhtemel yara enfeksiyonunun bir göstergesidir. Yara eksudasının ve çevresindeki insizyon dokularının değerlendirilmesi proliferatif aşamada yara iyileşmesi konusunda önemli bilgiler verir (Young ve McNaught, 2011; Devendra ve ark., 2015).

1.4.5.3. Yeniden Şekillenme Aşamasının Değerlendirilmesi

Yeniden şekillenme aşamasının değerlendirilmesinde, insizyon yara renginin değişimi izlenir. Yara renginin değişmesinde skar dokusunun yeniden şekillenmesi etkili olur. Skar dokusunun oluşumu yara iyileşme sürecinde iyileşmeye faydalı olmasına rağmen, hasta için önemli bir estetik ve fonksiyonel yük yaratabilir. Bu nedenle skar yönetimi, cerrahi yara yönetiminin önemli bir parçasıdır (Block ve ark., 2015). Bu aşamada ekstrasellüler matriks ile fibroblastların etkileşimleri sonucu bağ dokunun boyutları küçülmekte ve böylece yara kenarları birbirine yaklaşmaktadır. Yara iyileşme sürecinde yara bölgesinde, fibroblast ve makrofajların yoğunluğu giderek azalır. Zamanla kapiller damarlardaki tomurcuklanma otradan kalkar, yara bölgesindeki kan dolaşımı ve metabolik aktiviteler yavaşlar (Baum ve ark., 2005). Yeniden şekillenme aşamasının sonlarında, yara gücü artarken damarların ve hücrelerin sayısı azalır, skar doku oluşumu gerçekleşir (Tepebaşı ve ark., 2016).

Yeniden şekillenme aşaması 1-2 yıl sürebilir. İnsizyonun rengi ilk yıl süresince yavaş yavaş parlak kırmızıdan ya da pembeden, gümüş rengi gri ya da beyaza döner. Yaranın gerilme gücü ilk yıl kademeli olarak artar ve sonuçta dokuların orijinal dayanıklılığının yaklaşık % 80'ine ulaşır. Yaranın kazandığı güç bulunduğu bölgeye ve iyileşme süresine bağlı olmakla birlikte doku orijinal gücünü tam anlamıyla kazanamaz (Porto Amadeu ve ark., 2003; Flegg ve ark., 2015).

Çizelge 1.1.'de cerrahi insizyonun oluşumundan yeniden şekillenme aşamasının sonuna kadar yara iyileşme sürecinin olumlu devam ettiğini gösteren kriterler verilmiştir (Bates Jensen ve Woolfolk, 2007).

Çizelge 1.1. Yara İyileşme Sürecinin Olumlu Devam Ettiğini Gösteren Kriterler

	1-4 Gün: İnflamasyon Aşaması Kriterleri	5-9 Gün: Proliferasyon Aşaması Kriterleri	10-14 Gün: Proliferasyon Aşaması Kriterleri	15. Gün - 1-2 Yıl: Yeniden şekillenme Aşaması Kriterleri
İnsizyon rengi	Kırmızı, kenarlar yaklaşık	Kırmızı, parlak pembeyle ilerliyor	Parlak pembe	Açık tenli hastalarda soluk pembe, beyaz veya gümüş rengi; koyu renkli ciltte normal ten renginden daha koyu
Çevreleyen doku iltihabı	Ödem, kızarıklık veya ciltte renk değişikliği, ısı artışı, ağrı	Yok	Yok	Yok
Eksuda tipi	Kanlı veya seröz-kanlı ve seröze ilerliyor	Yok	Yok	Yok
Eksuda miktarı	En azdan ortaya	Yok	Yok	Yok
Kapatma malzemeleri	Mevcut, dikiş veya zımba olabilir	Dış dikiş/zımbaları çıkarmaya başlanır	Dikişler/zımbalar çıkarılmış, Steri-Strips veya bant şeritleri mevcut olabilir	Yok
Epitel yenileme	Tüm insizyon boyunca 4. güne kadar mevcut	Tüm insizyon boyunca mevcut	Mevcut	Mevcut
Kollagen birikimi	Yok	Tüm insizyon boyunca 9. günde mevcut	Mevcut	Tüm insizyon boyunca mevcut

Çizelge 1.2.'de cerrahi insizyonun oluşumundan yeniden şekillenme aşamasının sonuna kadar, yara iyileşme sürecinin olumsuz devam ettiğini gösteren kriterler verilmiştir (Bates Jensen ve Woolfolk, 2007).

Çizelge 1.2. Yara İyileşme Sürecinin Olumsuz Devam Ettiğini Gösteren Kriterler

	1-4 Gün: İnflamasyon Aşaması Kriterleri	5-9 Gün: Proliferasyon Aşaması Kriterleri	10-14 Gün: Proliferasyon Aşaması Kriterleri	15. Gün - 1-2 Yıl: Yeniden şekillenme Aşaması Kriterleri
İnsizyon rengi	Kırmızı, kenarlar yaklaşık, ancak insizyon hattında gerginlik belirgin	Kırmızı, kenarlar iyi yaklaştırılmayabilir, insizyon hattındaki gerginlik belirgin	Parlak pembeye ilerleyen kırmızı olabilir	Uzun süreli epitel yenileme, keloid veya hipertrofik skar oluşumu
Çevreleyen doku iltihabı	İltihaplanma belirtisi yok, ödem yok, kızarıklık veya cilt renginde değişiklik yok, ısı ve insizyon bölgesinde en düşük ağrı ve hematoma oluşumu	Ödem, kızarıklık veya ciltte renk değişikliği, ısı artışı, insizyon yerinde ağrı; hematoma oluşumu	Ödem, kızarıklık veya cilt renk değişikliği ile uzun süreli enflamatuvar yanıt; ısı artışı ve ağrı; hematoma oluşumu	İkincil iyileşme olursa, kronik enflamasyon veya proliferasyonda durma olabilir, iyileşme ve devam eden iltihap belirtileri yoktur
Eksuda tipi	Kanlı veya kırmızı-kanlı, seröz-kanlı ve seröze doğru ilerliyor	seröz-kanlı ve seröpürulan, seröz	Herhangi bir eksuda türü mevcut	Herhangi bir eksuda türü mevcut
Eksuda miktarı	En azdan ortaya	En azdan ortaya	Herhangi bir miktar mevcut	Herhangi bir miktar mevcut
Kapatma malzemeleri	Mevcut, dikiş veya zımba olabilir	Harici dikiş/zımba sökülmemiş	Dikişler/zımbalar hala mevcut	İkincil iyileşme için, yara büzülmesinin başarısızlığı veya yaklaştırılmamış kenarlar
Epitel Yenilenme	Tüm insizyon boyunca 4. güne kadar mevcut	Tüm insizyon boyunca mevcut değil	Tüm insizyon boyunca mevcut değil; sapma kanıtı	Keloid veya hipertrofik skar gibi mevcut değil veya anormal epitelizasyon
Kollagen birikimi	Yok	Tüm insizyon boyunca mevcut değil	Tüm insizyon boyunca mevcut değil; sapma kanıtı	İkincil iyileşme için, açık bırakılan yarada apse oluşumu

1.4.6. Cerrahi Yara Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler

Yara değerlendirmesini gerçekleştirmek ve belgelemek için en iyi ölçme aracı konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Kronik yaraların değerlendirilmesine ilişkin bazı ölçekler geliştirilmiş olsa da, akut yaralar için geliştirilen ölçme aracı oldukça sınırlıdır. Bunların uygulamadaki etkinliklerini gösteren çalışmalar da hemşirelik alanında yok denecek kadar azdır. Akut yara izleminde kullanılan ölçme araçlarından bir tanesi ASEPSİS olarak kısaltılan yedi parametreden oluşan (Ek tedaviler, seröz akıntı, eritem, pürülan eksüda, derin doku ayrılması, bakteri izolasyonu, hastanede 14 günü geçen yatış) prospektif yara izlem ölçeğidir (Aktaş ve ark. 2012). Ancak bu ölçek sadece hemşirenin değerlendirmesine bırakmayan, yara ile ilgili diğer sağlık ekibi

üyelerinin ortak değerlendirmesini gerektiren parametreleri bulundurduğu için uygulamasında sınırlılıklar göze çarpmaktadır.

Diğer bir akut yara değerlendirme aracı ise REEDA ölçeğidir ve kullanım alanı da epizyotomi insizyonu ile sınırlı kalmıştır. Literatür incelendiğinde çok az çalışmada sezaryen insizyonu REEDA ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Bunlardan birinde Vancouver Skar Skalası (VSS) ve REEDA ölçeği aynı anda kullanılmıştır (Samadi ve ark., 2010). VSS alt boyutları, pigmentasyon, esneklik, yükseklik ve vaskülarite'den oluşmaktadır (Selig ve ark., 2013; Bringeland ve Boeger, 2017). Literatürde, epizyotomi insizyonunun değerlendirilmesinde REEDA ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar aşağıda verilmektedir.

Uluslararası literatürde sekiz çalışma dikkat çekmektedir. Mahishale ve ark., (2013) çalışmalarında, epizyotomi ile vajinal doğum sonrası gelişen perineal ağrı için tedavi edici ultrason ve maternal soğutma jeli pedinin etkisini araştırmışlar ve 1. gün müdahale öncesi ve 3. gün müdahalenin ardından iyileşme takibi için REEDA ölçeğini kullanmışlardır. Nethravathi ve ark. (2015), "Post natal anneler arasındaki epizyotomi yaralarının iyileşmesinde kızılötesi lamba tedavisinin etkinliği" başlıklı çalışmalarında, epizyotomi insizyon yarasını REEDA ölçeği kontrol listesini kullanılarak değerlendirmişlerdir. Marzouk ve ark., (2015) "Epizyotomi için yeni bir topikal aromaterapi preparatı olarak lavanta-timol: randomize bir klinik çalışma" konulu araştırmalarında, çalışmaya katılan tüm kadınları, ev ziyareti ile 7. gün ve 7. haftada, REEDA ölçeği kullanarak takip etmişlerdir. Alvarenga ve ark., (2015) yaptıkları çalışmada, epizyotomi yara iyileşmesini değerlendirmiş ve sonuç olarak ölçeğin iyi bir değerlendirme yaptığını belirtmişlerdir.

Shahrahmani ve ark. (2018), "Primipar kadınlarda yeşil çay merhemi epizyotomi ağrısı ve yara iyileşmesi üzerine etkisi" başlıklı araştırmasında ölçüm aracı olarak REEDA ölçeğini kullanmıştır. Yapılan ölçümlerde, doğumdan sonraki 5. ve 10. günlerde ortalama REEDA skoru, yeşil çay grubunda diğer 2 gruba kıyasla daha iyi ve hızlı iyileşme göstermiştir. El-Lassy ve Mohamed Madian (2019), tarafından yapılan araştırmada ise doğum sonrası epizyotomi yaralarının iyileşmesinde infrared lambanın

etkisi araştırılmış ve yara iyileşmesinin ölçümü REEDA ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Vardanjanı ve ark. (2012) tarafından, epizyotomi sonrası yara iyileşmesi ve perineal onarımda Curcumin'in faydalarını araştırmak amacıyla yapılan çalışmada REEDA ölçeği kullanılmış olup iyileşme sürecine Povidon-iyot yerine kullanımının daha uygun olduğu tespit edilmiştir. Golezar (2016) “Epizyotomi sonrası perineal ağrı ve yara iyileşmesi üzerine ananas comosus etkisi: rastgele çift kör plasebo kontrollü klinik çalışma” isimli araştırmasında, epizyotomi sonrası 3., 7., ve 14. günlerde REEDA ölçeği kullanarak yara değerlendirmesi yapmıştır. Araştırma sonucunda, ananas sapsarı ve meyvelerden elde edilen bromelain ekstresinin epizyotomi ağrısı ve yara iyileşmesi üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir.

REEDA ölçeği ile yapılan ulusal çalışmalardan biri, Dereli Yılmaz ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Epizyotomi uygulamasının bakımında serum fizyolojik (SF) ve rivanolün iyileşme sürecine etkisinin araştırıldığı çalışmada, iki grup arasında toplam REEDA Ölçeği puanlarında 7., 14. ve 21. günlerde serum fizyolojik lehine anlamlı fark saptanmıştır. Bir diğer ulusal çalışma Durmaz ve Buğdaycı (2013)'nin “Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler” başlıklı çalışmasıdır. Bu çalışmada epizyotomi yaraları REEDA ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş, epizyotomi yara iyileşmesini geciktiren nedenlerin, ailenin kalabalıklığı, aylık ekonomik gelirin düşüklüğü, doğum sonrası banyo yapmanın gecikmesi ve doğru olmayan genital hijyen alışkanlıkları olduğu saptanmıştır. Toker ve Eroğlu (2005) “Epizyotomi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisi” başlıklı çalışmalarında, doğumdan sonra 1., 5., 15. ve 20. günlerde REEDA ölçeğinde kullanılan kriterleri değerlendirmişler ve epizyotomi bakımında normal su kullanımının, betadin kullanımına göre daha yararlı olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Yukarıda verilen literatür çalışmalarında görüldüğü gibi, REEDA ölçeğinin kullanıldığı araştırmalarda izlem günlerinin farklı olduğu ve doğum sonrası 1. gün ile 21. gün arasında değişen izlemlerin daha çok yapıldığı dikkat çekmektedir. En sık kullanılan izlemlerin ise 1., 3. ve 7. günlerde yoğunlaştığı gözlenmektedir. İlk 48 saatte yapılan bazı uygulamalar epizyotomi insizyon yarasının iyileşmesini olumlu etkilemektedir. Örneğin, soğuk uygulama yaparak perinede ödem ve ekimoz oluşumu

azaltılabilmektedir (Erbaba ve Pınar, 2016). Bu durum 1. gün izleminin önemini göstermektedir. Genel olarak bakıldığında ise ilk yedi gün izlem yapılmasının gereği ve önemi ortaya çıkmaktadır.

1.4.6.1. Cerrahi Yara Değerlendirmesinde Ölçek Kullanmanın Yararları

1. Ameliyat sonrası yara bakımı uygulamalarının, kanıta dayalı kılavuzlarla tutarlı olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Gillespie ve ark., 2014). Bu nedenle kanıta dayalı uygulama için değerlendirme ölçeklerinin kullanımı yararlı olacaktır.
2. Yara değerlendirme belgelerinin zamanlaması, içeriği ve doğruluğu değişkendir. Standartlaştırılmış ölçekler, tutarlılık ve açıklığı artırarak multidisipliner iletişime katkıda bulunur.
3. Ölçekleri kullanmak, klinik ortamda ölçek kullanımını azaltabilecek olası zorlukları belirlemeyi sağlar.
4. Ölçekleri kullanmada engelleyici faktörlerin ortaya çıkarılmasına ve sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği yapılmasına katkıda bulunur.
5. Uluslararası çalışmaların kıyaslanması için veri sağlar.

1.4.7. Cerrahi Yara İyileşmesi ve Değerlendirmesinde Hemşirenin Sorumluluğu

Dünya çapında gerçekleştirilen yıllık ameliyat sayısı, ameliyat sonrası yarının uygun yönetimine olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Ameliyat sonrası yarının uygun yönetimi, cerrahi alan enfeksiyonu ve yara ayrılması gibi ameliyat sonrası olası komplikasyonların gelişimini önlemek açısından önem taşımaktadır. Bu bağlamda, ameliyat sonrası yara yönetiminde önemli rol oynayan hemşirelerin, yara iyileşme sürecinde görülebilecek komplikasyonları ve bunların önlenmesine yönelik uygulamaları bilmeleri gerekmektedir (Kalkan ve Karadağ, 2017; Gürkan, 2019). Hemşirenin temel sorumluluklarından biri olan yara bakımı, en güncel yöntemler ve

ürünler kullanılarak en az komplikasyonla iyileşmeyi sağlayacak şekilde yapılmalıdır (Ashton ve Price, 2006; Benbow, 2014).

Yara bakımında ilk adım yaranın ayrıntılı değerlendirilmesi ile başlar. Yaranın değerlendirilmesi hemşirenin sorumluluğudur. Ancak yara değerlendirmede kullanılacak yöntemler ve kanıtlar tam olarak bilinmediğinden daha çok uygulamayı yapan hemşirenin kendi tercihleri doğrultusunda yapıldığı görülmektedir (Welsh, 2018).

Yara bakımında, bakımın planlanabilmesi için hastanın ve yaranın ayrıntılı değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirmeyi hemşirelerin yapabilmesi için yara iyileşme süreci ve iyileşmede etkili olan faktörleri bilmeleri önemlidir (Flanagan, 2003). Ayrıca hemşireler yara bakımı ile ilgili güncel bilgileri takip etmeli, en iyi yara bakım ürününün seçimi konusunda bilgi sahibi olmalı, yara bakım ürününe karar vermeli ve hastada görülecek sonuçların iyileşmesine yardım ederek, hasta memnuniyetini arttırmalıdır (Rızalar ve ark., 2019).

Türkiye’de yara bakımı konusunda hemşirelere rehberlik yapacak birçok çalışma yapılmıştır. Yara bakımına ilişkin yaşanan en önemli gelişme, 2000 yılında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde ilk Stomaterapi Ünitesinin ve 2008 yılında Ankara’da Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği’nin kurulmasıdır. Daha sonra, 2011 yılında Stoma ve Yara Bakımı Hemşireliğinin (SYBH) yasal olarak görev/yetki/sorumluluklarının tanımlanmasıdır (Öztürk ve Karadağ, 2019). Buna göre yara bakım hemşiresi genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra aşağıda belirtilen görevleri de yerine getirmekle yükümlüdür. Bunlar; yarayı değerlendirme, yaranın temizliğini yapma, yarayı yıkama ve pansumanı yapma, yaraya bandaj uygulama, bakım verdiği bireyi, yarayı, yara bakımına ilişkin ürünleri ve yara bakım uygulamalarını değerlendirerek en etkili ürüne karar verme, aileyi ve ekibi yönlendirmedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ancak Türkiye’de hemşirelerin yara bakımı konusunda tam bir otonomiye sahip olmadıkları yapılan çalışmalarda ortaya konulmaktadır. Rızalar ve ark. (2019)’ın

hemşirelerin yara bakım uygulamalarına ilişkin yaptıkları bir araştırmada, hemşirelerin % 86.8'inin çalıştıkları kurumda yara bakım ürünü seçimine ilişkin karara katılmadıkları, hemşirelerin % 84.6'sının, hastanın yara öyküsüne ilişkin bilgilerini alarak yara bakım formuna kaydetmedikleri ve yaptıkları yara bakımını hemşire gözlem formuna kaydettikleri belirlenmiştir (Rızalar ve ark., 2019).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin, kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı, kadın sağlığı ve doğum kliniği, doğum katında yatan hastalar üzerinde 20 Haziran-02 Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı klinik, hastane içerisinde altı katlı olan ayrı bir binada, toplam 125 yatak kapasitelidir. Doğumhane bünyesinde sekiz yatak, iki doğum salonu ve iki sezaryen ameliyathanesi bulunmaktadır. Ayrıca jinekolojik ameliyathanelerin yapıldığı üç ayrı ameliyathane daha bulunmaktadır. Poliklinik hizmetleri jinekoloji ve gebe olmak üzere iki ayrı birim halinde verilmektedir. Kliniğin hasta bakımında çalışan gündüz üç ve gece bir hemşirenin yanı sıra eğitim hemşiresi, topuk kanı alma hemşiresi, emzirme ve doğum salonu olmak üzere toplam 26 hemşire görev yapmaktadır.

2.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, bir üniversitenin, etik kurulu başkanlığından 30/01/2019-30 sayılı karar ile etik kurul izni (Ek-1), 05/04/2019-10311 sayılı karar ile kurum izinleri (Ek-2) alınmıştır. Ayrıca hastalara araştırmaya ilişkin açıklamalar yapılarak sözlü ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır. Araştırma gönüllülük esasına göre gerçekleştirilmiştir. Hastalara hastanede ve evde insizyon değerlendirmesi yapılacağı bilgisi verilmiş, kendilerine ait insizyon değerlendirilmesi yapılırken hasta odasında kendisinin istediği yakınlarının kalmasına izin verilmiş ancak diğer kişilerin odadan çıkarılması sağlanmıştır. Böylece hastaların

mahremiyetleri korunmuş ve çalışma için güven oluşturulmuştur. Hastaları evlerinde ziyaret etmeden önce telefonla ulaşılarak haber verilmiş ve evlerine gidilerek, hasta tanılama formu ve yara tanılama formunda bulunan her bir maddenin gözlem, ölçüm ve değerlendirmeleri yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini, bir üniversite hastanesinin kadın sağlığı ve doğum kliniği, doğum katında yatan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı ise alanında uzman bir istatistikçiden danışmanlık alınarak, araştırma yapılan ünitelerde bir önceki yıl gerçekleştirilen epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen sayısına göre ulaşılabilecek hasta sayısı Power Analiz yöntemi ile belirlenmiştir. Ölçülen değişken için gruplar arasındaki farkın etki büyüklüğü cinsinden karşılığı kullanılarak 1,50 belirlenmiştir. 1,50 değeri Cohen'in etki büyüklüğü dikkate alındığında ölçülen değişken için orta düzeyde bir etki genişliğine karşılık gelmektedir (Héroux, 2017; Kılıç, 2014). Bu koşullar altında örneklem genişliği gruplar arasındaki orta düzeyde bir etkinin anlamlı bulunabilmesi için alınması gereken en küçük değer olarak belirlenmiştir. Buna göre, ortalama fark: 1,50 olmak üzere, güç: 0,9, 1.tip hata: 0,05, N1: 50, toplam: 100 hasta evreni en iyi temsil edecek örneklem sayısı olarak belirlenmiştir.

İlk aşamada dört epizyotomili vajinal doğum, dört sezaryen doğum grubu olmak üzere sekiz hastanın katılımı ile ön uygulama yapılmış ve elde edilen veriler araştırmada kullanılmamıştır. Hastalara ulaşamama ya da araştırmadan çekilme olasılığı nedeniyle veri kaybı olabileceği ön görülerek, epizyotomili vajinal doğum yapan 53 ve sezaryen doğum yapan 54 olmak üzere toplam 107 hasta dâhil edilmiştir. Ancak veri kaybı olmamış ve araştırma planlanan şekilde tamamlanmıştır.

2.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- İletişim sorunu olmayan
- 18-50 yaş grubunda olan
- Epizyotomili vajinal doğum/sezaryen doğum yapan
- Medio-lateral epizyotomi yapılan (insizyonun rektuma uzama olasılığının düşük olması nedeniyle) (Erkiran, 2009; Ayhan ve Bozdağ, 2002)
- Ev ziyaretini kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

2.6. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Pre-eklemsi/eklemsi tanısı olan
- Sistemik hastalığı (arteriyel yetmezlik, venöz bozukluk, kanser ve diyabet) olan
- Steroid ve antikuagülan ilaç kullanan
- İnsizyon hattında dren bulunan
- Median epizyotomi yapılan
- Ring vaginit ve hematomu olan hastalar araştırmaya alınmamıştır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak “Hasta Tanılama Formu”, “Yara Tanılama Formu”, insizyon değerlendirme için “REEDA Ölçeği” ve ağrı değerlendirme için “Sayısal Değerlendirme Skalası” kullanılmıştır.

Hasta Tanılama Formu: Hastanın yaşı, eğitim durumu, beden kitle indeksi (BKİ), kapiller dolum düzeyi, laboratuvar sonuçlarından hemoglobin, lökosit ve International Normalized Ratio (INR) düzeyleri, sigara içme durumu, periferik O₂ saturasyonu, solunum güçlüğü ve sezaryen/vajinal doğum sonrası mobilizasyonuna ilişkin bilgileri kapsayan toplam 12 maddeden oluşan ve literatür bilgisi doğrultusunda

hazırlanan bir formdur (Ek-3) (Arslan ve ark. 2014; Bahadır ve ark., 2015; Kaya, 2013; Calderon ve ark., 2014).

Yara Tanılama Formu: Hastalara uygulanan insizyon türü, kullanılan dikiş materyalinin cinsi ve numarası, dikiş şekli, insizyonun boyutu olmak üzere toplam 4 maddeyi içermektedir (Ek-4). Yara tanılama formu araştırmacı tarafından literatür eşliğinde geliştirilmiştir (Şekerci Baran ve ark., 2018; Yıldız Karahmet ve Yazıcı, 2017).

REEDA Ölçeği: Epizyotomi ve sezaryen insizyon yaralarının değerlendirilmesinde REEDA ölçeği kullanılmıştır (Ek-5). REEDA ölçeği, 1970 yılında Davidson tarafından geliştirilmiş ve perine bölgesindeki yara iyileşmesi izlemi konulu yüksek lisans tezinde kullanılmıştır (Davidson, 1974). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 1990'da Hill tarafından yapılmıştır (Hill, 1990). Türkiye’de REEDA Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Üstünsöz tarafından yapılmış ve ‘‘Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi’’ adlı yüksek lisans tezinde kullanılmıştır (Üstünsöz, 1996). Araştırmamızda REEDA ölçeğinin alt boyutları için yapılan ICC (Intraclass Correlation Coefficients) sınıf içi korelasyon katsayıları: Kızarıklık: 0,63, Ödem: 0,55, Ekimoz: 0,80, Akıntı: 0,44 ve Yakınlaşma: 0,65 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin kızarıklık (Redness), ödem (Edema), ekimoz (Ecchymosis), akıntı (Discharge) ve yara kenarlarının yaklaşımı (Approximation) olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır (Erbaba ve Pınar, 2016). Ölçeğin her alt boyutu 4 (dört) aşamalı Likert tipi değerlendirme kullanılarak derecelendirilmiştir. Değerlendirme 0-3 arasında yapılmaktadır. Ölçek puanının toplamı 0-15 arasında değişmektedir. Ölçek puanı yükseldikçe, yara iyileşmesinin kötüleştiği anlaşılmaktadır.

Ölçeğin metrik olarak değerlendirilebilen üç adet alt boyut bulunmaktadır. Bunlar kızarıklık, ödem ve ekimozdur. Yapılan ölçümlerden alınan 0, 1 ve 2 puanların üst sınırları tanımlanmış olup 3 puanın üst sınırı belirli değildir. Buna göre kızarıklık alt boyutunda 3 puanın karşılığı ‘‘insizyonun bilateral 0,5 cm ötesinde olarak ifade

edilirken, ödem alt boyutunda “perine ve/veya vulvada 2 cm’den büyük”, ekimoz alt boyutunda “bilateral 1 cm’den veya unilateral 2 cm’den büyük” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu nedenle kızarıklık, ödem ve ekimoz alt boyutlarının 3 puan karşılığı olan metrik ölçüm miktarlarının çok farklı düzeylerde olması beklenmektedir.

Araştırmamızda REEDA ölçeği metrik değerlendirmesi, her bir alt boyut (Kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yakınlaşma) ölçümleri santimetre (cm) cinsinden değerlendirilerek yapılmıştır. Ölçekten +3 puan alınabilmesi için kızarıklık alt boyutunun insizyonun iki tarafında 0,5 cm’den fazla, ödemin 2 cm’den fazla, ekimozun insizyonun iki tarafında 1 cm’den ve tek tarafında 2 cm’den fazla olması gerekmektedir.

Sayısal Değerlendirme Skalası: Numeric Rating Scale (NRS): Araştırmamıza katılan hastalar, cerrahi travma yaşadıkları ve yara iyileşme sürecinin inflamasyon aşamasındaki bulgularından biri de ağrı olduğu için hastaların insizyon bölgesindeki ağrının değerlendirilmesi de yapılmıştır. Ağrı değerlendirmesi için NRS kullanılmıştır (Ek-6). Sayısal ölçekler, kullanım kolaylığı ve basit yapısı nedeniyle tıptaki araştırmalarda en yaygın kullanılan ağrı ölçüm araçlarından biridir (Albayrak ve Kurt, 2016). Skala üzerinde “ağrı yok (0)” tan “olabilecek en şiddetli ağrı (10)” ya kadar olan seviyeler mevcuttur (Koşucu ve ark., 2014; Summers, 2001).

2.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların 1., 3. ve 7. günlerinde toplanmıştır. Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum sonrası hastaların hastanede kalış süresi 1-2 gün arasındadır. Bu nedenle hastaların 1.gün izlemleri hastanede yapılmıştır.

Her iki gruptaki hastalar ile tanıştıktan sonra çalışmanın amacı açıklanarak, veri toplama süreci hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” okutulup imzalatıldıktan sonra ölçüm ve değerlendirme işlemlerine

başlanmıştır (Ek-7). Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum sonrası, hasta tanılama formu, yara tanılama formu, REEDA ölçeği ve NRS kullanılmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Hastaların 3. ve 7. gün izlemleri taburcu olmaları nedeniyle evlerinde ziyaret edilerek gereken değerlendirme işlemleri gerçekleştirilmiştir.

Doğumdan sonra yapılan ilk izlemede (1.gün) hasta tanılama formundaki bilgiler hasta ile görüşülerek, laboratuvar sonuçları ise (Hemoglobin, lökosit ve INR) hasta dosyasından elde edilmiştir. Kapiller geri dolun ve periferik saturasyon testi araştırmacı tarafından ölçülerek kaydedilmiştir. Kapiller geri dolun testi hastaların başparmak tırnaklarından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçları üç grup şeklinde sınıflandırılmıştır: Bunlar:

1. Hemen pembe,
2. 2 saniyeden geç geri dolun
3. Geri dolun yok seçenekleridir.

Periferik saturasyon değerlendirmesi ise pulse oksimetre kullanılarak hastanın işaret parmağından ölçülmüş ve kaydedilmiştir. Pulse oksimetre, arteriyel kanda oksijenlenmiş hemoglobin yüzdesini belirleyen bir araçtır (Hinkelbein ve ark., 2007). Solunum yetmezliği ve hiperkapni riski taşımayan akut hastalar için önerilen hedef doyumluk aralığı % 94-98'dir (O'Driscoll ve ark., 2008). Hastanın oksijen seviyesini ölçmek ve uygun müdahalenin ne zaman yapılması gerektiğinin erken belirlenmesine yardımcı olmak için periferik saturasyon değerlendirmesi yapılabilir (Olive, 2016).

Yara değerlendirmesi için ölçüm ve gözlem yapılmıştır. İnsizyonun boyutu ve REEDA ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesinde, esnek materyalden yapılmış milimetre ve santimetre cinsinden değerleri gösteren bir cetvel (mezura) kullanılmıştır. İnsizyon boyutu ve ölçekteki her bir parametrenin boyutları ölçülmüş ve ölçek formuna kaydedilmiştir.

Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum sonrası, 1. 3. ve 7. izlem günlerinde, hastaların ağrı düzeyleri NRS kullanılarak belirlenmiştir. Hastaların ağrı düzeyi incelemesi, her izlem gününde REEDA ölçeği değerlendirmesi ile birlikte yapılmıştır. NRS üzerinde bulunan 0-10 arasındaki sayılar hastaya gösterilerek, o anda insizyon bölgesinde hissettiği ağrının hangi sayı düzeyinde olduğu sorulmuş ve verilen yanıtlar NRS formu üzerinde işaretlenmiştir.

2.9. İstatistik Değerlendirme

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi IBM SPSS 22 programı ve R programlama dili (R 3.5.2, <https://cran.r-project.org>) kullanılarak yapılmıştır (R Core Team, 2019). Değişkenlerin türüne (kategorik ve sürekli) ve normal dağılıma uygunluğuna bakılarak uygun tanımlayıcı istatistikler ve hipotez testlerine karar verilmiştir. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler olan sayı ve yüzde kullanılmıştır. Kategorik değişkenler bakımından gruplar arası farklılıklar Ki-Kare testleri ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılım kontrolleri Shapiro-Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağıldığı tespit edilen değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapmalar kullanılmıştır. Sayısal ölçümler için gruplar arası karşılaştırmalar (Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum grupları) normal dağılan değişkenler için Student t testi kullanılarak, normal dağılmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tekrarlı ölçümler yapılan değişkenler için zaman içerisindeki değişimler, epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum grupları için ayrı ayrı incelenmiştir. Tekrarlı ölçümlerde normallik varsayımları sağlanmadığı için, zaman içindeki değişimler Friedman testi ile incelenmiştir. Test sonucunda anlamlı bir fark bulunan değişkenler için, farklılığı yaratan izlem günleri Nemenyi Post-Hoc testi ile incelenmiştir. Hipotez testleri için istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya yalnızca epizyotomi ve sezaryen insizyonları olan kadın hastalar alınmıştır. Araştırma sonuçlarının diğer inziyon yaralarının değerlendirilmesinde kullanılması uygun değerildir. İnsizyon yara iyileşmesini etkileyen faktörler olarak yaş, eğitim, sigara içme durumu, beden kitle indeksi (BKI) ve dâhil edilme kriterlerinde belirtilen durumlar dikkate alınmıştır. Ayrıca araştırma tek bir merkezde yapılmıştır.



3. BULGULAR

Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında yara iyileşmesinin REEDA ölçeği ile değerlendirildiği bu araştırmada elde edilen bulgular, altı başlık altında verilmiştir. Bunlar;

- 3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular
- 3.2. Laboratuvar ve Fizik Değerlendirme Bulguları
- 3.3. REEDA Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular
- 3.4. İnsizyon Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya dâhil edilen epizyotomili vajinal doğum (n=53) ve sezaryen doğum yapan (n=54) kadınların tanıtıcı özellikleri Çizelge 3.1’de verilmiştir.

Çizelge 3.1. Kadınları Tanıtıcı Özellikler

	Epizyotomili Vajinal Doğum (n = 53)		Sezaryen Doğum (n = 54)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
18-25	23	(43,4)	15	(27,8)	0,185
26-33	21	(39,6)	24	(44,4)	
Eğitim					
İlkokul	16	(30,2)	20	(37,0)	0,337
Ortaöğretim	27	(50,9)	29	(53,7)	
Aile Yapısı					
Çekirdek	47	(88,7)	48	(88,9)	0,973
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	42	(79,2)	38	(70,4)	0,291
Kaçıncı Doğum					
1	25	(47,2)	21	(38,9)	0,580
2	19	(35,8)	20	(37,0)	
Sigara					
İçiyor	13	(24,5)	12	(22,2)	0,888
İçmiyor	33	(62,3)	36	(66,7)	
Brakmış	7	(13,2)	6	(11,1)	

Çizelge 3.1 incelendiğinde, epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların % 43,4'ü (n: 23) 18-25 yaş grubunda, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise % 44,4'ü (n: 24) 26-33 yaş grubunda oldukları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki gruptaki kadınların benzer yaş dağılımına sahip olduğu ($p>0,05$) bulunmuştur. Epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların % 50,9'unun (n: 27), sezaryen doğum grubundaki kadınların ise % 53,7'sinin (n: 29) ortaöğretim mezunu oldukları ve eğitim düzeyleri açısından benzer özelliklere sahip oldukları, istatistiksel değerlendirmede aralarında fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kadınların aile yapıları incelendiğinde, epizyotomili vajinal doğum grubunun % 88,7'sinin (n: 47) ve sezaryen doğum grubunun % 88,9'unun (n: 48) çekirdek aile yapısına sahip oldukları tespit edilmiş olup, bu durumun iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların % 79,2'si (n: 42), sezaryen doğum grubundaki kadınların ise % 70,4'ü (n: 38) herhangi bir işte çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların % 47,2'sinin (n: 25), sezaryen doğum grubundaki kadınların ise % 38,9'unun (n: 21) ilk doğumu, epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların % 35,8'inin (n: 19), sezaryen doğum grubunda ise % 37,0'sinin (n: 20) ikinci doğumu olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen verilere göre epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların % 62,3'ü (n: 33) ve sezaryen doğum grubundaki kadınların % 66,7'si (n: 36) sigara içmediklerini belirtmişlerdir. Sigara içme durumu iki grup bir istatistiksel farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

3.2. Laboratuvar ve Fizik Değerlendirme Bulguları

Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların laboratuvar ve fizik değerlendirme bulguları Çizelge 3.2’de verilmiştir. Kadınların hemoglobin, lökosit, International Normalized Ratio (INR) değerleri doğum öncesi saatlerde hasta dosyasından elde edilmiştir. Fizik değerlendirme bulguları ise (Kapiller geri dolun, periferik oksijen saturasyonu (SaO₂), BKİ, mobilizasyon saati, solunum sıkıntısı ve insizyon boyutu) doğumdan sonra birinci izlem gününde değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.2. Laboratuvar ve Fizik Değerlendirme Bulguları

	Epizyotomili Vajinal Doğum (n:53) ort.±SS ya da Ortanca [Min-Max]	Sezaryen Doğum (n:54) ort.±SS ya da Ortanca [Min-Max]	P
Laboratuvar Bulguları			
Hemoglobin	12,01 ± 1,26	10,54 ± 1,51	< 0,001
Lökosit	16,98 ± 5,84	14,60 ± 4,29	0,018
INR	0,94 [0,85-1,20]	0,95 [0,89-2,00]	0,035
Fizik Değerlendirme Bulguları			
BKİ	27,23 ± 4,42	28,54 ± 4,60	0,130
SaO ₂	97 [93–98]	96,5 [89–99]	0,362
Mobilizasyon Saat	0,5 [0,5–6,0]	5,0 [2,0–7,5]	< 0,001
İnsizyon Boyutu (cm)	4,5 [3,5–6,0]	18,0 [14,0–24,0]	< 0,001
Kapiller Geri Dolun			
Hemen Pembe	43 (81,1)	41 (75,9)	
İki Saniyeden Geç	10 (18,9)	12 (22,2)	0,632 **
Geri Dolun Yok	0 (0,0)	1 (1,9)	
Solunum Sıkıntısı			
Evet	6 (11,3)	16 (29,6)	
Hayır	47 (88,7)	38 (70,4)	0,019

-Normal dağılan değişkenler Ortalama ± Standart Sapma ile normal dağılmayan değişkenler ise Ortanca (En küçük–En Büyük) değerler ile gösterilmiştir.

-Normal dağılan değişkenler Student’s t-test, diğer değişkenler ise Mann-Whitney U test ile değerlendirilmiştir.

-Gözelerin beklenen frekansları 5’in altında olduğu için Monte-Carlo denemeli Fisher Exact test sonuçları verilmiştir. ‘Diğer’ kategorisi göz ardı edilmiştir.

-“Geri Dolun Yok” kategorisi göz ardı edilmiştir.

Çizelge 3.2’deki laboratuvar bulguları incelendiğinde, doğuma alınmadan önceki saatlerde kadınların kan hemoglobin düzeyi epizyotomili vajinal doğum grubunda 12,01 ± 1,26 ve sezaryen doğum grubunda 10,54 ± 1,51 olup, epizyotomili vajinal doğum grubunda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir (p<0,001).

Doğuma alınmadan hemen önceki saatlerde lökosit değeri, epizyotomili vajinal doğum grubunda $16,98 \pm 5,84$ ve sezaryen doğum grubunda $14,60 \pm 4,29$ 'dur. Yapılan istatistiksel karşılaştırma sonucunda epizyotomili vajinal doğum grubunda daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). INR ortanca değeri, epizyotomili vajinal doğum grubunda $0,94 [0,85-1,20]$ ve sezaryen doğum grubunda $0,95 [0,89-2,00]$ olup, sezaryen grubunun INR değerleri daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Kadınların fizik değerlendirme bulgularına bakıldığında, BKİ değerleri ortalaması epizyotomili vajinal doğum grubunda $27,23 \pm 4,42$ ve sezaryen doğum grubunda $28,54 \pm 4,60$ olup iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Doğum sonrasındaki ilk 24 saatte ölçülen SaO_2 düzeyi ortanca değeri, epizyotomili vajinal doğum grubunda 97, sezaryen doğum grubunda 96,5 olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Doğumdan sonra ilk ayağa kalkma (mobilizasyon) sürelerinin, sezaryen doğum grubunda 5,0 saat, epizyotomili vajinal doğum grubunda 0,5 saat olduğu, sezaryen doğum grubunun mobilizasyonunun daha uzun zamanda gerçekleştiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$).

İnsizyon boyutunun, sezaryen doğum grubunda 18,0 cm, epizyotomili vajinal doğum grubunda 4,5 cm olduğu tespit edilmiş ve sezaryen doğum grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

Epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınlarda % 81,1 (n: 43) ve sezaryen doğum grubu kadınlarda % 75,9 (n: 41) olmak üzere, kapiller geri dolum zamanının "hemen pembe" olduğu ve gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Sezaryen doğum grubundaki kadınlarda, doğumdan sonraki birinci izlem gününde solunum sıkıntısı çekenlerin oranının % 29,6 (n: 16) ile epizyotomili vajinal doğum grubuna göre % 11,3 (n: 6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

3.3. REEDA Ölçeği Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümdeki bulgular;

3.3.1. REEDA Ölçeği toplam puanlarına ilişkin bulgular,

3.3.2. REEDA Ölçeği alt boyutları puanlarına ilişkin bulgular,

3.3.3. REEDA Ölçeği metrik ölçümlerine ilişkin bulgular olarak sunulmaktadır.

3.3.1. REEDA Ölçeği toplam puanlarına ilişkin bulgular

Grupların izlem günlerine göre (1., 3. ve 7.) grup içi ve gruplar arasındaki karşılaştırmaları, ortanca [min-max] ve ortalama \pm standart sapma verileri Çizelge 3.3 ve Grafik 3.1’de verilmektedir.

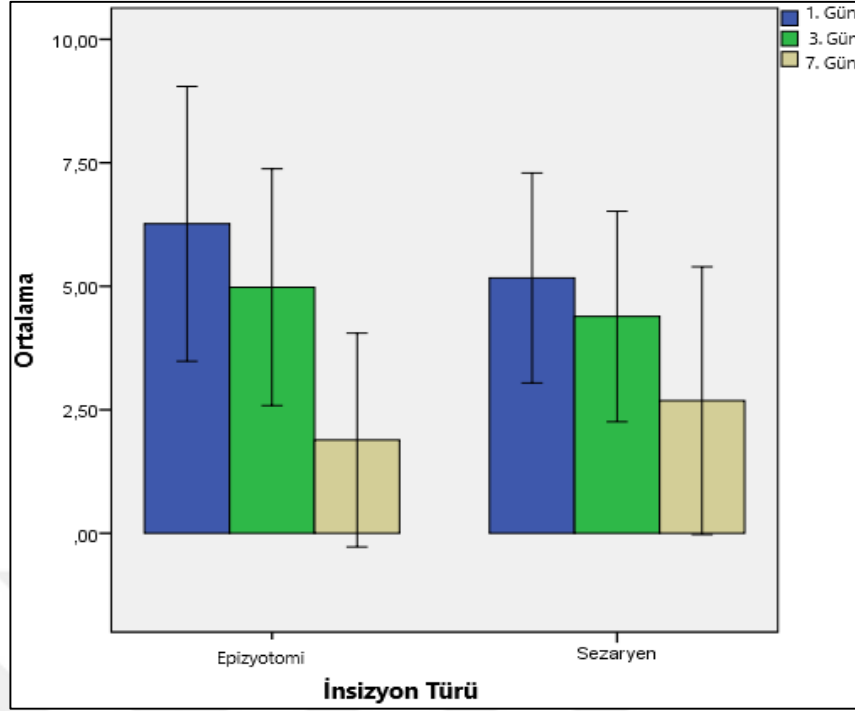
Çizelge 3.3. Grupların İzlem Günlerine Göre REEDA Ölçeği Toplam Puanları

	Epizyotomili Vajinal Doğum (n: 53) Ortanca [Min-Max] /Ortalama \pm ss	Sezaryen Doğum (n: 54) Ortanca [Min-Max] /Ortalama \pm ss	p (Mann-Whitney)
1. gün	6 [1 – 12] ^a /6,26 \pm 2,78	5 [1 – 12] ^a /5,15 \pm 2,11	<0,023
3. gün	5 [1 – 12] ^b /4,96 \pm 2,40	4 [0 – 14] ^a /4,42 \pm 2,09	>0,247
7. gün	1 [0 – 14] ^c /1,92 \pm 2,15	2 [0 – 12] ^b /2,57 \pm 2,70	>0,069
P (Friedman)	p<0,001	p<0,001	

- Ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile her bir grup içerisinde zamana göre karşılaştırmalar ise Friedman testi ile incelenmiştir.

- Friedman testi sonrası her grup içerisinde ikili karşılaştırmalar Nemenyi testi ile incelenmiştir.

- Grup içi ikili karşılaştırmalar harfler ile belirtilmiştir. Farklı harflere sahip grup içi karşılaştırmaların istatistik açısından anlamlı olduğu görülmüştür. Harfleri farklı olan karşılaştırmalar anlamlı, aynı olan karşılaştırmalar anlamlı değildir.



-Kalın çubuklar ortalamaları, ince çizgiler min-max'ları göstermektedir.

Şekil 3.1. Grupların İzlem Günlerine Göre REEDA Ölçeği Toplam Puanları

Çizelge 3.3 ve Şekil 3.1'de epizyotomili vajinal doğum grubunda üç izlem gününde REEDA ölçeği toplam puanlarının grup içi karşılaştırmasına bakıldığında, epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. izlem gününde 6 [1-12]/6,26 ± 2,78 puan aldığı görülmektedir. Bu değerler, 3. izlem gününde 5 [1-12]/4,96 ± 2,40 ve 7. izlem gününde 1 [0-14]/1,92 ± 2,15 olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre epizyotomili vajinal doğum grubunun 1., 3. ve 7. izlem günlerinde iyileşme yönünde anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Yapılan grup içi karşılaştırma sonucunda istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık olduğu ve toplam puanların her izlem gününde azaldığı belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Sezaryen doğum grubunun üç izlem gününde REEDA ölçeği toplam puanlarının grup içi karşılaştırması incelendiğinde, 1. izlem günü 5 [1-12]/5,15 ± 2,11, 3. izlem günü 4 [0-14]/4,42 ± 2,09, 7. izlem günü ise 2 [0-12]/2,57 ± 2,70 olduğu görülmektedir. Sezaryen doğum grubunda 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Ancak, 7. izlem günündeki toplam puan değeri 1. ve 3. izlem günlerinden anlamlı derecede farklı ve daha düşük

olarak tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Grup içi karşılaştırmada, sezaryen doğum grubunun 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,001$), 1. ve 7., 3. ve 7. izlem puanları arasında anlamlı farklılık olduğu, 7. İzlem gününde puanların azaldığı belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum grubunun üç izlem gününde REEDA ölçeği toplam puanlarının gruplar arası karşılaştırmasında, 1. izlem günü epizyotomili vajinal doğum grubunun toplam puanları $6 [1-12]/6,26 \pm 2,78$, sezaryen doğum grubunun ise $5 [1-12]/5,15 \pm 2,11$ olarak bulunmuştur. Epizyotomili vajinal doğum grubunda REEDA ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Grupların 3. izlem günündeki toplam puanları epizyotomili vajinal doğum grubunda $5 [1-12]/4,96 \pm 2,40$, sezaryen doğum grubunda ise $4 [0-14]/4,42 \pm 2,09$ olarak bulunmuştur. Grupların 7. izlem günü REEDA ölçeğinden aldıkları toplam puanları, epizyotomili vajinal doğum grubunda $1 [0-14]/1,92 \pm 2,15$, sezaryen doğum grubunda ise $2 [0-12]/2,57 \pm 2,70$ olarak bulunmuştur. REEDA ölçeği toplam puanlarının 3. ve 7. izlem günlerinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

3.3.2. REEDA Ölçeğinin Alt Boyutları Puanlarına İlişkin Bulgular

Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarının izlem günlerine göre (1., 3. ve 7. günler) REEDA ölçeğinin her bir alt boyutundan aldıkları puanların, grupların kendi içerisindeki ve gruplar arası karşılaştırmaları Çizelge 3.4'de verilmiştir.

Çizelge 3.4. Ölçek Alt Boyutlarından Alınan Puanların İzlem Günlerine Göre Dağılımı

	Epizyotomili Vajinal Doğum n:53 Ortanca [Min-Max] /Ortalama ± ss	Sezaryen Doğum n:54 Ortanca [Min-Max] /Ortalama ± ss	p (Mann-Whitney)
Kızarıklık			
1. gün	2 [0 – 3] ^a /1,83 ± 0,72	1 [0 – 3] ^a /1,33 ± 0,77	< 0,001
3. gün	2 [0 – 3] ^a /1,55 ± 0,79	1 [0 – 3] ^a /1,09 ± 0,81	< 0,003
7. gün	1 [0 – 3] ^b /0,64 ± 0,65	0 [0 – 3] ^b /0,30 ± 0,72	< 0,001
p (Friedman)	< 0,001	< 0,001	
Ödem			
1. gün	2 [0 – 3] ^a /1,79 ± 0,57	1 [1 – 3] ^a /1,38 ± 0,53	< 0,001
3. gün	2 [0 – 3] ^a /1,64 ± 0,56	1 [0 – 2] ^a /1,06 ± 0,63	< 0,001
7. gün	0 [0 – 3] ^b /0,55 ± 0,61	0 [0 – 2] ^b /0,40 ± 0,66	>0,218
p (Friedman)	< 0,001	< 0,001	
Ekimoz			
1. gün	1 [0 – 2] ^a /1,06 ± 0,74	1 [0 – 3] ^a /1,27 ± 0,73	>0,192
3. gün	1 [0 – 3] ^a /0,96 ± 0,78	1 [0 – 3] ^a /1,35 ± 0,58	< 0,011
7. gün	0 [0 – 2] ^b /0,47 ± 0,57	1 [0 – 2] ^b /1,00 ± 0,58	< 0,001
p (Friedman)	< 0,001	< 0,003	
Akıntı			
1. gün	1 [0 – 2] ^a /0,68 ± 0,72	0 [0 – 2] ^a / 0,30 ± 0,53	< 0,003
3. gün	0 [0 – 2] ^b /0,18 ± 0,44	0 [0 – 2] ^a / 0,15 ± 0,45	>0,420
7. gün	0 [0 – 3] ^b /0,06 ± 0,41	0 [0 – 3] ^a / 0,33 ± 0,82	< 0,005
p (Friedman)	< 0,001	>0,235	
Yakınlaşma			
1. gün	1 [0 – 2] ^a /0,91 ± 0,68	1 [0 – 2] ^a / 0,87 ± 0,70	>0,884
3. gün	1 [0 – 2] ^a /0,58 ± 0,60	1 [0 – 2] ^a / 0,72 ± 0,60	>0,186
7. gün	0 [0 – 3] ^b /0,21 ± 0,53	0 [0 – 3] ^a / 0,63 ± 0,71	< 0,001
p (Friedman)	< 0,001	>0,072	

-Ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile her bir grup içerisinde zamana göre karşılaştırmalar ise Friedman testi ile incelenmiştir.
 -Friedman testi sonrası her grup içerisinde ikili karşılaştırmalar Nemenyi testi ile incelenmiştir.
 -Grup içi ikili karşılaştırmalar harfler ile belirtilmiştir. Farklı harflere sahip grup içi karşılaştırmaların istatistik açısından anlamlı olduğu görülmüştür. Harfleri farklı olan karşılaştırmalar anlamlı, aynı olan karşılaştırmalar anlamlı değildir.

Epizyotomili vajinal doğum grubunun REEDA Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların üç izlem günü arasındaki karşılaştırması aşağıda verilmektedir.

Kızarıklık alt boyutu: Çizelge 3.4.'e bakıldığında, epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. izlem günü kızarıklık alt boyutu puanlarının 2 [0- 3]^a/1,83 ± 0,72 olduğu görülmektedir. Bu değerler 3. izlem günü 2 [0-3]^a/1,55 ± 0,79 ve 7. izlem günü 1 [0-3]^b/0,64 ± 0,65 olarak bulunmuştur. İzlem günleri arasındaki değişim açısından bakıldığında 1. ve 3. izlem günü puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmazken, 7. izlem günü puanlarının 1. ve 3. izlem günlerine göre daha düşük olduğu, özellikle 3. ve 7. izlem günü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir (p< 0,001).

Ödem alt boyutu: Çizelge 3.4.'de gösterildiği gibi, epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. izlem günü ödem alt boyutu puanları $2 [0-3]^a/1,79 \pm 0,57$ 'dir. Bu değerler 3.izlem gününde $2 [0-3]^a/1,64 \pm 0,56$ ve 7.izlem gününde $0 [0-3]^b/0,55 \pm 0,61$ olarak bulunmuştur. Ödem alt boyutuna ilişkin bulgular incelendiğinde epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı, ancak 3. ve 7. izlem günlerinde istatistiksel bakımdan puanları arasında anlamlı fark olduğu ve 7. izlem günü puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0,001$).

Ekimoz alt boyutu: Epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. izlem günü ekimoz alt boyutu puanları $1 [0-2]^a/1,06 \pm 0,74$ 'dür. Bu değerler 3. izlem gününde $1 [0-3]^a/0,96 \pm 0,78$, 7. izlem gününde ise $0 [0-2]^b/0,47 \pm 0,57$ olarak bulunmuştur. Elde edilen bu bulgulara göre epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı, 3. ve 7. izlem günlerinde istatistiksel bakımdan puanların anlamlı fark olduğu, 7. izlem gününde puanların daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Akıntı alt boyutu: Epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. izlem günü akıntı alt boyutu puanları $1 [0-2]^a/0,68 \pm 0,72$ 'dir. Bu değerler 3. izlem gününde $0 [0-2]^b/0,18 \pm 0,44$, 7. izlem gününde ise $0 [0-3]^b/0,06 \pm 0,41$ olarak bulunmuştur. Bu bulgulara göre epizyotomili vajinal doğum grubunun 3. ve 7. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı ancak 1. ve 3. izlem günlerindeki puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olduğu, 1. izlem gününde alınan puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Yakınlaşma alt boyutu: Epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. izlem günü yakınlaşma alt boyutu puanları $1 [0-2]^a/0,91 \pm 0,68$ 'dir. Bu değerler 3. izlem gününde $1 [0-2]^a/0,58 \pm 0,60$, 7. izlem gününde ise $0 [0-3]^b/0,21 \pm 0,53$ olarak bulunmuştur. Yakınlaşma alt boyutu bulguları incelendiğinde, epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. ve 3. izlem günlerinin puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı, 7. izlem günü puanlarının ise daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,001$).

Sezaryen doğum grubunun REEDA ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların üç izlem günü arasındaki karşılaştırması aşağıda verilmektedir

Kızarıklık alt boyutu: Çizelge 3.4. incelendiğinde, sezaryen doğum grubunun 1. izlem gününde kızarıklık alt boyutu puanlarının $1 [0-3]^a/1,33 \pm 0,77$ olduğu görülmektedir. Bu değerlerin 3. izlem gününde $1 [0-3]^a/1,09 \pm 0,81$, 7. izlem gününde ise $0 [0-3]^b/0,30 \pm 0,72$ olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre sezaryen doğum grubunun 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı, ancak 3. ve 7. izlem günü puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olduğu ve 7. izlem gününde alınan puanların daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Ödem alt boyutu: Sezaryen doğum grubunun 1. izlem günü ödem alt boyutu puanları $1 [1-3]^a/1,38 \pm 0,53$ 'dir. Bu değerler 3. izlem gününde $1 [0-2]^a/1,06 \pm 0,63$ ve 7. izlem gününde $0 [0-2]^b/0,40 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre sezaryen doğum grubunun 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı, ancak 3. ve 7. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olduğu ve 7. izlem gününde alınan puanların daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Ekimoz alt boyutu: Sezaryen doğum grubunun 1. izlem günü ekimoz alt boyutu puanları $1 [0-3]^a/1,27 \pm 0,73$ 'dür. Bu değerler 3. izlem gününde $1 [0-3]^a/1,35 \pm 0,58$, 7. izlem gününde ise $1 [0-2]^b/1,00 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgular incelendiğinde sezaryen doğum grubunun 1. ve 3. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı, ancak 1. ve 7. izlem günleri ile 3. ve 7. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olduğu, 7. izlem gününde alınan puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Akıntı alt boyutu: Sezaryen doğum grubunun 1. izlem günü akıntı alt boyutunun ortanca [min-max] ve ortalama \pm standart sapma puanları $0 [0-2]^a/0,30 \pm 0,53$ 'dür. Bu değerler 3.izlem gününde $0 [0-2]^a/0,15 \pm 0,45$, 7.izlem gününde ise $0 [0-3]^a/0,33 \pm 0,82$ olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre sezaryen doğum grubunun 1. ve 3., 3.

ve 7. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yakınlaşma alt boyutu: Sezaryen doğum grubunun 1. izlem günü yakınlaşma alt boyutunun ortanca [min-max] ve ortalama \pm standart sapma puanları 1 [0-2]^a/0,87 \pm 0,70'dir. Bu değerler 3.izlem gününde 1 [0-2]^a/0,72 \pm 0,60, 7.izlem gününde ise 0 [0-3]^a/0,63 \pm 0,71 olarak bulunmuştur. Sezaryen doğum grubunun 1. ve 3., 3. ve 7. izlem günleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.4).

Üç izlem gününde REEDA ölçeği alt boyutlarından alınan puanların gruplar arası karşılaştırması aşağıda verilmektedir.

Kızarıklık alt boyutu puanlarının gruplar arası karşılaştırması: Çizelge 3.4.'e göre epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların 1. izlem gününde REEDA ölçeğinin kızarıklık alt boyutundan aldıkları puanların ortanca [min-max] ve ortalama \pm standart sapma değerleri 2 [0-3]/1,83 \pm 0,72'dir. Sezaryen doğum grubunun ise 1 [0-3]/1,33 \pm 0,77 olduğu, aradaki farkın epizyotomili vajinal doğum grubu lehine daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p< 0,001$).

Kızarıklık alt boyutundan alınan puanların 3. izlem gününde epizyotomili vajinal doğum grubundaki hastalarda 2 [0-3]/1,55 \pm 0,79, sezaryen doğum grubundaki hastalarda ise 1 [0-3]/1,09 \pm 0,81 olduğu bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada, puanların epizyotomili vajinal doğum grubu lehine yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Epizyotomili vajinal doğum grubunun 7. izlem gününde kızarıklık alt boyutundan aldıkları puanlar 1 [0-3]/0,64 \pm 0,65, sezaryen doğum grubunun ise 0 [0-3]/0,30 \pm 0,72 olarak bulunmuştur. 7. izlem gününde grupların kızarıklık alt boyutundan aldıkları puanların, epizyotomili vajinal doğum grubunda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p< 0,001$).

REEDA Ölçeği kızarıklık alt boyutunda her izlem gününde, epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların puanları daha yüksek bulunmuştur.

Ödem alt boyutu puanlarının gruplar arası karşılaştırması: Çizelge 3.4'e göre epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların 1. izlem gününde REEDA ölçeğinin ödem alt boyutundan aldıkları puanlar $2 [0-3]/1,79 \pm 0,57$ 'dir. Sezaryen doğum grubunun puanları ise $1 [1-3]/1,38 \pm 0,53$ olarak bulunmuş, epizyotomili vajinal doğum grubu puanlarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Ödem alt boyutundan alınan puanların 3. izlem gününde epizyotomili vajinal doğum grubundaki hastalarda $2 [0-3]/1,64 \pm 0,56$, sezaryen doğum grubundaki hastalarda ise $1 [0-2]/1,06 \pm 0,63$ olduğu bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada epizyotomili vajinal doğum grubunun puanları daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Epizyotomili vajinal doğum grubunun 7. izlem gününde ödem alt boyutundan aldıkları puanlar $0 [0-3]/0,55 \pm 0,61$, sezaryen doğum grubunun ise $0 [0-2]/0,40 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. 7. izlem gününde grupların ödem alt boyutundan aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Ekimoz alt boyutu puanlarının gruplar arası karşılaştırması: Epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların 1. izlem gününde REEDA ölçeğinin ekimoz alt boyutundan aldıkları puanlar $1 [0-2]/1,06 \pm 0,74$ 'dür. Sezaryen doğum grubunun puanları ise $1 [0-3]/1,27 \pm 0,73$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin ekimoz alt boyutundan alınan puanların gruplar arası karşılaştırmalarında 1.izlem gününde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Grupların her ikisinde de kadınların 3. izlem gününde REEDA ölçeğinin ekimoz alt boyutundan aldıkları puanlar $0 [0-3]$ olarak bulunmuştur. Sezaryen doğum grubunun 3. izlem gününde ekimoz alt boyutu puanının ortalama \pm standart sapma değerleri $1,35 \pm 0,58$ olup, epizyotomili vajinal doğum grubuna göre ($0,96 \pm 0,78$) daha yüksektir. Gruplar arası karşılaştırmada ekimoz alt boyutu puanlarının sezaryen doğum grubu puanlarının daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Epizyotomili vajinal doğum grubundaki hastaların 7. izlem gününde REEDA ölçeğinin ekimoz alt boyutundan aldıkları puanlar $0 [0-2]/0,47 \pm 0,57$ 'dir. Bu değerler sezaryen doğum grubunda $1 [0-2]/1 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada ekimoz alt boyutundan alınan puanların, sezaryen doğum grubunda daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Akıntı alt boyutu puanlarının gruplar arası karşılaştırması: Çizelge 3.4'e göre epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların 1. izlem gününde REEDA ölçeğinin akıntı alt boyutundan aldıkları puanlar $1 [0-2]/0,68 \pm 0,72$ 'dir. Sezaryen doğum grubunun puanları ise $0 [0-2]/0,30 \pm 0,53$ olarak bulunmuş, gruplar arası karşılaştırmada epizyotomili vajinal doğum grubu puanlarının daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Akıntı alt boyutundan alınan puanların 3. izlem gününde epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların puanları $0 [0-2]/0,18 \pm 0,44$ 'dür. Sezaryen doğum grubundaki kadınların puanları ise $0 [0-2]/0,15 \pm 0,45$ olup gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Grupların her ikisinde de kadınların 7. izlem gününde REEDA ölçeğinin akıntı alt boyutundan aldıkları puanların ortanca değerleri $0 [0-3]$ olarak bulunmuştur. Sezaryen doğum grubundaki kadınların akıntı alt boyutu puanlarının ortalama \pm standart sapma değerleri $0,33 \pm 0,82$ olup, epizyotomi grubuna göre ($0,06 \pm 0,41$) daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada, sezaryen doğum grubu puanlarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Yakınlaşma alt boyutu puanlarının gruplar arası karşılaştırması: Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarının her ikisinde de 1. ve 3. izlem gününde REEDA ölçeğinin yakınlaşma alt boyutundan alınan puanların ortanca değeri $1 [0-2]$ olarak bulunmuştur. Ortalama \pm standart sapma değerleri ise 1. izlem günü epizyotomili vajinal doğum grubunda $0,91 \pm 0,68$ ve sezaryen doğum grubunda $0,87 \pm 0,70$, 3. izlem günü ise epizyotomili vajinal doğum grubunda $0,58 \pm 0,60$ ve sezaryen doğum grubunda $0,72 \pm 0,60$ 'dir. Gruplar arası karşılaştırmada yakınlaşma alt boyutundan alınan puanların

istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). 7. izlem gününde epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarının her ikisindeki kadınların yakınlaşma alt boyutundan aldıkları puanların ortanca değeri 0 [0–3], ortalama \pm standart sapma değerleri ise epizyotomili vajinal doğum grubunda $0,21 \pm 0,53$ ve sezaryen doğum grubunda $0,63 \pm 0,71$ 'dir. Ölçeğin yakınlaşma alt boyutundan alınan puanların gruplar arası karşılaştırmasında, 7. izlem gününde sezaryen doğum grubu puanlarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p< 0,001$) (Çizelge 3.4).

3.3.3. REEDA Ölçeğinin Metrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Araştırmamıza katılan kadınların REEDA ölçeği ile yapılan insizyon yara değerlendirmesinde kızarıklık, ödem ve ekimoz alt boyutlarından 3 puan alanların, metrik değerleri ölçülerek kaydedilmiştir. Ancak bu alt boyutlarda üç puan alan kadınların, izlem günlerine göre yeterli sayıda olmaması nedeniyle herhangi bir istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır. Elde edilen bulgular tanımlayıcı istatistikler ile Çizelge 3.5’de verilmiştir.

Çizelge 3.5. REEDA Ölçeğinden Alınan Üç Puanın Metrik Değerleri (cm)

Ölçek alt boyutları	Epizyotomili Vajinal Doğum Grubu (N:53)	Sezaryen Doğum Grubu (N:54)	Toplam	Ortanca (Min - Max)
Kızarıklık				
1. izlem günü	7	2	9	0,7 [0,6 – 0,9]
3. izlem günü	5	1	6	0,9 [0,8 – 1,0]
7. izlem günü	1	1	2	0,8 [0,6 – 1,0]
Ödem				
1. izlem günü	4	1	5	2,35 [2,30 – 2,40]
3. izlem günü	1	-	1	2,30
7. izlem günü	1	-	1	2,30
Ekimoz				
1. izlem günü	-	3	3	2,35 [2,30 – 2,40]
3. izlem günü	1	1	2	1,85 [1,50 – 2,20]

Çizelge 3.5.’e bakıldığında, kızarıklık alt boyutundan 1. izlem gününde 3 puan alan kadın sayısının toplam dokuz olduğu, bunlardan yedisinin epizyotomili vajinal

doğum grubunda ve ikisinin sezaryen doğum grubunda olduğu görülmektedir. 3. izlem gününde beş kadın epizyotomili vajinal doğum grubunda, bir kadın da sezaryen doğum grubunda olmak üzere toplam altı kadın 3 puan almışlardır. 7. izlem gününde 3 puan alan kadın sayısının toplam 2 olduğu, bunlardan birinin epizyotomili vajinal doğum grubunda ve birinin sezaryen doğum grubunda olduğu görülmektedir. Kızarıklık alt boyutunun 1. izlem gününde 3 puan alan kadınların metrik ölçüm değerleri 0,7 [0,6-0,9], 3. izlem gününde 0,9 [0,8-1,0] ve 7. izlem gününde 0,8 [0,6-1,0] olarak bulunmuştur.

Ödem alt boyutundan 1. izlem gününde 3 puan alan kadın sayısının toplam beş olduğu, bunlardan dördünün epizyotomili vajinal doğum grubunda ve birinin sezaryen doğum grubunda olduğu görülmektedir. Ödem alt boyutunda 1. izlem günü ölçülen metrik değerlerin ortanca değeri 2,35 [2,30–2,40] olmuştur. Ödem alt boyutundan 3. ve 7. izlem günlerinde 3 puan alan birer kadın olduğu, her ikisinin de epizyotomili vajinal doğum grubunda bulunduğu ve ölçülen metrik değerlerin 2,30 olduğu görülmektedir.

Ekimoz alt boyutundan 1.izlem gününde 3 puan alan kadın sayısının üç ve sezaryen doğum grubunda olduğu görülmektedir. 3. izlem gününde 3 puan alan kadın sayısının toplam iki olduğu, birinin epizyotomili vajinal doğum grubunda ve birinin de sezaryen doğum grubunda olduğu görülmektedir. Ekimoz alt boyutunda 1. izlem günü ölçülen metrik puan değerinin 2,35 [2,30–2,40] ve insizyon hattında tek taraflı ekimoz bulgusu olduğu gözlenmiştir. İzlemin 3. günü ise ölçülen metrik puan değerinin 1,85 [1,50 – 2,20] ve iki taraflı ekimoz bulgusu olduğu belirlenmiştir.

3.4. İnsizyon Ağrı Değerlendirmesi Puanlarına İlişkin Bulgular

Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarında bulunan kadınların üç izlem günü ağrı düzeylerinin dağılımı Çizelge 3.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.6. Kadınların Ağrı Düzeyleri

Grup	Ağrı Düzeyi – Ortanca [Min–Max]/Ortalama ± standart sapma			p*
	1. İzlem Günü	3. İzlem Günü	7. İzlem Günü	
Epizyotomili Vajinal Doğum Grubu	4 [0 - 9]/3,98±2,42	1 [0 - 8]/1,79±1,89	0 [0 - 9]/0,94±1,58	< 0,001
Sezaryen Doğum Grubu	5 [1 - 9]/4,80 ±1,41	3 [0 - 8]/3,50 ±2,12	1 [0 - 9]/4,00 ±5,65	< 0,001
p**	0,070	< 0,001	< 0,001	

* Grupların izlem günlerindeki ağrı düzeylerinin değişimi Friedman testi ile incelenmiştir.
** Her izlem gününde gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir.

Çizelge 3.6.'ya göre epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların 1., 3. ve 7.gün NRS puan ortanca/ortalama standart sapmaları sırasıyla 4 [0 - 9]/3,98 ± 2,42, 1 [0 - 8]/1,79 ± 1,89, 0 [0 - 9]/0,94 ± 1,58 olarak bulunmuştur. Kadınların aldıkları NRS puanlarına göre ağrı düzeylerinin izlem günleri içinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır (p<0,001).

Sezaryen doğum grubundaki kadınların 1., 3. ve 7. gün NRS puan ortanca/ortalama standart sapmaları sırasıyla 5 [1 - 9]/4,80 ± 1,41 3 [0 - 8]/3,50 ± 2,12 1 [0 - 9]/4,00 ± 5,65 olarak bulunmuş ve izlem günleri arasındaki azalan ağrının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Tüm izlem günlerinde, sezaryen doğum grubunun ağrı düzeyi epizyotomili vajinal doğum grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. İzlemin 3. ve 7. günlerinde ağrı düzeylerindeki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0,001).

4. TARTIŞMA

Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında yara iyileşmesinin REEDA ölçeği ile değerlendirildiği bu araştırmadan elde edilen bulgulara ilişkin tartışma iki başlık altında toplanmıştır.

4.1. REEDA Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

4.2. İnsizyon Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

4.1. REEDA Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Epizyotomili vajinal doğum grubunun REEDA ölçeği toplam puanlarında izlem günlerine göre (1., 3. ve 7. günler) olumlu yönde değişim gerçekleştiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Marzouk ve ark., (2015) epizyotomi iyileşmesini inceledikleri araştırmalarında, epizyotomi sonrası 7. günde kadınların REEDA ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasını $3,93 \pm 3,65$ olarak bulmuşlardır. Shahrahmani ve ark., (2018) İran'da yaşayan kadınların epizyotomi insizyonunu değerlendirdikleri araştırmalarında, REEDA ölçeği toplam puan ortalamalarını 3. izlem gününde $3,33 \pm 1,155$ ve 10. izlem gününde $2,63 \pm 1,066$ olarak saptamışlardır. Eghdampour ve ark. (2013), kadınlarda aloe vera ve calendula'nın epizyotomi iyileşmesi üzerine etkisi belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, 1. izlem günü REEDA toplam puanını $4,32 \pm 1,38$ ve 5. izlem günü puanını $3,48 \pm 1,77$ olarak saptamışlardır. Alvarenga ve ark. (2015) Brezilya'da yaptıkları araştırmada, kadınların ölçek toplam puan ortalamalarının 1.izlem gününde $1,06 \pm 1,38$, 3.izlem gününde $0,80 \pm 1,22$ ve 7. izlem gününde $0,72 \pm 1,03$ olduğunu tespit etmişlerdir.

Yukarıda verilen yurt dışı araştırmalarda, epizyotomi insizyon yaralarının iyileşmesinde zamana göre bir değişim gözlenmemiştir. Araştırmamızda epizyotomi insizyonu yara iyileşme sürecinin iyileşme yönünde değişim gösterdiği dikkate

alındığında, izlemin 3. günü puanlarının literatür ile benzerlik gösterdiği, 1. günü daha düşük ve 7. günü daha yüksek olmak üzere izlemlerindeki puanların farklılık olduğu görülmüştür.

Türkiye’de REEDA ölçeği kullanılarak yapılan araştırmaların bazılarında, ölçek alt boyutlarının varlığı ya da yokluğu değerlendirilmiştir (Üstünsöz, 1996; Toker ve Eroğlu, 2005). Epizyotomi insizyonunun iyileşme aşamalarının izlenmesinde metrik ölçümler yapılarak elde edilen toplam puanlara ilişkin bilgilerin verildiği araştırmalar sınırlı sayıda olup aşağıda sunulmaktadır.

Durmaz (2008) tarafından yapılan araştırmada, REEDA ölçeği kullanılmış olup toplam puanların 1. izlem gününde $0,74 \pm 0,9$, 5. izlem gününde $3,15 \pm 1,8$ ve 15. izlem gününde $2,21 \pm 2,3$ olduğu bulunmuştur. Durmaz ve Buğdaycı (2013)’nın araştırmalarında kadınların epizyotomi sonrası 1. izlem günündeki REEDA toplam puanları $0,77 \pm 1,27$, 5. izlem gününde $3,44 \pm 2,00$ ve 15. izlem gününde $2,59 \pm 2,72$ bulunmuştur. Dereli Yılmaz ve ark. (2010) yapmış oldukları araştırmada, epizyotomi insizyonu bakımında serum fizyolojik kullanımının etkisini incelemişler ve REEDA ölçeği toplam puanlarının 1., 7. ve 14. günlerde sırasıyla $3,9 \pm 2,1$, $4,1 \pm 2,2$ ve $1,2 \pm 1,8$ şeklinde olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamızın sonuçları sadece Dereli Yılmaz ve ark.’nın çalışması ile benzerlik göstermekte, diğer çalışmalarda ise yara iyileşmesinin olumsuz yönde ilerlediği gözlenmektedir. Epizyotomi insizyon yaralarının değerlendirilmesinde REEDA ölçeği toplam puanlarında ortaya çıkan farklılığın, doğumun gerçekleştiği hastane şartları, insizyon işlemindeki farklı koşullar, hastaların hijyen alışkanlıkları ya da ölçümü yapan araştırmacılardan kaynaklanan nedenlerle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Sezaryen doğum grubunun grup içi karşılaştırmasında ise REEDA ölçeği toplam puanları 1. ve 3. izlem günlerinde aynı olup 7. izlem gününde olumlu yönde değişim gerçekleştiğini göstermektedir. Sezaryen insizyonunun REEDA ölçeği ile değerlendirilmesinde yurt dışında yapılan iki araştırmaya rastlanmıştır. Bunlardan biri, Heidari ve ark. (2013)’nin İran’da yaşayan kadınların sezaryen insizyon yarasını doğumdan sonra 7. günde değerlendirdikleri çalışmadır. Bu çalışmada REEDA ölçeği

toplam puanının ortalama $3,48 \pm 1,87$ olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın 7. izlem günü sonuçları Heidari ve ark.'ın çalışmaları ile benzerlik göstermektedir.

Diğer alışma ise Samadi ve ark. (2010), tarafından yapılan araştırmada sezaryen insizyon yara iyileşmesi REEDA leği kullanarak 10. günde değerlendirilmiş ve toplam puan ortalaması $0,79 \pm 1,17$ olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda sezaryen doğum grubu için bulunan 7. izlem günü puanları, Samadi ve ark.'ın çalışmasında elde edilen puanlara göre yüksek olup yara iyileşmesinin daha az gerçekleştiğini göstermektedir. Bu durum, 3 gün önce ölçüm yapmış olmamız, sezaryen ameliyatının yapıldığı ameliyathane ortamının koşulları ve sezaryen insizyon yarasının bakımında farklılık bulunması nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

REEDA leği toplam puanlarının, izlem günlerine göre gruplar arası karşılaştırması incelendiğinde, 1. izlem günü toplam puanları epizyotomili vajinal doğum grubunda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Bu farkın epizyotomi bölgesindeki derinin daha ince, bölgenin daha hassas ve vajinal doğumda travma oluşma olasılığının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği dşnlmştir. Gruplar arası toplam ölçek puanlarında 3. ve 7. izlem günlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Her iki insizyon bölgesindeki travmanın etkileri ortadan kalktığında, inflamasyon süreci benzer şekilde devam etmiş olabilir. Ayrıca epizyotomili vajinal doğum grubunda, her izlem gününde toplam puanların anlamlı şekilde azalma göstermesi, epizyotomi insizyon boyutunun sezaryen insizyonuna göre daha kısa ve daha yüzeysel olması nedeniyle, epizyotomi yara iyileşmesinin daha hızlı ilerlediği şeklinde yorumlanmıştır. Sezaryen insizyon boyutunun ise daha uzun ve derin olması, inflamasyon sürecinin daha uzun olması nedeniyle sezaryen iyileşmesinin 1. ve 3. izlem günlerinde ölçek puanları arasında fark oluşmamış olabilir. Yarada meydana gelen inflamasyon 3. izlem gününden sonra azalma gösterdiğinden, sezaryen grubunda 7. izlem gününde ölçek puan ortalaması daha düşük bulunmuş olabilir.

REEDA Ölçeği ile yapılan epizyotomi ve sezaryen insizyon türlerinde yara değerlendirmesi sonuçları yukarıda açıklanan nedenlerle farklı gelişmeler göstermiş olabilir. Literatürde epizyotomili vajinal doğum ile sezaryen doğum arasında REEDA ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı herhangi bir araştırmaya rastlanmadığı için gruplar arası karşılaştırmalarda literatür tartışması yapılamamıştır.

Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre epizyotomi ve sezaryen insizyonları değerlendirmesinde epizyotomi grubunda izlem günlerine göre REEDA Ölçeği puanları arasında fark bulunmuş, sezaryen grubunda sadece 7. izlem gününde fark bulunmuştur. Böylece H01 hipotezi olan “Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında izlem günlerine göre REEDA Ölçeği ile yapılan yara değerlendirmesinde toplam puanlar arasında fark yoktur” hipotezini kısmen doğrulamaktadır.

Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarının, ölçek alt boyutlarına ilişkin grup içi karşılaştırmalarında, kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yaklaşma alt boyutlarının tümünde izlem günleri süresince REEDA puanlarında azalma olduğu tespit edilmiştir.

REEDA Ölçeği alt boyutlarının izlem günlerine göre beş alt boyuta ilişkin grup içi puan değişimleri, her iki grupta da 1. ve 3. izlem günlerinde istatistiksel olarak anlamlı değil iken, 7. izlem gününde ilk iki izleme gününe göre daha düşük ve istatistiksel olarak da anlamlıdır. İzlem günlerine göre REEDA ölçeği alt boyutlarının gruplar arası karşılaştırmasında, genellikle epizyotomili vajinal doğum grubunun ölçek alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildiği görülmüştür.

Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda kızarıklık alt boyutunda epizyotomili vajinal doğum grubunun tüm izlem günlerinde, ödem alt boyutunda yine epizyotomili vajinal doğum grubunun 1. ve 3. izlem günlerinde alınan puan ortalamaları sezaryen grubuna göre daha yüksektir. Ekimoz alt boyutunda 3. ve 7. izlem günlerinde sezaryen doğum grubunun puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Akıntı alt boyutunun 1. izlem gününde epizyotomili vajinal doğum grubunun puan ortalaması daha yüksek ve

7. izlem gününde sezaryen doğum grubunun puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yakınlaşma alt boyutu puan ortalamaları ise 7. izlem gününde sezaryen doğum grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Mahishale ve ark. (2013), epizyotomi insizyonunu REEDA ölçeği kullanarak değerlendirdikleri araştırmada 1. ve 3. izlem gününde kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yakınlaşma alt boyutlarının tümünde iyileşme yönünde değişim olduğunu tespit etmişler ve sonraki günlerde izlem yapmamışlardır. Araştırmamızın bulguları, bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Baruah ve Raddi (2010) Hindistan'da yaşayan kadınların epizyotomi yaralarının iyileşmesini değerlendirdikleri araştırmalarında, REEDA ölçeği kullanmışlar ve sadece 1. günde izlem yapmışlardır. Kızarıklık alt boyutunun daha az iyileştiğini, ödem, akıntı ve yaklaşma alt boyutlarının ise daha yüksek düzeyde iyileşme gösterdiğini tespit etmişlerdir. Araştırmamızın bulgularında kızarıklık alt boyutu puanının 1. izlem gününde Baruah ve Raddi'nin çalışmasına göre daha iyi olması dışında bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

REEDA ölçeğinin alt boyutlarını metrik olarak değerlendiren ulusal araştırmalardan biri Dereli Yılmaz ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. epizyotomi insizyonunun 1. ve 7. izlem günlerinde kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yakınlaşma alt boyutlarının tümünde yara iyileşmesinin yüksek düzeyde gerçekleştiği tespit edilmiş olup 3. gün izlemi yapılmamıştır. Bir diğer ulusal araştırma ise Çobanoğlu ve Şendir (2020) tarafından, epizyotomi insizyon yarasının bakımında Hypericum perforatum yağı kullanımının iyileşmeyi kolaylaştırmadaki etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. REEDA ölçeği alt boyutlarının 1., 5. ve 10. izlem günlerinde değerlendirildiği araştırmada, kızarıklık, ödem, ekimoz, akıntı ve yakınlaşma alt boyutları puanlarının her izlem günü için yüksek düzeyde iyileşmeyi gösterdiği saptamışlardır.

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, epizyotomili vajinal doğum grubundaki kadınların kızarıklık, ödem ve ekimoz alt boyutlarının iyileşme düzeyleri tüm izlem günlerinde literatür ile benzerlik göstermektedir.

REEDA ölçeği kızarıklık ve ödem alt boyutunda, tüm izlem günlerinde puan ortalamalarının, epizyotomili vajinal doğum grubunda sezaryen doğum grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, epizyotomi bölgesinin daha ince deriye sahip olması ve doğum sırasında travmaya maruz kalması, kadınların kişisel hijyen alışkanlıkları ve kültürel davranışları, hastanedeki epizyotomi prosedürünün koşulları olabileceği olabileceği şekilde yorumlanmıştır.

Ekimoz alt boyutunda 3. ve 7. izlem günlerinde, akıntı alt boyutunda 7. izlem gününde ve yakınlaşma alt boyutunda 7. izlem gününde, sezaryen doğum grubunun puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Sezaryen ameliyatında daha geniş bir insizyonun yapılması, yara iyileşme sürecinin daha uzun olması, ayağa kalkma ve boşaltım sırasında, batın içi basıncının sezaryen insizyonunu daha fazla basınç altında bırakması bu sonucu yaratmış olabilir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, H02 hipotezi olan “Epizyotomi ve sezaryen inziyonlarında izlem günlerine göre REEDA ölçeği ile yapılan yara değerlendirmesinde, ölçeğin beş alt boyutu puanları arasında fark yoktur” hipotezini doğrulamamaktadır. Epizyotomi ve sezaryen inziyonlarında izlem günlerine göre REEDA ölçeği ile yapılan yara değerlendirmesinde, ölçeğin beş alt boyutu puanları arasında fark bulunmuştur.

Ölçekten üç puan alan kadınların, kızarıklık alt boyutundan aldıkları metrik değerlerin 0,7 ile 1 cm arasında değiştideği görülmektedir. Ödem alt boyutu metrik değerlerinin 2,3 ile 2,4 cm arasında olduğu, ekimoz alt boyutunun ise tek taraflı 2,3 ile 2,4 ve iki taraflı 1,5 ile 2,2 cm arasında değer aldığı tespit edilmiştir. Yapılan literatür taramasında REEDA ölçeği alt boyutlarının metrik ölçümler ile belirtilmediği gözlenmiştir. Bu nedenle santimetre cinsinden elde edilen ölçüm sonuçları başka araştırmalar ile karşılaştırılamamış ve tartışılamamıştır.

4.2. İnsizyon Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan kadınların insizyon bölgesinde hissettikleri ağrı düzeylerine ilişkin puanlar sezaryen doğum grubunda, epizyotomili vajinal doğum grubuna göre daha yüksektir. Özellikle 3. ve 7. gün izlemlerinde tespit edilen ağrı düzeyleri, sezaryen grubundaki kadınlarda epizyotomili vajinal doğum grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Mahishale ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada epizyotomi insizyonu sonrası 3. izlem gününde hastaların ağrı puan ortalaması $5,8 \pm 1,7$ bulunmuştur. Marzouk ve ark. (2015)'un epizyotomi iyileşmesini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada, hastaların 7. gün izlemlerinde ağrı puan ortalaması $2,1 \pm 2,2$ bulunmuştur. Moudi ve ark. (2018) çalışmalarında, epizyotomi sonrası ağrı puanları 3. izlem gününde ortanca değerinin $3,67 [0,86-15,65]$, 7. izlem gününde ise $2,02 [0,93-4,39]$ olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamıza katılan epizyotomili vajinal doğum grubu kadınların ağrı düzeyi yurt dışında yapılan çalışmalara göre daha düşüktür. Bu sonucun, kadınların yaşadıkları kültüründen kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Türkiye'de kadınların ağrı algısına ilişkin yapılan çalışmalarda, kadın hastaların ağrıyı daha fazla algıladıkları belirtilmiş olmasına rağmen, geçmiş ameliyat deneyimi, psikolojik faktörler, kişilik yapısı, preoperatif dönemdeki anksiyete düzeyi, sosyo-kültürel ve çevresel vb. pek çok faktörden etkilendiği bildirilmektedir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Karcıoğlu, 2010).

Yapılan çalışmalarda, subkutan sürekli dikiş kullanımının ve ebelerin ya da dikişi yapan hekimin yüksek düzeydeki beceri ve uzmanlığının, epizyotomi sonrası ağrı şiddetini azalttığı bildirilmiştir (López Lapeyrere ve ark., 2020; Kettle ve ark, 2012). Araştırmamızın yapıldığı hastanede subkutan sürekli dikiş tekniğinin kullanılmasının, çalışmamıza katılan kadınların epizyotomi insizyonunda hissettikleri ağrı şiddetinin azalmasında etkili olan faktörlerden biri olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan sezaryen doğum grubundaki kadınların ameliyat sonrası 3. ve 7. izlem günü NRS puanlarının epizyotomi grubuna göre anlamlı derecede

yüksek olması, sezaryen insizyon boyutunun, epizyotomi insizyonuna göre çok daha fazla olması nedeniyle sezaryen doğum grubundaki kadınların daha fazla ağrı hissetmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca sezaryen ameliyatının fizyolojik ve psikolojik etkileri hastaların ağrı hissini daha yoğun yaşamalarına neden olabilir. Özlü ve ark. (2016)'nın yapmış oldukları “Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi” başlıklı çalışmada, sezaryen sonrası 1. günde kadınların % 41,7'sinin şiddetli ağrı, 25,0'ının ise çok şiddetli ağrı çektiği belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada, sezaryen grubu hastaların doğum sonrası ağrı düzeyleri ($5,3 \pm 2,6$) vajinal doğum grubundakilere göre daha düşük bulunmuş ve sezaryen olan kadınlardaki ağrı beklentisinin ve sonrasında hissedilen ağrının subjektif olarak daha az olmasının, bu algı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Yüksel ve ark., 2015). Araştırmamıza katılan sezaryen doğum grubu kadınların ağrı düzeyi epizyotomili vajinal doğum grubuna göre yüksek bulunmasına rağmen, Yüksel ve ark. elde ettikleri sonuçlara göre daha düşüktür. Bu sonuç araştırmamızda sezaryen sonrası ağrının, kadınlar tarafından daha düşük düzeyde algılandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, H03 hipotezi olan “Epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların izlem günlerine göre NRS ile yapılan ağrı değerlendirilmesinde ağrı puanları arasında fark yoktur” hipotezini doğrulamamaktadır. Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında izlem günlerine göre insizyon ağrı değerlendirmesi arasında fark olduğu bulunmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında yara iyileşmesinin REEDA ölçeği ile yapılan karşılaştırmasında, ölçekten alınan toplam puanların 1. izlem gününde, epizyotomili vajinal doğum grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İzlemin 3. ve 7. günlerinde ise gruplar arasında farklılık bulunmadığı ve her iki grupta insizyon yara iyileşmesinin olumlu yönde değişim gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle epizyotomi ve sezaryen insizyon yaralarının en fazla 7. günde iyileşme açısından önemli değişim gösterdikleri tespit edilmiştir.

Epizyotomi grubundaki kadınların insizyon yara iyileşmesi her izlem gününde olumlu gelişme gösterirken sezaryen grubunda ilk iki izlem gününde değişim göstermediği, son izlem olan yedinci günde olumlu yönde önemli bir değişim gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre sezaryen insizyon yara iyileşmesinin, epizyotomi insizyonuna göre daha uzun zamanda gerçekleştiği sonucu gözlenmiştir.

REEDA ölçeğinin metrik değerlendirmesinde, kızarıklık, ödem ve ekimoz alt boyutlarından +3 puan alan hastalar olduğu tespit edilmiş olup bu alt boyutların değerlendirilmesinde metrik ölçümlerin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum grubu kadınların aldıkları NRS puanlarına göre ağrı düzeylerinin tüm izlem günleri içinde azalma gösterdiği belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Sezaryen insizyon yaralarının hemşireler tarafından izleminde ve değerlendirilmesinde REEDA ölçeğinin kullanılması,
- REEDA ölçeğinin kullanımında, alt boyutların varlığı-yokluğu şeklinde çalışmalar yerine, metrik ölçümlü çalışmalar yapılması,
- REEDA ölçeği puanlarının etkilendiği değişkenlerin araştırılması amacıyla, ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda belirlenen değişkenlerin değerlendirilmesi,
- Epizyotomi ve sezaryen insizyon yaralarının izlenmesinde, REEDA ölçeğinin alt boyutlarında olmayan ağrı değerlendirmesinin de yapılması,
- REEDA Ölçeğini cerrahi insizyon yaralarının değerlendirilmesinde kullanılırken, ödem alt boyutundaki perine ve vulva terimlerinin “insizyon” şeklinde değiştirilmesi,
- REEDA ölçeğinin metrik ölçümlerinde kullanılabilecek, standart bir metrik ölçüm aracının geliştirilmesi için çalışmalar yapılması,
- REEDA ölçeğindeki kızarıklık ve ekimoz alt boyutlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek standart bir renk skalasının geliştirilmesi için çalışmalar yapılması,
- REEDA Ölçeğinin görsel değerlendirmesi amacıyla bilgisayar destekli programlar geliştirilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Epizyotomi ve Sezaryen İnsizyonlarında Yara İyileşmesinin REEDA Ölçeği İle Değerlendirilmesi

Bu araştırma epizyotomi ve sezaryen insizyonlarında yara iyileşmesinin REEDA ölçeği ile değerlendirilmesi amacıyla, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı türde, insizyonu izleyen üç farklı günde yara değerlendirmesi yapılarak yürütüldü. Araştırmanın evrenini 20.06.2019-02.08.2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kadın sağlığı ve doğum kliniğinde yatan hastalar, örneklemini ise epizyotomili vajinal doğum yapan 53 ve sezaryen doğum yapan 54 olmak üzere toplam 107 kadın oluşturdu. Araştırma verileri Hasta Tanılama Formu, Yara Tanılama Formu, REEDA Ölçeği ve “Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS)” kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi IBM SPSS 22 programı ve R programlama dili kullanılarak yapıldı.

Araştırmanın 1. izlem gününde epizyotomili vajinal doğum grubunda REEDA ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,05$). REEDA ölçeği toplam puanlarının 3. ve 7. izlem günlerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yaratmadığı görüldü ($p>0,05$). Epizyotomili vajinal doğum grubunun REEDA ölçeği alt boyut puanları kızarıklık için tüm izlem günlerinde, ödem için 1. ve 3., akıntı için 1. izlem gününde daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sezaryen doğum grubunun REEDA ölçeği alt boyut puanları ise ekimoz için 3. ve 7. izlem günlerinde, akıntı ve yaklaşma için 7. izlem gününde daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Ölçeğin metrik olarak değerlendirilebilen kızarıklık (17 ölçüm), ödem (7 ölçüm) ve ekimoz (5 ölçüm) alt boyutlarından toplam 29 ölçüm sonucunun üç puan olduğu bulundu.

Sezaryen insizyon yaralarında iyileşme sürecinin, epizyotomi insizyon yaralarına göre daha geç gelişim gösterdiği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Epizyotomi İnsizyonu, REEDA Ölçeği, Sezaryen İnsizyonu, Yara Değerlendirmesi, Yara İyileşmesi

SUMMARY

Evaluation of Wound Healing in Episiotomy and Cesarean Incisions Using REEDA Scale

This study was carried out by evaluating wound healing in episiotomy and cesarean incisions with the REEDA scale on three different days following the incision. The study was carried out in 2019, between the 20th of June and the 2nd of August, at the Gynecology and Obstetrics Department of the Ankara University Faculty of Medicine Cebeci Research and Practice Hospital. The study population comprised 53 female patients who had vaginal delivery with episiotomy and 54 patients who had cesarean delivery. Research data were collected via the patient diagnosis form, wound diagnosis form, REEDA scale, and Numeric Rating Scale (NRS). Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 22.0 software (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and R programming language.

On the 1st follow-up day, it was determined that the total REEDA scale scores were statistically significantly higher in the vaginal delivery group with episiotomy ($P < 0,05$). On the 3rd and 7th follow-up days, no statistically significant differences were observed in the total REEDA scale scores between the groups ($P > 0,05$). The REEDA scale subscale scores of the vaginal delivery group with episiotomy were statistically significantly higher on all of the follow-up days for redness, on the 1st and 3rd follow-up days for edema, and on the 1st follow-up day for discharge ($P < 0,05$). The REEDA scale subscale scores of the cesarean delivery group were statistically significantly higher on the 3rd and 7th follow-up days for ecchymosis, and on the 7th follow-up day for discharge and convergence ($P < 0,05$). A total of 29 measurement results were determined at 3 different time points with regards to redness (17), edema (7), and ecchymosis (5), which were all evaluated in metric.

It was determined that the healing process in cesarean incision wounds developed later than episiotomy incision wounds.

Keywords: Cesarean Incision, Episiotomy Incision, REEDA Scale, Wound Assessment, Wound Healing

KAYNAKLAR

- ACAR K, AYGİN D (2015). Yaşlılarda yara gelişimi risk faktörleri, önleme ve bakım yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **19**: 54-59.
- ACAR K, AYGİN D (2016). Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1**: 17-22.
- AKSOY G, KANAN N, AKYOLCU N (2017). *Cerrahi Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara 178-190.
- AKSOY H, BİNGÖL ÖZAKPINAR Ö (2014). Yara iyileşmesi ve oksidatif stres. *Marmara Pharmaceutical Journal*, **18**: 153-158.
- AKTAŞ A, TOPALOĞLU S, ÇALIK A, ARSLAN MK, ÖNCÜ M, İNCİ İ, ALHAN E, PİŞKİN B (2012). Kolorektal cerrahide ASEPSIS yöntemiyle yara takibi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, **28**: 175-181.
- AKYÜZ N (2008). Yara İyileşmesi ve Bakımında Temel İlkeler. Erdost ŞK, Çetinkale O (ed.). *Yara Bakımı ve Tedavisi*, s.:11-15. Hünkâr Ofset, İstanbul.
- ALBAYRAK A, KURT E (2016). Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mastektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Din Piskolojisi Özel Sayısı*: 41-81.
- ALVARENGA MB, FRANCISCO AA, OLIVEIRA SMJV, SILVA FMB, SHIMODA GT, DAMIANI LP (2015). Episiotomy healing assessment: Redness, oedema, ecchymosis, discharge, approximation (REEDA) scale reliability. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, **23**: 162-168.
- ARSLAN N, TANRIVERDİ MH, ASLANHAN H, DANE B (2014). Gebelikteki aneminin doğum şekli ve yeni doğan üzerine etkileri. *Dicle Tıp Dergisi*, **41**: 138-143.
- ASGAR POUR H, DEMİR KORKMAZ F (2010). Açık kalp cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **26**: 77-86.
- ASHCROFT GS, MİLLS SJ (2002). Androgen receptor-mediated inhibition of cutaneous wound healing. *Journal of Clinical Investigation*, **110**: 615-624.
- ASHTON J, PRICE P (2006). Survey comparing clinicians' wound healing knowledge and practice. *The British Journal of Nursing*, **15**: 18-26.
- ATTİNGER C, JANIS J, STEINBERG J, SCHWARTZ J, AL-ATTAR A, COUCH K (2006). Clinical approach to wounds: débridement and wound bed preparation including the use of dressings and wound-healing adjuvants. *Plastic and Reconstructive Surgery*, **117**: 72-109.

- AY F, ECEVİT ALPAR Ş (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, **22**: 21-29.
- AYDIN E, BULUT H (2014). Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *TAF Prev Med Bull*, **13**: 77-82.
- AYGİN D, MARUL F (2016). Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1**: 28-36.
- AYHAN A, BOZDAĞ G (2002). *Eylem ve Doğumun İdaresi ve Yönetimi*. Benson&Pernoll Obstetrik ve Jinekoloji. 10. Baskı. Palme Yayınları, Ankara, 35-52.
- BAE L, PING YE W (2013). Post-operative wound management. *Reprinted From Australian Family Physician*, **42**: 867-870.
- BAHADIR A, AKCA Ö, BÜLBÜL İ, KAHVECİ R, ÖZKARA A (2015). Superverfarinin cilt emilimi sonucu ortaya çıkan INR yüksekliği ve vitamin K eksikliği: Olgu sunumu. *Medeniyet Medical Journal*, **30**: 99-101.
- BARUAH B, RADDİ SA (2010). A study to assess the effect of infrared radiation (lamp) in episiotomy wound healing among postnatal mothers. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*, **2**: 236-238.
- BATES-JENSEN BM, WOOLFOLK N (2007). Acute Surgical Wound Management. Sussman C (ed.). *Wound Care*, p.:322-335. 3rd Ed. Baltimore, USA.
- BAUM CL, ARPEY CJ (2005). Normal cutaneous wound healing: clinical correlation with cellular and molecular events. *Dermatol Surg*, **6**: 674-686.
- BAYKAN A, BAYKAN H (2017). Sigaranın yara iyileşmesi üzerine zararlı etkileri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, **7**: 187-190.
- BENBOW M (2014). Parameters of wound assessment. *British Journal of Nursing*, **4**: 647-648.
- BENBOW M (2016). Best practice in wound assessment. *Nursing Standard*, **30**: 40-47.
- BLOCK L, GOSAIN A, KING TW (2015). Emerging therapies for scar prevention. *Advances in Wound Care*, **4**: 607-613.
- BRINGELAND NE, BOEGER D (2017). Wound Healing And Fascia-Oriented Therapeutic Approaches. *Scar Therapy*, p.: 41-67. 1st Ed. Urban & Fischer, Berlin.
- BURNS JL, MANCOLL JS, PHILLIPS LG (2003). Impairments to wound healing. *Clinics in Plastic Surgery*, **30**: 47-56.
- BÜYÜKYILMAZ F, AŞTI T (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2**: 84-93.

CALDERON ACS, QUINTANA SM, MARCOLIN AC, BEREZOWSKI AT, BRITO LGO, DUARTE G, CAVALLI RC (2014). Obesity and pregnancy: A transversal study from a low-risk maternity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **14**: 249.

COŞKUN Ö, UZUN G, DAL D, YILDIZ Ş, SÖNMEZ YA, YURTTAŞ Y (2016). Kronik yarada tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg*, **58**: 207-228.

ÇETİNKAYA ÖA (2010). *Ratlarda Statinlerin Yara İyileşmesi Üzerine Etkileri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2-15.

ÇİLİNGİR D, CANDAS B (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **20**: 137-143.

ÇOBANOĞLU A, ŞENDİR M (2020). The effect of hypericum perforatum oil on the healing process in the care of episiotomy wounds: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, **34**: 1-6.

DAVIDSON N (1974). REEDA: Evaluating postpartum healing. *J Nurse Midwifery*, **19**: 6-8.

DEMIDOVA RICE DN, DURHAM JT, HERMAN IM (2012). Wound healing angiogenesis: innovations and challenges in acute and chronic wound healing. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, **1**: 17-22.

DEMİRYILMAZ İ, FERAH A (2017). Yara iyileşmesinde bağ dokusunun yeri ve nöralterapi yaklaşımı. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi*, **11**: 16-21.

DERELİ YILMAZ S, VURAL G, BODUR S (2010). Epizyotomi bakımında serum fizyolojik ve rivanolün iyileşme sürecine etkisi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, **27**: 172-177.

DEVENDRA BN, SEEMA KB, KAMMAPPA KA (2015). Episiotomy wound haematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. *Journal of Dental and Medical Sciences*, **14**: 8-11.

DHIVYAA SS, PADMA VV, SANTHINIA E (2015). Wound dressings—a review. *BioMedicine*, **5**: 24-28.

DOUBLET JD, JANETSCHEK G, JOYCE A, MANDRESSI A, RASSWEILLER J, TOLLEY D (2006). GEÇERLİ *Laparoskopi Kılavuzu*. European Association of Urology. Erişim Adresi: [https://doeplayer.biz.tr/8644891-Laparoskopi-k-lavuzu-mj-coptcoat-a-ithaf-edilmiftir-jd-doublet-g-janetschek-a-joyce-a-mandressi-j-rassweiller-d.html]. Erişim Tarihi: 18/06/2020.

DREIFKE MB, JAYASURIYA AA, JAYASURIYA AC (2015). Current wound healing procedures and potential care. *Materials Science and Engineering*, **48**: 651–662.

DUMVILLE JC, GRAY TA, WALTER CJ, SHARP CA, PAGE T, MACEFIELD R, BLENCOWE N, MİLNE TK, REEVES BC, BLAZEYBY J (2016). Dressings for the prevention of surgical site infection. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, **12**: CD003091.

- DURMAZ A (2008). *Kütahya İli Devlet Hastanelerinde Doğum Sırasında Epizyotomi Açılan Kadınlarda Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- DURMAZ A, BUĞDAYCI R (2013). Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*, **11**: 72-85.
- DURMUŞ M, MUHSİROĞLU Ö, YAPICI AK, BAYRAM Y, ESKİ M (2016). Yanıkta tıbbi beslenme tedavisi. *Turk J Plast Surg*, **24**: 166-172.
- EGHDAMPOUR F, JAHDİE F, KHEYRKHAH M, TAGHİZADEH M, NAGHİZADEH S, HAGANİ H (2013). The impact of aloe vera and calendula on perineal healing after episiotomy in primiparous women: a randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, **2**: 279-286.
- EKMEKÇİ P, BOSTANCI S (2002). Yara iyileşmesi. *T Klin Dermatoloji*, **12**: 114-120.
- EL-LASSY RBM, MOHAMED MADİAN AAEEA (2019). The effect of infrared lamp therapy on episiotomy wound restorative besides pain relief among post-partum women. *Journal of Nursing Education and Practice*, **9**: 20-30.
- EMING SA, MARTIN P, TOMIC-CANIC M (2014). Wound repair and regeneration: Mechanisms, signaling, and translation. *Sci Transl Med*, **6**: 265sr6.
- ENOCH S, LEAPER DJ (2008). The basic science of wound healing. *Surgery*, **26**: 31-37.
- ERBABA H, PINAR G (2016). Postpartum perineal travmanın önlenmesi ve yönetimine ilişkin güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **13**: 272-281.
- ERDUR B, SERİNKEN M, KABAY B, TOMRUK Ö, AYRIK C, TÜRKÇÜER İ (2006). Acil serviste travmatik yara bakımı. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, **6**: 20-27.
- ERKIRAN AA (2009). *Spontan Vajinal Doğum ve Sezaryen ile Doğum Yapan Hastaların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Hematolojik Değerlerinin Kan Kaybı Açısından Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- ERSOY E, GÜNDOĞDU H (2007). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, **23**: 35-40.
- ERSOY EO, ÖCAL S, ÖZ A, YILMAZ P, ARSAVA B, TOPELİ A (2013). Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg*, **4**: 9-12.
- ETİ ASLAN F, BADIR A (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, **17**: 44-51.
- FETİL E (2017) Yara İyileşmesi. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology*, **51**: 143-144.

- FIRAT KILIÇ H, SUCUDAĞ G (2017). Basınç yarası değerlendirilmesinde sık kullanılan ölçekler. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, **3**: 49-54.
- FLANAGAN M (2003). Wound measurement: can it help us to monitor progression to healing?. *Journal of Wound Care*, **12**: 189-195.
- FLEGG JA, MENON SN, MAINI PK, MCELWAIN DLS (2015). On the mathematical modeling of wound healing angiogenesis in skin as a reaction-transport process. *Frontiers in Physiology*, **6**: 1-17.
- GHOSH K, CLARK RA (2007). Principles of Tissue Engineering. Lanza R, Langer R, Vacanti J (eds). *Wound Repair: Basic Biology of Wound Repair*, p.:1149-1161. 3rd Edition. Elsevier Academic Press, Netherlands.
- GILLESPIE BM, CHABOYER W, KANG E, HEWITT J, NIEUWENHOVEN P, MORLEY M (2014). Postsurgery wound assessment and management practices: A chart audit. *Journal of Clinical Nursing*, **23**: 3250-3261.
- GOLEZAR S (2016). Ananas comosus effect on perineal pain and wound healing after episiotomy: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*, **18**: e21019.
- GONZALEZ ACO, COSTA TF, ANDRADE ZA, P MEDRADO ARA (2016). Wound healing - A literature review. *An Bras Dermatol*, **91**: 614-620.
- GOSAIN A, DIPIETRO LA (2004). Aging and wound healing. *World J Surg*, **28**: 321-326.
- GOTTRUP F (2004). Optimizing wound treatment through health care structuring and professional education. *Wound Rep Reg*, **12**: 129-133.
- GRAZUL-BILSKA AT, JOHNSON ML, BILSKI JJ, REDMER DA, REYNOLDS LP, ABDULLAH A, ABDULLAH KM (2003). Wound healing: The role of growth factors. *Drugs of Today*, **39**: 787-800.
- GREENHALGH DG (2003). Wound healing and diabetes mellitus. *Clin Plastic Surg*, **30**: 37-45.
- GUO S, DIPIETRO LA (2010). Factors affecting wound healing. *J Dent Res*, **99**: 219-229.
- GUPTA A, KUMAR P (2015). Assessment of the histological state of the healing wound. *Plast Aesthet Res*, **2**: 239-242.
- GUSTAFSSON UO, SCOTT MJ, HUBNER M, NYGRE J, DEMARTINE N, FRANCI N, ROCKALL TA, YOUNG-FADO TM, HILL AG, SOO M, DE BOER HD, URMA RD, CHANG GJ, FICHERA A, KESSELE H, GRASS F, WHAN EE, FAWCETT WJ, CARLI F, LOB DN, ROLLIN KE, BALFOUR A, BALDIN G, RIEDE B, LJUNGQVIST O (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. *World J Surg*, **43**: 659-695.

- GÜRKAN A (2019). Ameliyat Sonrası Yara İyileşmesi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü (ed.). *Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, 37-42.
- HARPER D, YOUNG A, MCNAUGHT CE (2014). The physiology of wound healing. *Basic Science*, **32**: 445-450.
- HEIDARI T, ROOZBAHANI N, FARAHANI LA, ATTARHA M, TORKESTANI NA, JAMILIAN M, BEKHRADI R (2013). Does Iranian astragalus gossypinus honey assist in healing caesarean wounds and scars?. *European Journal of Integrative Medicine*, **5**: 226-233.
- HÉROUX M (2017). Cohen's d: how to interpret it?. Erişim Adresi: [https://scientificallysound.org/2017/07/27/cohens-d-how-interpretation/]. Erişim Tarihi: 23/05/2020.
- HILL PD (1990). Psychometric properties of the reeda. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **35**: 162-165.
- HINKELBEIN J, GENZWUERKER HV, SOGL R, FIEDLER F (2007). Effect of nail polish on oxygen saturation determined by pulse oximetry in critically ill patients. *Resuscitation*, **72**: 82-91.
- HOOGWERF BJ (2001). Postoperative management of the diabetic patient. *Medical Clinics of North America*, **85**: 1213-1228.
- İLDAN ÇALIM S, DEMİRCİ H, ULA SC, ŞEN S (2016). Annelerin, doğum sonu ilk yılda kilo verme durumlarının incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, **13**: 4325-4337.
- İZVEREN AÖ, DAL Ü (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **18**: 36-46.
- KALKAN N, KARADAĞ M (2017). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması. *GÜSBD*, **6**: 280-289.
- KALOGERA E, DOWDY SC (2016). Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: Improving outcomes through evidence-based medicine. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, **43**: 551-573.
- KARADAYI K, TURAN M, ŞEN M (2002). Genel cerrahide profilaktik antibiyotik kullanımı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **25**: 38-42.
- KARANİKOLAS M, SWARM RA (2000). Current trends in perioperative pain management. *Anesthesiol. Clin North America*, **18**: 575-599.
- KARCIOĞLU Ö (2010). Acil koşullarda ağrı yönetimi ve analjezi uygulamaları. *Türk Aile Hek Derg*, **14**: 53-63.
- KASUYA A, TOKURA Y (2014). Attempts to accelerate wound healing. *J Dermatol Sci*, **76**: 169-72.
- KAYA Z (2013). Tam kan sayım çıktılarının yorumlanması. *Dicle Tıp Dergisi*, **40**: 521-528.

- KETTLE C, DOWSWELL T, ISMAİL KM (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*, **11**: CD000947.
- KILIÇ (2014). Etki Büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*, **4**: 44-46.
- KILIÇ M, ÖZTUNÇ G (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **7**: 35-51.
- KOŞUCU M, TUĞCUGİL E, ERTÜRK E, TOPBAŞ M, EROĞLU A, ULUSOY H, TEKİNBAŞ C (2014). The effects of the pre-emptive oral gabapentin on post-anesthesia recovery criteria, acute post-thoracotomy pain and development of chronicity in pain with benign thoracotomy operations. *Türk Gogus Kalp Dama*, **22**: 389-396.
- KOYUTÜRK A, SOYASLAN DD (2016). Yara ve yanık tedavisinde kullanılan örtüler. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi Özel Sayı 1*: 58-65.
- KRZYSZCZYK P, SCHLOSS R, PALMER A, BERTHIAUME F (2018). The role of macrophages in acute and chronic wound healing and interventions to promote pro-wound healing phenotypes. *Front Physiol*, **9**: 1-22.
- KUMAR B, VĪJAYAKUMAR M, GOVĪNDARAJAN R, PUSHPANGADAN P (2007). Ethnopharmacological approaches to wound healing – exploring medicinal plants of India. *J Ethnopharmacol*, **114**: 103-13.
- KUTLUAY KÖKLÜ AH, UĞAR ÇANKAL DA (2013). Yara iyileşmesini etkileyen faktörler içerisinde beslenmenin yeri. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.*, **7**: 135-141.
- LEAPER DJ, TANNER J, KIERNAN M, ASSADIAN O, EDMISTON JR CE (2015). Surgical site infection: Poor compliance with guidelines and care bundles. *Int Wound J*, **12**: 357-62.
- LÓPEZ LAPEYRERE C, SOLIS-MUÑOZ M, HERNÁNDEZ-LÓPEZ AB, RODRIGUEZ-BARRIENTOS R, GONZÁLEZ-RUBIO R (2020). Perineal repair of media-lateral episiotomies and 2nd degree tears by midwives: A randomised controlled trial comparing three suture techniques. *International Journal of Nursing Studies*, **106**: 103553.
- MACKAY D, MILLER AL (2003). Nutritional support for wound healing. *Altern Med Rev*, **8**: 359-77.
- MADHYASTHA H, MADHYASTHA R, NAKAJĪMA Y, OMURA S, MARUYAMA M (2012). Regulation of growth factors-associated cell migration by C-phycocyanin scaffold in dermal wound healing. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, **39**: 13–19.
- MAHISHALE A, CHOUGALA A, PATTED S (2013). Effect of therapeutic ultrasound and maternal cooling gel pad for perineal pain following vaginal delivery with episiotomy. *J Women's Health Care*, **2**: 1000128.
- MARZOUK T, BARAKAT R, RAGAB A, BADRIA F, BADAWY A (2015). Lavender-thymol as a new topical aromatherapy preparation for episiotomy: A randomised clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **35**: 472–475.

- MOHAMED HAEA, NAGGER NSE (2012). Effect of self perineal care instructions on episiotomy pain and wound healing of postpartum women. *Journal of American Science*, **8**: 640-650.
- MOLLER AM, PEDERSEN T, VILLEBRO N, MUNKSGAARD A (2003). Effect of smoking on early complications after elective orthopaedic surgery. *The Journal Of Bone And Joint Surgery*, **85**: 178-181.
- MOUDI Z, EDOZAHIA M, AHMAD EMAMIC S, ASILIC J, POURD MS (2018). Effects of mastic oleoresin on wound healing and episiotomy pain: A mixed methods study. *Journal of Ethnopharmacology*, **214**: 225–231.
- NETHRAVATHI V, KSHIRSAGAR NS, KAKADE SV (2015). Effectiveness of infrared lamp therapy on healing of episiotomy wound among post natal mothers. *Health Science Journal*, **9**: 1-5.
- O'DRISCOLL BR, HOWARD LS, DAVISON AG (2008). BTS guideline for emergency oxygen use in adult patients. *Thorax*, **6**: 63-68.
- OLIVE S (2016). Using pulse oximetry to assess oxygen levels. *Nurs Times*, **112**: 12-13.
- ORSTED HL, KEAST D, LALANDE LF, MÉGIE MF (2011). Basic principles of wound healing. *Wound Care Canada*, **9**: 4-12.
- ÖZ T (2019). *Epizyotomi Uygulanan Kadınlarda Taburculuk Sonrası Sosyal Medya Araçları ile Yapılan Eğitim ve Danışmanlığın Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ÖZKORKMAZ EG, ÖZAY Y (2009). Yara iyileşmesi ve yara iyileşmesinde kullanılan bazı bitkiler. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, **2**: 63-67.
- ÖZLÜ ZK, SOYDAN S, ÇAPIK A, EJDER APAY S, AVŞAR G, ÖZER N, ARSLAN S (2016). Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **19**: 58-64.
- ÖZMEN MM (2007). Cerrahi alan infeksiyonları, cerrah ve cerrahi teknik. *ANKEM Derg*, **21**: 200-203.
- ÖZTÜRK D, KARADAĞ A (2019). Stoma ve yara bakım hemşireliğinin tarihsel gelişim süreci: Türkiye örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **16**: 73-78.
- PARSAK CK, SAKMAN G, ÇELİK Ü (2007). Yara iyileşmesi, yara bakımı ve komplikasyonları. *Arşiv*, **16**: 145-159.
- PILLEN H, MILLER M, THOMAS J, PUCKRIDGE P, SANDISON S, SPARK JI (2009). Assessment of wound healing: validity, reliability and sensitivity of available instruments. *Wound Practice and Research*, **17**: 208-217.
- PORTO AMADEU T, COULOMB B (2003). Cutaneous wound healing: Myofibroblastic differentiation and in vitro models. *Lower Extremity Wounds*, **2**: 60-68.

- POSTHAUER ME, DORNER B, COLLINS N (2010). Nutrition: a critical component of wound healing. *Adv Skin Wound Care*, **23**: 560-572.
- R CORE TEAM (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Erişim Adresi: [<https://www.R-project.org/>]. Erişim Tarihi: 11/02/2020.
- RELPH S, BELL A, SIVASHANMUGARAJAN V, MUNRO K, CHIGWIDDEN K, LLOYD S, FAKOKUNDE A, YOONG W (2014). Cost effectiveness of enhanced recovery after surgery programme for vaginal hysterectomy: a comparison of pre and post-implementation expenditures. *Int J Health Plann Mgmt*, **29**: 399-406.
- RIZALAR S, TURAL BÜYÜK E, KAPLAN UZUNKAYA G, şAHIN R, AS T (2019). Hemşirelerin yara bakım uygulamaları; Üniversite hastanesi örneği. *DEUHFED*, **12**: 163-169.
- SAğLIK BAKANLIğI (2011). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. Erişim Adresi: [<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>]. Erişim Tarihi: 10/01/2020.
- SAğLIK Y, YAZICIOğLU D, ÇIÇEKLER O, GÜMÜş H (2015). Genel anestezi ile birlikte uygulanan epidural anestezi yönteminin kalça ve diz artroplastilerinde oluşan stres yanıtı. *Turk J Anaesth Reanim*, **43**: 154-561.
- SAMADI S, KHADIVZADEH T, EMAMI A, MOOSAVI NS, TAFAGHODI M, BEHNAM HR (2010). The effect of hypericum perforatum on the wound healing and scar of cesarean. *The Journal of Alternative And Complementary Medicine*, **16**: 113-117.
- SCHULTZ GS, CHIN GA, MOLDAWER L, DIEGELMANN RF (2006). *Principles of Wound Healing*. CUUK327B-Fitridge & Thomson, 329-345. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534261/?report=printable>]. Erişim Tarihi: 11/02/2020.
- SEAL LA, PAUL-CHEADLE D (2004). A systems approach to preoperative surgical patient skin preparation. *Am J Infect Control*, **32**: 57-62.
- SELIG HF, KECK M, LUMENTA DB, MITTLBÖCK M, KAMOLZ LP (2013). The use of a polylactide-based copolymer as a temporary skin substitute in deep dermal burns: 1-year follow-up results of a prospective clinical noninferiority trial. *Wound Rep Reg*, **21**: 402-409.
- SEN CK, ROY S (2008). Redox signals in wound healing. *Biochim Biophys Acta*, **1780**: 1348-1361.
- SHAHRAHMANI H, KARIMAN N, JANNESARI S, RAFIEIAN-KOPAEI M, MIRZAEI M, SHAHRAHMANI N (2018). The effect of camellia sinensis ointment on perineal wound healing in primiparous women. *J Babol Univ Med Sci*, **20**: 7-15.
- SHAW TJ, MARTIN P (2009). Wound repair at a glance. *Journal of Cell Science*, **122**: 3209-3213.
- SINGH MR, SARAF S, VYAS A, JAIN V, SINGH D (2013). Innovative approaches in wound healing: trajectory and advances. *Artificial Cells, Nanomedicine, and Biotechnology*, **41**: 202-212.

- SINGH S, YOUNG A, MCNAUGHT CE (2017). The physiology of wound healing. *Basic Science*, **35**: 473-477.
- SORENSEN LT, JORGENSEN T (2003). Short-term pre-operative smoking cessation intervention does not affect postoperative complications in colorectal surgery: a randomized clinical trial. *Colorectal Dis*, **5**: 347-352.
- SORG H, TILKORN DJ, HAGER S, HAUSER J, MIRASTSCHIJSKI U (2017). Skin wound healing: An update on the current knowledge and concepts. *Eur Surg Res*, **58**: 81-94.
- STOTTS NA (2007). Diagnosis and Management: Wound Infection. Bryant RA, Nix DP (eds.), *Acute and Chronic Wounds*, p.: 161-175. 4th Edition. Mosby, Elsevier, London.
- STOTTS NA, HOPF AW (2005). Facilitating positive outcomes in older adults with wounds. *Nurs Clin of North Am*, **40**: 267-279.
- SUMMERS S (2001). Evidence-based practice part 2: reliability and validity of selected acute pain instruments. *J Perianesth Nurs*, **16**: 35-40.
- SWEZEY L (2015). The difference between acute and chronic wounds. Erişim Adersi: [https://www.woundsourc.com/blog/difference-between-acute-and-chronic-wounds]. Erişim Tarihi: 07/04/2020.
- ŞEKERCİ BARAN F, AVCI ME, ÇAKIROĞLU AY, ÇORAKÇI A (2018). Sezaryende tek veya çift kat kapatma tekniklerinin uterin skar oluşumuna etkisi. *İKSST Derg*, **10**: 25-31.
- TAMBYRAJA AL, SENGUPTA F, MACGREGOR AB, BARTOLO DCC, FEARON KCH (2004). Patterns and clinical outcomes associated with routine intravenous sodium and fluid administration after colorectal resection. *World J Surg*, **28**: 1046-1051.
- TANDARA AA, MUSTOE TA (2004). Oxygen in wound healing – More than a nutrient. *World Journal of Surgery*, **28**: 294-300.
- TEPEBAŞI MY, CALAPOĞLU NŐ (2016). Yara iyileşmesinin hücresel ve moleküler mekanizması. *SDÜ Tıp Fak Derg*, **23**: 140-146.
- TOKER Z, EROĞLU K (2005). Epizyotomi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**: 49-61.
- ŐSTÜNSÖZ A (1996). *Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- VARDANJANI SAE, SHAFAI FS, MOHEBI P, DEYHIMI M, DELAZAR A, GHOJAZADEH M, MALEKPOUR P (2012). Wound healing benefits of curcumin for perineal repair after episiotomy: results of an iranian randomized controlled trial. *Life Sci J*, **9**: 5536-5541.
- VELNAR T, BAILEY T, SMRKOLJ V (2009). The wound healing process: an overview of the cellular and molecular mechanisms. *The Journal of International Medical Research*, **37**: 1528-1542.

- VERA M (2014). Preoperative phase. Erişim Adresi: [<https://nurseslabs.com/preoperative-phase/>]. Erişim Tarihi: 17/05/2020.
- VOWDEN K, VOWDEN P (2003). Understanding exudate management and the role of exudate in the healing process. *Br J Community Nurs*, **8**: 4-13.
- VURAL F, SAVCI A (2017). Yara bakımında yeni uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, **3**: 224-232.
- WELSH L (2018). Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: A semi-systematic literature review. *Int Wound J*, **15**: 53-61.
- WHITNEY JD (2007). Acute Surgical and Traumatic Wounds. Bryant RA, Nix DP (eds.), *Acute and Chronic Wounds*, p.: 193-202. 4th Edition. Mosby, Elsevier, London.
- WILLIAMS JZ, BARBUL A (2003). Nutrition and wound healing. *Surg Clin North Am*, **83**: 571-596.
- WYNNE M (2018). Wound Assessment. *HSE National Wound Management Guidelines 2018*, p.: 13-23. Erişim Adresi: [www.hse.ie/eng/about/who/onmsd/practicedevelopment/WoundManagement/]. Erişim Tarihi: 25/05/2020.
- YAPUCU GÜNEŞ Ü (2007). Kronik yaraların değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**: 38-44.
- YAZAR H, KARACA İR (2016). Yumuşak dokuda yara iyileşmesi, etkileyen faktörler ve skar revizyonu. *Atatürk Üniv. Dış Hek. Fak. Derg.*, **15**: 152-161.
- YILDIZ KARAAHMET A, YAZICI S (2017). Epizyotomide güncel durum. *HSP*, **4**: 57-63.
- YOUNG A, MCNAUGHT CE (2011). The physiology of wound healing. *Surgery Oxford*, **29**: 475-479.
- YÜCEYAR S (2008). Cerrahi Yaraların Takip ve Tedavisi. Kartal Erdost Ş, Çetinkale O (eds.), *Yara Bakımı ve Tedavisi*, p.:17-24. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:67, İstanbul.
- YÜKSEL B, SEVEN A, YILDIZ Y, GÖZÜKARA İ, KABİL KUCUR S, POLAT M, KESKİN N (2015). Vajinal doğum ve sezeryan öncesi ve sonrasında hastaların ağrı algılarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, **6**: 116-120.
- ZEIGLER M, SMILEY J, EHRlich-JONES L, MOORE JL (2016). Use of the pressure ulcer scale for healing (push) in inpatient rehabilitation: A case example. *Rehabilitation Nursing*, **41**: 207-210.

EKLER

**EK-1. Etik Kurul Raporu (Tezin başlığı tez savunma sınavında değiştirilmiştir.
Etik Kurul Raporunda değişiklik öncesi ismi yer almaktadır)**

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

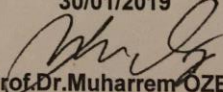
Karar Tarihi :30/01/2019

Toplantı Sayısı :02



Karar Sayısı :30

30-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Bölümü doktora öğrencilerinden **Behire Sançar**'ın "Cerrahi İnsizyon Yara İyileşmesi Değerlendirilmesinde REEDA Ölçeği Etkinliğinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgili 06/11/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Behire Sançar**'ın "Cerrahi İnsizyon Yara İyileşmesi Değerlendirilmesinde REEDA Ölçeği Etkinliğinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
30/01/2019

Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

**EK-2. Kurum İzin Yazısı (Tezin başlığı tez savunma sınavında değiştirilmiştir.
Etik Kurul Raporunda değişiklik öncesi ismi yer almaktadır)**

 **T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
Hastaneler Başhekimliği
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimlik 


Sayı : 76108556-806.01.03[774.99]-E.10311 05.04.2019
Konu : Behire SANÇAR'ın "Cerrahi İnsizyon Yara
İyileşmesi Değerlendirilmesinde REEDA
Ölçeği Etkinliğinin İncelenmesi" konulu tez
çalışması hk.

Sayın Behire SANÇAR
TAŞKENT CAD 14/2 BAHÇELİEVLER-ÇANKAYA/ANKARA

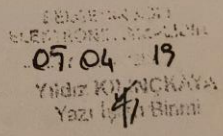
İlgi : a) 25.02.2019 tarihli dilekçeniz.
b) 27.03.2019 tarihli ve 12405952-806.01.03-E.16563 sayılı yazı.

İlgi (a) tarihli dilekçenizde bahsi geçen, Prof.Dr. Sibel ERKAL İLHAN danışmanlığında "Cerrahi İnsizyon Yara İyileşmesi Değerlendirilmesinde REEDA Ölçeği Etkinliğinin İncelenmesi." konulu doktora tezi çalışmasını yapma talebiniz hakkında, Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığından alınan ilgi (b) sayılı yazı ilişikte sunulmuş olup; Anabilim Dalında kayıtlı hastalara ait kayıtların "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması" hakkındaki yönetmelikte (24.11.2017 tarih, 30250 sayılı resmi gazete) belirtilen esaslara uyulmak kaydıyla kullanılması ve tez çalışması tamamlandıktan sonra tezinizin bir örneğinin Başhekimliğimize verilmesi koşuluyla, çalışma yapma talebiniz Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

 e-imzalıdır
Prof. Dr. Çağdaş ÖZDÖL
Başhekim V.

Ek : 27/03/2019 tarihli 12405952-806.01.03-E.16563 sayılı yazı


05.04.19
Yıldız KILINÇKAYA
Yazı İşleri Birimi

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : KLFEEZUNHLOGIAXUMHQD Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ankara-universitesi-ebys>
Tıp Fak. Cad. 06260 Dikimevi - Mamak - ANKARA
Tel.No: 0312 595 63 72 Belgegeçer No: 0312 362 34 41
E-Postai: cebbsk1@medicine.ankara.edu.tr Bilgi için: Yıldız KILINÇKAYA
Memur
Telefon No: (312) 595 63 62

EK-3. Hasta Tanılama Formu

1. Hastanın yaşı
A. 18-25 B. 26-33 C. 34-41 D. 42 ve üzeri
2. Eğitim durumu
A. İlköğretim B. Ortaöğretim C. Lisans D. Lisansüstü
3. Aile yapısı
A. Çekirdek B. Parçalanmış C. Geniş
4. Mesleği
A. Çalışmıyor B. Memur C. İşçi D. Emekli E. Diğer
5. Kaçınıcı doğumu
A. 1 B. 2 C. 3 D. 4
6. Sigara içme durumu
A. İçiyor B. İçmiyor C. Bırakmış
7. Laboratuvar bulguları (Hemoglobin, lökosit ve INR değerleri).
8. Kapiller geri dolun testi
A. Hemen ve pembe (1-2sn) B. 2 saniyeden geç C. Geri dolun yok
9. Periferik O2 saturasyon testi (Pulse oksimetre ölçümü)
10. Beden kitle indeksi (BKİ): Doğum sonrası kilo: Boy: BKİ:
11. Doğum sonrası mobilizasyon durumu: (Saat)
12. Solunum egzersiz kapasitesi (Özellikle ilk ayağa kalktığında solunum sıkıntısı oldu mu?)

EK-4. Yara Tanılama Formu

1. Yapılan ameliyat türü

A. Epizyotomi

B. Sezaryen

2. Kullanılan dikiş materyalinin cinsi ve numarası

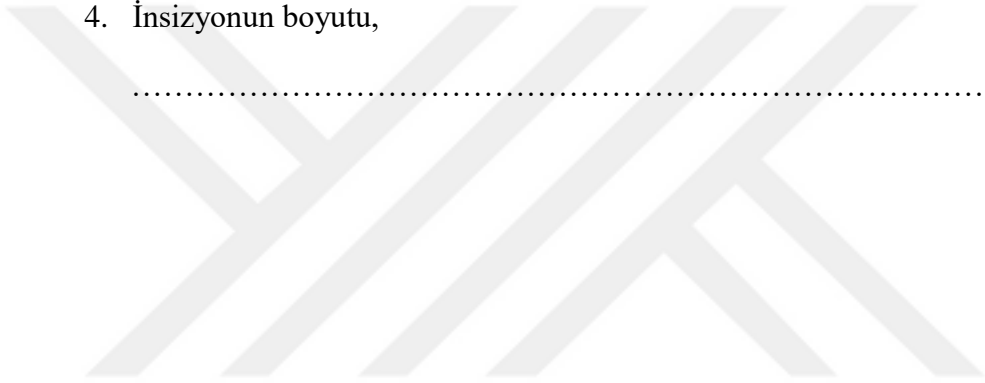
.....

3. Dikiş şekli,

.....

4. İnsizyonun boyutu,

.....



EK-5. REEDA Ölçeği

PUAN	KIZARIKLIK	ÖDEM	EKİMOZ	AKINTI	YARA KENARLARININ YAKLAŞMASI
0	Yok	Yok	Yok	Yok	Ayrılma yok
1	İnsizyonun bilateral (iki taraflı) (0.25 cm içinde	Perinede, insizyonda 1 cm'den az	Bilateral (iki taraflı) 0.25 cm veya unilateral (tek taraflı) 0.5	Serum	Deri ayrılması 3 mm veya daha az
2	İnsizyonun bilateral (iki taraflı) 0.5 cm içinde	Perinede ve/veya vulvada 1-2 cm arasında	Bilateral (iki taraflı) 0.25-0.5 cm arası, unilateral (tek taraflı) 0.5-2 cm arası	Sulu kanlı	Deri ve subkutan yağ dokusu ayrılıyor ise
3	İnsizyonun bilateral (iki taraflı) 0.5 cm ötesinde	Perinede ve/veya vulvada 2 cm'den büyük	Bilateral (iki taraflı) 1 cm'den Unilateral (tek taraflı) 2 cm'den büyük	Kanlı pürülan	Deri, subkutan yağ ve faysa tabakaları ayrılıyorsa

EK-6. Sayısal Değerlendirme Skalası: Numeric Rating Scale (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



EK-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Tezin başlığı tez savunma sınavında değiştirilmiştir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Raporunda değişiklik öncesi ismi yer almaktadır)

Sayın Hasta/Katılımcı,

Cerrahi insizyon yaralarının gözlem değerlendirilmesinde REEDA ölçeğinin etkinliğinin tespit edilmesi amacıyla “Cerrahi İnsizyon Yara İyileşmesi Değerlendirilmesinde REEDA Ölçeği Etkinliğinin İncelenmesi” konulu bir araştırma yapılmaktadır. Araştırmayı Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Doktora öğrencisi Behire SANÇAR yürütmektedir. Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN danışmanlığında yapılan doktora tezi çalışmasına sizin de katılmanız beklenmektedir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz belgeyi imzalayınız.

Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Araştırma kapsamında size hasta tanılama formu, yara tanılama formu, REEDA ölçeği ve sayısal değerlendirme skalası (NRS)'ndaki sorular yöneltilecek ve ameliyat yaranızın belirtileri gözlenerek takip edilecektir. Ameliyatınızın 3. ve 7. günlerinde hastaneden taburcu olmanız durumunda onayınız ile evinizde ziyaret edilerek gereken değerlendirme işlemleri gerçekleştirilecektir. Size ait tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde günlük kişilerarası ilişkilerinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu hastaneden hizmet almaya devam edeceksiniz.

Hastanın (Katılımcının) beyanı: Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hasta (Katılımcı)

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı Soyadı, Unvanı: Behire SANÇAR,

Adres: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Doktora öğrencisi

Tel: 0505 252 02 73

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Behire
Soyadı : SANÇAR
Doğum yeri ve tarihi : Aydın/Uzunkum 18.07.1962
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekâr
İletişim adresi ve telefonu : Taşkent cad. 14/2 Bahçelievler, Çankaya/ANKARA
0505 252 02 73

II- Eğitimi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)	Devam Ediyor
Doktora	Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kazaların Çevresel ve Teknik Araştırması Anabilim Dalı	1997
Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı	1989
Lisans	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu	1986
Lise	Aydın Sağlık Meslek Lisesi	1982
Yabancı Dili	İngilizce	ÜDS: 71.250

III- Ünvanları

- Hemşire
- Öğretmen
- Enstitü Müdür Yardımcısı
- Doktor Öğretim Üyesi

IV-Mesleki Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Dr. Öğr. Üye	Toros Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	2016-Devam
Müdür Yardımcısı	Sağlık Bakanlığı/ Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü	1997-2006
Öğretmen	Sağlık Bakanlığı/ Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü	1990-1997
Hemşire	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1982-1990
	<ul style="list-style-type: none">• Yanık kliniği servis sorumlu hemşiresi,• Acil ameliyathanede scrub hemşire,• Metabolizma kliniği servis hemşiresi,• Radyoterapi kliniği servis hemşiresi.	

V-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Türk Hemşireler Derneği, 2016
- HEM-AR-GE, 2013
- Çağdas Drama Derneği, 2011
- Yara Bakımı Derneği, 2018

VI-Bilimsel İlgi Alanları

- SANÇAR B. AKTAS D. (2019). The relationship between levels of Alexithymia and communication skills of nursing students. PJMS, 35(2), 489-494. Doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.35.2.604>.
- SANÇAR B. AKAN N. (2019). The effects of participating in nursing student congress and other motivation sources on occupational motivation states of Nursing students: Toros University example. PJMS, 35(1), 271-276. Doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.35.1.403>.
- SANÇAR B. YALÇIN A.S. AÇIKGÖZ I. (2018). An examination of anxiety levels of nursingstudents caring for patients in terminal period. PJMS, 34(1), 94-99. Doi: [10.12669/pjms.34.1.14285](https://doi.org/10.12669/pjms.34.1.14285).
- DEMİR A. SANÇAR B. YAZGAN E.Ö. ÖZCAN S. DUYAN V. (2017). Intensive Care and Oncology Nurses' Persceptions and Experiences with "Futile Medical Care" and "Principles of Good Death. Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi, 20(2), 116-124.

VII-Bilimsel Etkinlikleri

Projeler

- Mersin İlinde Hemsirelerin Mesleki Deneyimlerini Yazma ve Yayınlama Becerilerinin Gelistirilmesi, Yükseköğretim Kurumları tarafından destekli bilimsel araştırma projesi. Yönetici: Behire SANÇAR, Danışman: Sibel ERKAL ILHAN, Araştırmacı: Sahinde CANBULAT, Ebru YILDIZ, Nevzat EROL, Özlem GÜZEL, Nazife AKAN, Fügen ÖZCANARSLAN 06/10/2016 - 06/10/2017.
- Hemsirelik/Ebelik Müzesi Kurulması (SANERK destekli), Özel Kuruluşlar, Araştırmacı: Behire SANÇAR, Yürütücü: Gülşen TERAKYE, Araştırmacı: Sibel ERKAL ILHAN, Gülsüm ANÇEL, Yurdagül ERDEM. 01/09/2008-01/09/2010.
- MEB Orta Öğretim Projesi, Diğer kamu kuruluşları (Yükseköğretim Kurumları hariç), Danışman: Behire SANÇAR, 10/09/2007-10/09/2009.

Verdiği Konferanslar/Seminerler

- ERKAL ILHAN Sibel, SANÇAR Behire (2017). Etik Boyutları İle Hemsirelik Öyküleri. Kâtip Çelebi Üniversitesi, HUE Kongre (Tam Metin Bildiri/Davetli Konuşmacı).
- Örtük Bilgi ve Hemsirelik, Hemsirelik uygulamalarında örtük bilgi kavramı, nasıl gelişir, kimler kullanır ve yasanmış gerçek örtük bilgi öykülerinden örnekler. Özel Mersin VM Medikal Park Hastanesi, 14.05.2019.
- Mesleki Farkındalık ve Mesleki Motivasyon konferansı, Özel Mersin Merkez ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerine yönelik, Mesleki Farkındalık ve Mesleki Motivasyon konferansı, Özel Mersin Merkez ve Teknik Anadolu Lisesi, 02.12.2016.
- Hemsirenin Değişen Gelişen Rolü ve Türkiye, Hemsirelik mesleğinin güncel gelişmeler ışığında nasıl geliştiği, değiştiği ve Türkiye’de çalışan hemsirelerin bu değişimlerden nasıl etkilendiği konulu açık oturum konuşması, Hemşirelik Haftası Kutlama Programı, Ankara, 12.05.1991.

VIII-Diğer Bilgiler

Aldığı Kurslar

- İlk Yardım Eğitmeni Sertifika, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 05.09.2005.
- Arama ve Kurtarma Kursu, Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Sivil Savunma Koleji, 13.02.2002 -24.04.2002.

Verdiği Eğitim Seminerleri:

- İlk Yardım Semineri, Ankara Üniversitesi Rektörlük Personeli, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü, 17.12.2018.
- Temel İlk Yardım Semineri, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü, Biyologlar Temel Eğitim Programı, 27.11.2018.
- İlk Yardım Semineri, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü, Yardımcı Hizmetler Temel Eğitim Programı, 28.11.2017.
- Temel İlk Yardım Semineri, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Programı, 04.01.2017.
- İlk Yardım Semineri, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü, Destek Hizmetleri Çalışanları Temel Eğitim Programı, 27.12.2016.
- Ev Kazaları ve İlk Yardım Semineri, Altındag Belediyesi, Önder Kadın Eğitim ve Kültür Merkezi, 12.12.2016.
- İlk Yardım Semineri, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü, Hizmet İçi Eğitim Koordinatörlüğü çalışmaları kapsamında düzenlenen Koruma ve Güvenlik Görevlileri Temel Eğitim Programı, 22.11.2016.
- İlk yardım seminerleri, Sektörler Arası İşbirliğine Dayalı İstihdamı Geliştirme ve Girişimcilik Destekleme Projesi kapsamında, Ceyhan Ticaret Odası, 02.05.2012 -04.05.2012.
- İlk yardım semineri, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Altındag Belediyesi tarafından düzenlenen Gebe Okulu ve Menopoz Okulu projesi kapsamında, 03.02.2012 -06.04.2012.
- İlk yardım seminerleri, KOZARS Güvenlik Hizmetleri Limited Şirketinde çalışan Özel Güvenlik personeline yönelik hizmet içi eğitim programı, 06.02.2012 -10.02.2012.
- Gebe Okulu projesi kapsamında eğitici, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Altındag Belediyesi, Ev kazalarında ilk yardım eğitim semineri, 01.02.2011.
- Hemsirelikte Yönetim, Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü iş birliği ile düzenlenen, Herkese Sağlık semineri, 28.11.1988.