

Doğum eylemi ile ilişkili perine travmalarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar

Approaches to reduce birth-related perineal trauma

Gamze Acavut¹, Gülden Güvenç²

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
²İşık Üniversitesi, İstanbul

Anahtar Kelimeler:

Perine Travması, Kanıta Dayalı Uygulamalar, Hemşirelik, Ebelik

Key Words:

Perineal Trauma, Evidence-Based Practices, Nursing, Midwifery

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
gmkzyl86@yahoo.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
09.03.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
26.04.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2020

ÖZET

Perineal travma doğum eyleminin sırasında oluşan yırtık, laserasyon ya da epizyotomi uygulanması sonucunda ortaya çıkan hasardır. Doğum ile ilişkili perineal travma, kadının hayatını etkileyen birçok kısa ve uzun vadeli fiziksel ve psikolojik morbiditeye yol açabilmektedir. Doğum sonu erken dönemde ağrı, kanama ve anne bebek bağlanmasında gecikme gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. İlerleyen dönemde prolapsus, inkontinans, seksüel disfonksiyon ve anksiyete gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Perineal travmaların azaltılması amacı ile literatürde perineal masaj, perineye sıcak uygulama, doğum pozisyonları, el manevraları ve ıkınma teknikleri gibi pek çok kanıta dayalı uygulama yer almaktadır. Ebe ve hemşireler; perineal travmaların azaltılması ve kanıta dayalı bu uygulamaların gerçekleştirilmesinde önemli rolleri olan sağlık profesyonelleridir. Bu makalede, doğum eylemi ile ilişkili perine travmalarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar değerlendirilmiştir.

ABSTRACT

Perineal trauma is the damage caused by rupture, laceration or episiotomy during birth. Birth-related perineal trauma can lead to many short and long-term physical and psychological morbidities that affect the woman's life. Problems such as pain, bleeding and delay in the attachment of mother and newborn appear in the early postpartum period. In the following period problems such as prolapse, incontinence, sexual dysfunction and anxiety may be experienced. In order to reduce perineal traumas, there are many evidence-based applications in the literature such as perineal massage, warm application to the perineum, birth positions, hand maneuvers and strain techniques. Midwives and nurses are health professionals who have an important role in reducing perineal traumas and performing these evidence-based practices. In this article, approaches to reduce birth related perineal trauma are evaluated.

GİRİŞ

Doğum eylemi, kadın hayatı ile ilgili bir çok değişimin yaşandığı mucizevi anlardan biridir. Doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte eylem sırasında yaşanabilecek olumsuz deneyimler kadının ve ailesinin hayatını etkileyebilmektedir (1,2). Vajinal doğum sırasında meydana gelen perineal travmalar bu olumsuz deneyimlerden biridir (3,4). Perine travması; doğum eyleminde oluşan yırtık, laserasyon ya da epizyotomi uygulanması sonucunda ortaya çıkan hasardır. Kendiliğinden ya da epizyotomiye bağlı olarak ortaya çıkan perineal travmalar kısa ve uzun vadeli fiziksel ya da psikolojik morbiditeye yol açabilmektedir (5,6). Erken doğum sonu dönemde ağrı, kanama, geç mobilizasyon, anne bebek bağlanmasında ve iyileşmede gecikme gibi

sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca uzun dönemde perineal ağrı, disparoni, prolapsus, inkontinans, seksüel disfonksiyon ve anksiyete yaşanmasına neden olabilmektedir (7,8,9,10).

Kadınların yaklaşık %85'inin doğum ile ilişkili perineal travmaya, %59-73'ünün bir tür laserasyona maruz kaldığı görülmektedir. Bu travmaların büyük oranda epizyotomi ile ilişkili olduğu ve 2/3'ünün sütür gerektiren travmalar olduğu belirtilmektedir (1,4,11,12). Doğumu kolaylaştıracağı düşünülen epizyotomi oranlarının %60-80 civarında olduğu ifade edilmektedir. Epizyotomi oranları ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte uygulanma sıklığı Avrupada %30, Amerikada %62,5 ve ülkemizde %65 aralığında değişmektedir (4,13-15).

PERİNE TRAVMALARININ GELİŞİMİNE İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİ

Perine travmalarının ortaya çıkmasında maternal yaş, parite, ırk, fetal makrozomi, fetusa ilişkin prezentasyon ve pozisyon bozukluklarının etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca doğum indüksiyonu, hızlı veya uzamış eylem, ıkmıma tekniği, epidural anestezi ve epizyotomi uygulama şeklinin perine travmaları için risk oluşturduğu ifade edilmektedir (2,13,16-19).

PERİNE TRAVMALARININ SINIFLANDIRILMASI

Perineal travmalar perinede çeşitli derecelerde hasar yaratmaktadır. Buna ilişkin bir sınıflama olmamakla birlikte 4 aşamalı olarak tanımlanmaktadır (20).

Birinci derece: Sadece perineal cilt yaralanması

İkinci derece: Perine kaslarını içeren, anal sfinkteri içermeyen perine yaralanması

Üçüncü derece: Anal sfinter kompleksini içeren perine yaralanması

a. Eksternal anal sfinkterin %50'sinden daha azı yaralanması

b. Eksternal anal sfinkterin %50'sinden fazlası yaralanması

c. Hem eksternal hem internal anal sfinkter yaralanması

Dördüncü derece: Anal sfinter kompleksini ve epiteli içeren perine yaralanması

PERİNE TRAVMALARININ AZALTILMASINA YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

Son yıllarda perine travmalarının azaltılabilmesi için perineyi koruyucu bazı yaklaşımlar benimsenmiştir. İkmıma biçimi, hands-off/hands poised teknikleri, perine masajı, doğum pozisyonları, fundal basıdan kaçınma, perineal sıcak uygulama, epizyotomi uygulama tekniği ve kısıtlı uygulanması bunlardan bazılarıdır (2,21-25).

Perine masajı: Perine masajı, vajenin yan duvarlarına parmaklar ile uygulanan ve buradaki dokulara esneklik kazandırmak amacıyla yapılan bir uygulamadır. İki parmak vajenin 4 cm içerisinde olacak şekilde, nazikçe kenarlara ve rektuma doğru esnetme hareketi uygulanarak yapılmaktadır (13,21,26). Masajın etkinliğini arttırmak amacıyla lavanta, zeytinyağı, vazelin, jel gibi kayganlaştırıcı ürünler kullanılabilmektedir (22,27-29). Perineal masaj dokulara esneklik kazandırdığından perine travmalarının ve şiddetinin, epizyotomi oranlarının ve postpartum perine ağrısının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (7,26,28,30). Cochrane veri tabanının yer

alan 15,181 kadını kapsayan bir meta-analizde perine masajı uygulanan grupta intakt (bozulmamış) perine insidansının yüksek olduğu ve üçüncü/dördüncü derece perine travma oranlarında azalma olduğu belirtilmiştir (23). Demirel ve Gölbaşı'nın birinci ve ikinci doğumun birinci ve ikinci evresinde 10 dakika süreler ile uyguladığı perineal masajın epizyotomi oranlarının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiş ve masaj grubunda epizyotomi oranı %31, kontrol grubunda %69,7 olarak bulunmuştur (8). Geranmayeh ve ark.nın primipar kadınlara ikinci evrede vazelin ile yaptığı perine masajının epizyotomi ve intakt perine oranlarında etkili olduğu bulunmuştur. Masaj grubunda epizyotomi oranı %45 bulunurken, kontrol grubunda %88 olarak bulunmuştur (27). Karaçam ve ark.nın 396 primigravidayı kapsayan araştırmasında ikinci evrede uygulanan perine masajının, epizyotomi sütür materyali miktarında azalmaya ve epizyotomi boyutunda küçülmeye katkı sağladığı belirtilmiştir (7). Dönmez ve Kavlak'ın primiparlara 10 dakika antenatal perine masajı uyguladığı çalışmada epizyotomi oranlarının ve laserasyonların anlamlı biçimde azaldığı bulunmuştur (29). Sayiner ve Demirci'nin çalışmasında prenatal dönemde ve 34. Gestasyonel haftasında olan kadınlara 10 dakika perine masajı yapılmış ve intakt perine oranı masaj grubunda %78, kontrol grubunda %10 olarak saptanmıştır (13). Beckmann'ın antenatal perine masajına ilişkin Cochrane veri tabanında yer alan çalışmasında perineal masajın, sütür gerektiren travma insidansında ve epizyotomi kullanımının azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (30).

Perineal sıcak uygulama: Doğum eyleminin özellikle ikinci evresinde perine dokularında gerginliğin artması ve taçlanmanın başlaması ile perineal ağrının şiddeti artmaktadır. Bu ağrının azaltılmasında pek çok non-farmakolojik yöntem kullanılmaktadır (31). Ağrının hafifletilmesinin yanı sıra perineal sıcak uygulamanın perine hasarını azaltmada etkili olduğu bazı çalışmalar ile gösterilmiştir. Doğum eylemi süresince sıcak yaş kompresler ya da sıcak paketler ile perineal sıcak uygulama yapılabilmektedir (32,33,34). Böylece perineal alanda vazodilatasyon ve kan dolaşımında bir artış ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak dokuların gerilebilme ve esneyebilme özelliği artarken, kaslar gevşeyebilme özelliği kazanmaktadır. Albers ve ark.nın çalışmasında primiparların %42'sine sıcak uygulama yapıldığı ve perine travmalarının azaltılmasında bu yöntemin etkili olduğu belirtilmiştir (35). Akbarzadeh ve ark.nın yaptığı randomize bir çalışmada servikal dilatasyon 7 cm ve 10 cm olduğunda 15-20 dakika sıcak uygulama yapılmış, intakt perine ve epizyotomi oranlarının azaltılmasında yöntemin etkili olduğu bulunmuştur (36). Yapılan bir başka çalışmada sıcak uygulama grubunda epizyotomi oranı %21,

kontrol grubunda %41'dir. Ayrıca sıcak uygulamanın intakt perine oranlarını arttırdığı saptanmıştır (37). Doğum eyleminin ikinci evresinde perineal masaj ve sıcak uygulamanın etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise intakt perine, epizyotomi ve perineal travma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (31). Yapılan bir meta-analizde sıcak uygulama grubunda intakt perine oranı %22,4, kontrol grubunda %15,4'tür. Aynı çalışmada üçüncü ve dördüncü derece perineal travma oranlarında ve epizyotomi oranlarında azalma olduğu belirtilmiştir (38). Cochrane veri tabanında yer alan bir çalışmada perineal sıcak uygulamanın ikinci derece perine travması, epizyotomi ve intakt perine açısından avantaj sağlamadığı gösterilmiştir (23). Dahlen ve ark.nın 717 kadın ve ebeyi kapsayan araştırma sonuçları da perineal sıcak uygulamanın üçüncü ve dördüncü derece perine travmalarının azaltılmasında etkili olduğunu desteklemektedir (33).

Doğum pozisyonları: Doğum eylemi sırasında sıklıkla litotomi pozisyonu tercih edilmektedir. Ancak günümüzde doğum pozisyonlarının perine travmasında etkili olduğu düşünülmekte ve litotomi pozisyonu tartışılmaktadır (20,25,39,40). Meyvis ve ark.nın 557 doğumu incelediği çalışmada litotomi ve lateral pozisyon karşılaştırılmış, lateral pozisyonun daha az travma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (39). Ayrıca diz çökmüş pozisyonların ve dört ayaklı doğum pozisyonlarının perine travmasının azaltılmasında ve intakt perine insidansının artırılmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (40). Warmink'in 1196 normal doğumu incelediği çalışmada oturma pozisyonundaki kadınlarda, yatay/sırtüstü pozisyonlardakilere kıyasla daha az epizyotomi ve daha fazla intakt perine oranı saptanmıştır (20,41). Barasinski'nin 1496 ebe ile yaptığı araştırmada yatay olmayan pozisyonların daha fazla önerildiği saptanmıştır (25). Doğumda kanıta dayalı uygulamaların yer aldığı rehberler ise eylemin birinci evresinde kadına en çok rahat ettiği pozisyonda hareket özgürlüğü tanınması gerektiğini savunmaktadır (20).

İkınma biçimi: Valsalva (kapalı glottis) ve spontan ıkınma (açık glottis) olarak iki şekilde kullanılmaktadır. Valsalva tipi ıkınma direktifler ile uygulanırken, spontan ıkınma kontraksiyonlar ile kendiliğinden oluşan ıkınma biçimidir. Albers ve ark.nın çalışmasında %77 oranında spontan ıkınmanın kullanıldığı, Valsalva tipi ıkınmanın perine travmalarını arttırdığı belirtilmektedir (28). Osborne'un çalışmasında Valsalva tipi ıkınmanın %69,4 oranında nadiren ya da hiç kullanılmadığı ifade edilmektedir (42). Maternal ve fetal sonuçlar açısından spontan ıkınmanın daha olumlu olduğu belirtilmektedir. Özellikle perine travmalarını arttırması, fetal taşikardi ve hipoksiye neden olması ve ikinci evrenin uzaması

gibi nedenlerden dolayı spontan ıkınma önerilmektedir (1,2,19).

Fundal basıdan kaçınma: Doğum eyleminin ikinci evresini kısaltmak için kullanılan bu uygulamanın sınırlı kullanımı önerilmektedir. Kristeller manevrası olarak bilinen fundal bası uygulamasının, perine travmalarında artışa ve yenidoğana ilişkin olumsuz doğum sonuçlarına neden olduğu düşünülmektedir (43). Hayata'nın çalışmasında primipar olgularda kristeller manevrasının kullanımı %82 olarak belirtilmiş ve servikal travma oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada uterin rüptür, yenidoğana ilişkin sekel vb istenmeyen olay raporlanmamıştır (44). Çalik ve ark.nın çalışmasında %43,3 oranında kristeller manevrası kullanıldığı, anal sfinkter yaralanmalarına neden olduğu ve kadınların bu uygulamadan rahatsızlık duyduğu saptanmıştır (45). Cuerva'nın çalışmasında Kristeller manevrasının kullanımı %69,2 olarak ifade edilmiş ancak gruplar arasında doğum şekli, epizyotomi, perineal travma ve APGAR skoru açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (46). Fundal basıya ilişkin sonuçların sıklıkla travmayı etkilediği ancak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Hands-on (Eller üzerinde)/Hands-off (Eller havada): Hands-on yönteminde bir el fetal başı desteklerken diğer el perineyi desteklemektedir. Hands-off yönteminde ise fetal başın çıkışı sırasında eller havada hazır bekletilmekte, baş ya da perineye dokunulmaması önerilmektedir (23,43). Bazı çalışmalarda iki yöntem arasında perine travması açısından fark olmadığı belirtilmektedir (16,22). Hands-off yönteminin epizyotomi, perineal travma ve şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu ifade edilmekle birlikte bazı kaynaklarda etkinliğinin tartışmalı olduğu söylenmektedir (9,24,43). Albers ve ark.nın çalışmasında hands-off tekniğinin perine travmaları açısından daha olumlu sonuçlar verdiği ifade edilmektedir (28). Ebeler ile yapılan bir araştırmada ise hands-on tekniğinin daha fazla tercih edildiği belirlenmiştir (25). Bazı araştırmalar hands-on yönteminin doğum sonu perine ağrısı ve kanama ile ilişkili olduğunu

belirtmektedir. Ayrıca epizyotomi insidansında artışa neden olduğu ifade edilmektedir. Hands-on yönteminin birinci-ikinci derece perine travmalarını azaltılmasında etkili olduğu ancak üçüncü- dördüncü derece travmalarda etkili olmadığı belirtilmektedir (20,47,48).

Epizyotominin kısıtlanması ve uygulama tekniği: Epizyotomi doğum sürecini kolaylaştırmak amacıyla yapılan, perineal taçlanma sırasında bulbokavernos kasına uygulanan cerrahi insizyon ile vajinal açıklığın genişletilmesidir (49,50). Epizyotomi uygulaması

zamanla koruyucu olarak yapılmaktan ziyade rutin bir uygulama haline almıştır (50,51). Ayrıca primiparlarda epizyotomi oranlarının daha yüksek olduğu ve rutin kullanıldığı belirtilmektedir (52). Epizyotominin yararlarına ilişkin yapılan araştırmalar sonucunda rutin epizyotomi kullanımının etkinliğini açıkça gösteren kanıtlar olmadığı belirlenmiştir. Aksine araştırma sonuçları prolapsus, rekto-vajinal fistül, seksüel disfonksiyon, kan kaybı, hematoma, ağrı gibi problemlerin epizyotomiye bağlı olarak ortaya çıktığını göstermiştir (15,53). Woolley epizyotominin kanamayı arttırdığını, anal sfinkter yaralanmalarına neden olabildiğini, intrakranial kanama ve intrapartum asfiksiye ilişkin sonuçları etkilemediğini belirtmiştir (54). Bir kohort çalışmasında epizyotomi uygulananların %20,6'sında, uygulanmayanların %4,5'inde perineal laserasyon ortaya çıktığı belirlenmiştir (55). Perineal travmalara ilişkin olarak 17,483 doğumu içeren bir çalışmada epizyotomi oranlarının %86,8'den %10,4'e düştüğü ve bununla ilişkili olarak üçüncü ve dördüncü derece perineal travma oranlarının %9'dan %4,2'ye gerilediği belirtilmiştir (56). Cochrane veri tabanında yayınlanan bir çalışmada rutin epizyotomi yerine kısıtlayıcı epizyotomi uygulamanın sonuçlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma 5,541 kadın ile yapılmış ve %75,15'inde rutin, %28,4'ünde kısıtlı epizyotomi uygulanmıştır. Kısıtlı epizyotomi uygulananlarda perineal travma riskinde, sütür ihtiyacında ve komplikasyonlarda azalma olduğu belirlenmiştir (15). Yine Cochrane veri tabanında yer alan 6,177 kadını içeren bir sistematik incelemede kısıtlı epizyotomi uygulananlarda ciddi perineal hasar oranının %30 daha az olduğu belirlenmiştir (57). WHO (World Health Organization), ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) ve FIGO (International Federation of Gynecologist and Obstetrics) maternal ve fetal endikasyon olmadıkça epizyotomi kullanımının sınırlandırılması gerektiğini vurgulamaktadır (11,58-60). Yapılan araştırmalar epizyotomi endikasyonlarının yanı sıra epizyotomi uygulama şeklinin önemli olduğunu göstermektedir. Literatürde yedi şekilde epizyotomi uygulanabildiği ancak bunlardan midline (median) ve mediolateral epizyotominin daha sık tercih edildiği belirtilmektedir (11,58,61,62). ABD'de sıklıkla midline epizyotomi, Avrupa ülkelerinde mediolateral epizyotomi tercih edilmekte ve midline epizyotominin üçüncü/dördüncü derece perineal travmaların artmasına neden olduğu düşünülmektedir (11,58). Labrecque ve ark.nın 6,522 primipar kadını kapsayan kohort çalışmasında median epizyotominin % 67,3 oranında yapıldığı ve bunlardan % 15,4'ünde şiddetli laserasyon görüldüğü belirtilmiştir (55). Sooklim ve ark.nın araştırmasında derin perine hasarı midline epizyotomi uygulananlarda %14,8, mediolateral epizyotomi uygulananlarda %7 olarak bulunmuştur (61). Epizyotomi şeklinin incelendiği

10,314 doğumu kapsayan bir çalışmada mediolateral epizyotominin obstetrik anal sfinkter yaralanmalarına daha az yol açtığı belirtilmiştir (63). Epizyotomi kadınların perineal travmaya maruz kalmalarına en sık neden olan uygulamadır. Bununla ilişkili olarak travma, ağrı, kanama ve enfeksiyon gibi birçok sorun kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle rutin epizyotomi uygulanmasından kaçınılması gerektiği vurgulanmaktadır (7-9,59).

PERİNE TRAVMALARININ AZALTILMASINA HEMŞİRE VE EBELERİN ROLLERİ

Literatürde, perine travmalarının azaltılmasına yönelik pek çok uygulamanın yer aldığı görülmektedir. Ayrıca doğumda ve doğum sonrası dönemde travmalar ile ilişkili ağrının, kadının doğum memnuniyeti ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (9,13,23). Perine travmalarının azaltılmasında kullanılan yöntemlerin uygulayıcıları sıklıkla hemşire ve ebelerdir. East ve ark.nın çalışmasında doktor ve ebelerin perine koruyucu yaklaşımları incelenmiş ve ebelerin %44,9'unun perineal sıcak kompres uyguladıkları, doktorların bu yöntemi hiç kullanmadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada perine masajı, suda doğum gibi diğer uygulamaları tercih etme durumlarına bakılmış ve ebelerde bu oran %43,5, doktorlarda %5,9 olarak bulunmuştur (9).

Yapılan çalışmalar perineal travmaların azaltılmasında hemşirelik/ebelik uygulamalarının birçok açıdan etkili olduğunu göstermektedir. Doğumda yapılan bu uygulamalar daha az müdahale ve maliyet, daha çok memnuniyet ile ilişkilendirilmektedir. Dencker ve ark.nın araştırmasında doğumda kullanılan ebelik uygulamalarının; epizyotomi oranı, operatif vajinal doğum, komplikasyon ve yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (64).

SONUÇ

Kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini etkileyerek kısa ve uzun vadeli birçok morbiditeye yol açan perineal travmaların önlenmesi önemlidir. Perineal travmaların insidansının azaltılması amacı ile literatürde perineal masaj, perineye sıcak uygulama, doğum pozisyonları, el manevraları, fundal basının kısıtlanması ve ıknma teknikleri gibi pek çok uygulamanın etkili olduğu görülmektedir. Ebe ve hemşireler bu uygulamaların gerçekleştirilmesi, perineal travmaların azaltılması ve anne adayının konforlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlamada önemli rolleri olan sağlık profesyonelleridir. Özellikle anneyi rahatlatan, ağrısını azaltan ve kolay uygulanabilen yöntemler perine travmalarının azaltılmasını ve kanıta dayalı bakım uygulamalarını desteklemektedir.

Doğum ve doğum sonu komplikasyonların azaltılması ve anne-bebek sağlığının sürdürülmesi açısından perineal travmaların önlenmesini sağlayan yöntemlerin yaygınlaştırılması, sağlık ekibi ve gebelerin konu hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Moore KL., Dalley, AF. Clinically Oriented Anatomy. Lippincott Williams &Wilkins. USA Philadelphia, PA 19106. 2006, Pages 357-391. ISBN 0-7817-3639-0.
- Erbaba, H., Pınar, G. (2016). Primipar Kadınların Perineal Travmaya İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(3);89-94.
- Shoorab, NJ., Mirteimouri, M., Taghipour, A., Roudsari, RL.(2019). Women's Experiences of Emotional Recovery from Childbirth-Related Perineal Trauma: A Qualitative Content Analysis *IJCBNM*, 7(3); 181-191.
- Frolich, J., Kettle C. (2015). Perineal Care. *Clinical Evidence*, 03;1401.
- Van Limbeek, S., Davis, D., Currie, M. Wong, N. (2016). Non-Surgical Intrapartum Practices for The Prevention of Severe Perineal Trauma: A Systematic Review Protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.*, 14(4):30-40.
- Royal College of Midwives. Midwifery Blue Top Guidance No.1. (2018). Midwifery Care in Labour Guidance For All Women in All Settings. <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf> , Erişim Tarihi: 08.01.2020.
- Karaçam, Z. (2012). The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International*, 33:697-718.
- Demirel, G., Golbasi, Z. (2015). Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy and Perineal Tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131;183-6.
- East, CE., Lau, R., Biro, MA. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1):122-31.
- Johanson, R. (2000). Perineal Massage For Prevention of Perineal Trauma in Childbirth. *THE LANCET*, 355(22);250-251.
- ACOG Practice Bulletin. (2016). Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Number 165. 128(1), e1-15.
- Bick, DE., Ismail, KM., Macdonald, S., Thomas, P, Tohill, S., Kettle, C. (2012). How Good are We at Implementing Evidence to Support the Management of Birth Related Perineal Trauma? A UK Wide Survey of Midwifery Practice. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:57.
- Sayiner, FD., Demirci, N. (2007). Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, (60);146-154.
- Frass, KA., Al-Harazi, AH. (2010). Episiotomy is Still Performed Routinely in Yemeni Women. *Saudi Med J*,31(7):764-7.
- Carroli, G., Mignini, L. (2014). Episiotomy for Vaginal Birth. *Cochrane Database Syst Rev.*, (1):CD000008.
- D'Souza, J., Monga, A., Tincello, DG. (2019). Risk Factors for Perineal Trauma in the Primiparous Population During Non-Operative Vaginal Delivery. *International Urogynecology Journal*, May.
- Ellington, JE., Rizk, B., Criso, S. (2017). Antenatal Perineal Massage Improves Women's Experience of Childbirth and Postpartum Recovery: A Review to Facilitate Provider and Patient Education on the Technique. *J Womens Health Issues Care*, 6(2).
- Obioha, KC., Ugwu, EO., Obi, SN., Dim, CC., Oguano, TC. (2015). Prevalence and Predictors of Urinary/Anal Incontinence After Delivery: Prospective Study of Nigerian Women. *Int Urogynecol J.*, 26;1347-54.
- Yildirim, G., Beji, NK. (2008). Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. *BIRTH*, 35(1);25-30.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2018). Perineal Tears: A literature review. Sydney NSW 2000, ISBN: 978-1-925665-76-5, 1-48.
- Kaya, N., Demirel, G. (2018). İntrapartum Perine Masajı Uygulamasına Güncel Bakış. *Cumhuriyet Üniv. Sađ. Bil. Enst. Derg.*,(3)1:33-40.
- Royal College of Obstetricians&Gynaecologist. Green-top Guideline No. 29. (2015). The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf> , Erişim Tarihi: 10.01.2020.
- Aasheim, V., Nilsen, ABV., Reinart, LM., Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD006672
- Karaöz, B., Saruhan, A. (2012). Perinenin Korunması İçin İntrapartum Girişimler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,1(4);323-332.
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., Vendittelli, F.(2018). Practices During The Active Second Stage of Labor: A Survey of French Midwives. *Midwifery*, 60:48-55.
- Shahoei, R., Zaheri, F., Nasab, LH., Ranaei, F. (2017). The Effect of Perineal Massage During the Second Stage of Birth on Nulliparous Women Perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician*, 9(10);5588-95.
- Geranmayeh, M., Habibabadi, ZR., Fallahkish, B., Farahani, MA., Khakbazan, Z., Mehran, A. (2012). Reducing Perineal Trauma Through Perineal Massage with Vaseline in Second Stage of Labor. *Arch Gynecol Obstet*, 285:77-81.
- Albers, LL., Borders, N. (2007). Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. *J Midwifery Womens Health*. 52(3), 246-253.
- Dönmez, S., Kavlak, O. (2015). Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine. *Health*, 7, 495-505.
- Beckmann, MM., Stock, OM. (2013). Antenatal Perineal Massage for Reducing Perineal Trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 30;(4).
- Ibrahim, HA., Elgzar, WTI., Hassan, HE. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(4),Ver. V. PP 64-76.
- Ganji, J., Shirvani, MA., Rezaei-Abhari, F., Danesh, M. (2013). The Effect of Intermittent Local Heat and Cold on Labor Pain And Child Birth Outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 18(4), 298-303.
- Dahlen, HG., Homer, CSE., Cooke, M., Upton, AM., Nunn, R., Brodrick, BS. (2007). Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *BIRTH* 34:4
- Akbarzadeh, M., Vaziri, F., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S., Zare, N. (2016). The Effect of Warm Compress Bistage Intervention on the Rate of Episiotomy, Perineal Trauma, and Postpartum Pain Intensity in Primiparous Women with Delayed Valsalva Maneuver Referring to the Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in 2012-2013. *Advances in Skin&Wound Care*, 29(2), 79-84.
- Albers, LL., Sedler, KD., Bedrick, EJ., Teaf, D., Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *J Midwifery Womens Health*. 50(5), 365-372.

36. Akbarzadeh, M., Nematollahi, A., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S. (2018). The Effect of Two-Stage Warm Compress on the Pain Duration of First and Second Labor Stages and Apgar Score in Prim Gravida Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 7 (1), 21-26.
37. Fatemeh, A., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, MR., Hazeghi, N. (2018). Investigating the Effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomies and Perineal Tears in Primiparous Females. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(1).
38. Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, HB., Dahlen, GH., Akbarzadeh, M., Özcan, T., Berghella, V. (2019). Warm Perineal Compresses during the Second Stage of Labor for Reducing Perineal Trauma: A Meta-Analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240;93-98.
39. Meyvis I, Rompaey BV, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E et al. Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth* 2012; 39: 115-20.
40. Fay Lodge, Melanie Haith-Cooper. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery Vol. 24, No. 3*.
41. Warmink-Perdijk WDB, Koelwijn JM, de Jonge A, van Diem MT, Lagro- Janssen ALM. (2016). Better Perineal Outcomes in Sitting Birthing Position cannot be Explained by Changing from Upright to Supine Position for Performing an Episiotomy. *Midwifery* 34: 1-6.
42. Osborne, KM. Pushing Techniques Used by Midwives When Providing Second Stage Labor Care. *Dissertations, Theses, Marquette University*, (2010).
43. WHO Recommendation On Techniques For Preventing perineal trauma during labour. (2018). <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-techniques-preventing-perineal-trauma-during-labour>, Erişim Tarihi: 10.01.2020.
44. Hayata, E., Nakata, M., Umemura, N., Nagasaki, S., Oji, A., Maemura, T., Katagiri, Y., Morita, M. (2019). Safety of Uterine Fundal Pressure Maneuver During Second Stage of Labor in a Tertiary Perinatal Medical Center: A Retrospective Observational Study. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58;375-379.
45. Çalik, KY., Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2018). First Do No Harm - Interventions During Labor and Maternal Satisfaction: A Descriptive Cross-Sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:415
46. Cuerva, MJ., Tobias, P., Espinosa, JA., Bartha, JL. (2015). Intrapartum Ultrasound Prior to Kristeller Maneuver: An Observational Study. *J Perinat Med.*, Mar;43(2):171-5.
47. Petrocnik, Marshall. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Mdwifery*, 31(2):274-279.
48. Habek, D., Tikvica Luetić, A., Marton, I., Prka, M., Pavlović, G., Kuljak, Z., Svanjug, D., Mužina, Z. (2018). Modified Ritgen Maneuver in Perineal Protection-Sixty-Year Experience. *Acta Clin Croat*, 57;116-121.
49. Kaddoura, R., DeJonq, J., Zurayk, H, Abbyad, C., Mirza, FG. (2019). Episiotomy Practice in The Middle East: A Lebanese Teaching Tertiary Care Centre Experience. *Women and Birth* 32;e223-e228.
50. Wu, LC., Malhotra, R., Allen, JC., Lie, D., Tan, TC., Østbye T. (2013). Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.*, 288;1249-56.
51. Lai, CY., Cheung, HW., Hsi Lao, TT., Leung, TY. (2009). Is the Policy of Restrictive Episiotomy Generalisable? A Prospective Observational Study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(12):1116-1121.
52. EURO-PERISTAT Project, European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. (2013). Editors: Zeitlin, J., Mohangoo, A., Delnord, M.
53. Frankman, EA., Wang, Li., Bunker, CH., Lowder, JL. (2009). Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*, 200:573.e1-573.e7.
54. Woolley, RJ. (1995). Benefits and Risks of Episiotomy: A Review of the English-language Literature Since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv.*, 50(11);821-35.
55. Labrecque, M., Baillargeon, L., Dallaire, M., Tremblay, A., Pinault, JJ., Gingras, S. (1997). Association Between Median Episiotomy and Severe Perineal Lacerations in Primiparous Women. *Can Med Assoc J.*, 156:797-802.
56. Bansal, RK., Tan, WM., Ecker JL., Bishop JT., Kilpatrick SJ. (1996). Is there a Benefit to Episiotomy at Spontaneous Vaginal Delivery? A Natural Experiment. *Am J Obstet Gynecol.*, 175:897-901.
57. Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., Garner, P. (2017). Selective Versus Routine Use of Episiotomy for Vaginal Birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000081.
58. Nassar, AH., Visser, GHA., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., Gupta, S. (2019). FIGO Statement: Restrictive Use Rather Than Routine Use of Episiotomy. *Int J Gynecol Obstet*, 146: 17-19.
59. Care in Normal Birth: A Practical Guide (2017). Technical Working Group, World Health Organization, 24(2);121-3.
60. WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. (2017). Geneva, 2nd ed. ISBN 978-92-4-156549-3.
61. Sooklim, R., Thinkhamrop, J., Lumbiganon, P., Prasertcharoensuk, W., Pttamadilok, J., Seekorn, K., Chongsomchai, C., Pitak, P., Chansamak, S. (2007). The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reproductive Health* 4:10.
62. Kalis, V., Laine, K., de Leeuw, JW., Ismail KM., Tincello DG. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*, 119:522-526.
63. Revicky, V., Nirmal, D., Mukhopadhyay, S., Morris, EP, Nieto, JJ. (2010). Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 150;142-6.
64. Dencker, A., Smith, V., McCann, C., Begley, C. (2017). Midwife-Led Maternity Care in Ireland – A Retrospective Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:101