

PERİNENİN KORUNMASI İÇİN INTRAPARTUM GİRİŞİMLER

Banu KARAÖZ¹, Aynur SARUHAN²

ÖZET

Günümüzde obstetrik uygulamanın temel amacı perinatal ve maternal mortaliteyi mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bu amaç ülkenin genel sağlık politikasının ayrılmaz bir parçasıdır. Gebe kadınların % 40'ından fazlasında gebelik, doğum veya postpartum periyotta akut obstetrik problemler ortaya çıkmakta ve gebelerin % 15'inde hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişmektedir. Doğum ve doğumda yapılan tüm girişimler boyutları ve etkileri ile kadının ve ailesinin yaşam kalitesinde farklılıklara yol açabilecek büyük ve önemli bir deneyimdir. Bu durum kadının benlik saygısını, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve duygusal sıkıntılara neden olmaktadır. Bu makalede, perinenin korunması için kullanabileceğimiz intrapartum girişimler ve metotlar üzerine yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Perinenin Korunması, İntrapartum Dönem, Girişim, Ebelik/Hemşirelik Bakımı

INTRAPARTUM INTERVENTIONS FOR THE PROTECTION OF PERINEUM

ABSTRACT

Nowadays, the main objective of obstetric practice is to reduce perinatal and maternal mortality as lowest as possible. This purpose is an integral part of the country's general health policy. Acute obstetric problems arise during pregnancy, delivery or postpartum period in over 40% of the pregnancies and life-threatening complications occur in 15% of the pregnancies. Delivery and all interventions during delivery together with its size and effects are important experiences that can cause changes in life quality of the women and her family. This condition has a negative impact on self-esteem and life quality of the women and causes emotional stress. In this article, studies about intrapartum interventions and methods to protect perineum are investigated.

Keywords: Protection of the perineum, Intrapartum period, Interventions, Midwifery / Nursing Care

¹ Öğr. Gör. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

² Yard. Doç. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Abd.

İletişim/ Corresponding Author : Banu KARAÖZ

Geliş Tarihi / Received : 21.05.2012

Tel : +9 534 489 87 56 e-posta: banukaraoz@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 06.09.2012

GİRİŞ

Bu makalede, perinenin korunması için kullanabileceğimiz intrapartum girişimler ve metotlar üzerine yapılan çalışmalar incelenmiştir. Perineum, vajina ve anüs arasında bulunan doku alanıdır. Kas ve pelvik tabanı birbirine bağlar. Pelvik taban, iki geniş kısma ayrılmakta olup bir hamak biçiminde orta hat boyunca birleşen düz bir kastır. Bu haliyle pelvik organları desteklemektir (1). Perineal travma ise; doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur (2). Perineum kadınlar için çok önemlidir. Perineumun doğum sırasında gerilmesi ya da yırtılması vajinanın arka duvarından gelen desteği kaldırmakta ve genellikle de uterusun prolapsusuna neden olmaktadır. Zayıf bir pelvik taban mesane ve bağırsaklarda inkontinansa sebep olmaktadır. Perineumda gerçekleşen travma, koitus sırasında rahatsızlığa ve ağrıya yol açmaktadır (3, 4, 5, 6).

Çalışmalar göstermektedir ki, kadınların %85'inden fazlası vajinal doğum süresince herhangi bir derecede perineal yırtığa sahip olmaktadır (7, 8, 9). Özellikle perineal travmaları azaltarak doğum anında daha az kanamanın olması, doğum sonu kanamayı ve perineal bölgede ağrı ızdırabı azaltıp annenin yeni rolüne uyumunu kolaylaştırmak bu çalışmaların temel amacıdır (2). Ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise 90%'nından fazlasında epizyotomi uygulanmaktadır (10).

I-PERİNEAL MASAJ

Perineumu vajinal doğum boyunca daha kolay esnemesi için hazırlayan bir yöntemdir. Doğum süresince, perineal dokuların bebeğin vajinaya doğru geçişine izin vermesi için yayılması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar yaklaşık olarak 35. gestasyonel haftadan itibaren başlanan antenatal perineal masajın onarım gerektiren perineal travmalarını azalttığını göstermektedir. Ayrıca kadınlar doğumdan üç ay sonra diğerlerine göre daha az perineal ağrı şikayeti bildirmektedirler (11).

Perine masajı, vagina ve rektum arasında bulunan perineal bölgeye elle yapılan masajı ifade eder. Masaj, kayganlaştırıcı yağlı bir madde ile vaginanın dışına ve yaklaşık 4 cm vaginanın iç ve dış duvarına yapılmaktadır. Perine masajına başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boşaltılmalıdır. Son zamanlarda prenatal perineal masajın perinenin doğuma hazırlanarak bütünlüğünün korunmasında, yırtıkların sayısını ve şiddetinin azaltılmasında olumlu etkileri olduğunu ifade eden araştırmalar yaygınlaşmaktadır (2).

Ebeler daha çok doğum sancısının ikinci safhasında kadınların perinesini sıklıkla yaş, sıcak kompres kullanarak veya sadece ıkınma ile yavaş kasılmasını sağlayarak korumaya çalışırlar. Zıt olarak doktorlar geleneksel olarak rutin uygulama olarak epizyotomi uygulamaları (2).

A-Perineal Masajın Avantajları

Perineumun elastikiyetini arttırmaktadır. Bu perineuma giden kan akımını ve gerilme kapasitesini arttırarak daha kolay ve acısız doğuma izin vermektedir. Perineumda yırtılma ve epizyotomi gereksinimi daha az gerçekleşmektedir. 1990'lardan bu yana Birleşik Krallıkta (UK) istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde epizyotomi oranları, epizyotominin olumsuz etkileriyle ilişkili kanıtlara yanıt olarak azalmaktadır (7, 12). Perineal masaj, perineumun açılmasına izin vermeye odaklanmaya yardımcı olmaktadır. Doğumdan sonra perineum daha az ağrılı olmaktadır. Eğer perineumda daha önceden oluşmuş dokuda yara izi (skar) ya da rijid bir perineum mevcutsa örneğin; kadın at binicisi ya da enerjik bir dansçı ise kısmen yardımcı olabilmektedir.

Perine masajına gebeliğin 34. haftasından itibaren istenilen bir zamanda başlanabilir. Perineal masaj kadının kendisi ya da partneri tarafından yapılabilir. Başlangıçta gebe kadın kendisi masaja başlayabilir, doğuma yakın ise eşinden yardım isteyebilir. Sadece bunu kendisini uygularken mutlu hissediyorsa yapması önerilmektedir. Yapılması için uygun zamanlardan biri banyo sırası ya da sonrasında. Çünkü perineumda bulunan kan damarları dilate olmakta ve bu perineumu daha yumuşak ve dokunulmasında daha rahat bir hale getirmektedir. Ayrıca kadında kendini daha rahatlamış hissetmektedir. Masaj sırasında kokulu olmayan, organik yapıda yağların, örneğin; zeytinyağı, tatlı badem yağı ya da ayçiçeği yağı gibi bölgenin kayganlaştırılmasında (lubrikasyonunda) ve masajı daha rahat bir hale getirmek için kullanılabilir (5).

B-Uygulamayı Kolaylaştıran Ve Rahatlatan Pozisyonlar

Dizler dışı bükülmüş ve desteklenmiş bir şekilde, yastık kullanılarak yatak ya da koltukta belinden yukarıya doğru desteklenerek, banyoda sırtüstü dinlenerek, bir taraftaki bacak yukarıda tutularak ve bacaklar değiştirilerek, ılık duş altında, bir bacak tabureye kaldırılarak, ayaklar değiştirilerek, tuvalette oturularak uygulanabilmektedir. Eldiven kullanılabilir ve karşıya ayna koyularak daha kolay görme sağlanabilir.

C-Uygulama Tekniği

Rahatlamış ve gevşemiş bir şekilde, kesintiye uğranmayacak, rahat ve güvende hissedilen bir yerde yapılabilir. Bebeğin perineumu doğumda açtığı yönde ve şekilde rahat ve kolay bir şekilde uygulanmalıdır. Vajinanın arka duvarına doğru bir ya da her iki başparmak yerleştirilir, bir ya da her iki işaret parmağı gluteal bölgede kalacak şekilde yerleştirilir. Uygulama sırasında yalnızca tek bir elde kullanılabilir. Az miktarda rektuma bastırılarak, yavaşça baş ve işaret parmakları birlikte yukarıya ve dışa doğru ritmik “U” ya da “sapan” şeklinde hareket ettirilmektedir. Masaj sırasında perineumun mümkün olduğu kadar gevşemesine odaklanılmalıdır. Masajın süresi istenildiği kadar uzatılabilir, ancak beş dakika kadar bir zaman amaçlanmaktadır.

Zaman içerisinde ve uyguladıkça, perinenin elastikleşmesine bağlı olarak, rektuma doğru bakıyı ve gevşetme yeteneğini artırabilmektedir. Ayrıca bu, bebeğin başı doğmak üzereyken yaptığı ve hissedilen baskıda gevşemeye yardım etmektedir. İstenilen sıklıkta tekrar edilebilmektedir. Masajdan en fazla yararı görebilmek için, her gün ya da gün aşırı masaj yapılması amaçlanmalıdır. Geç hamilelik dönemindeki hormonların pelvik kas ve kemiklerin üzerinde gevşetici etkisi bulunmakta olup, bu etkiden perineal masajdan sonra kas tonunu güçlendirmek için birkaç güçlü pelvik taban kasılması yapılarak yararlanılabilmektedir. Bunu gebe kadın idrar akışını ve nefesini tutarak, kaçırmayarak, sıkıştırarak ve pasajın arka ve önünde bulunan kasları kaldırarak durdurmaya çalışıyormuş gibi kendini hayal ederek yapabilmektedir. Kasılmayı 10 saniyeden fazla tutmak, 10 saniye dinlenip tekrar sıkılmak amaçlanmalıdır. Ayrıca, pelvik tabanın sıkılması ve sonra hemen gevşemesi ile birkaç hızlı kasılma yapılması, önerilebilmektedir (13).

Anderson ve Johnson (2005) yaptıkları sistematik review= derleme, obstetride kullanılan perineal tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ile ilgili üç çalışmada 119 perineal masaj yapılan kadın bir önceki vajinal doğumları ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, ikinci ve üçüncü derece laserasyon ya da epizyotomi ve enstrümantal doğum oranlarında anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (14, 15). Ayrıca 30 yaşın üzerinde masaj yapılmayan kadınlar (%81.4), masaj yapılan gruptan (%69.3) daha fazla perineal yırtılma deneyimi yaşamıştır. 10 dakika kendi kendine perineal masaj (%24) perineum bütünlüğünün korunması oranını masaj uygulanmayan gruba (%15) göre artmasına yol açmıştır (16). Epizyotomi kullanım oranlarında ya da üçüncü ya da dördüncü derecede laserasyonların görülme oranında bir farklılık bulunmamıştır. Multipar kadınlar için, perineal masaj sonuçlara herhangi bir etkide

bulunmamıştır. Üç aylık bir takip göstermiştir ki; masaj yapılan grupta fonksiyonel hiçbir değişiklik bulunmamaktadır (17). Bir diğer çalışmada ise kendisi ya da partneri tarafından yapılan günlük perineal masajın epizyotomi ve laserasyon oranlarını azaltıcı ve perine bütünlüğünü arttıran anlamlı bulgular saptanmıştır (18).

Labrecque ve ark. (1996) 34. Gebelik haftasından doğuma kadar tatlı badem yağı ile günlük 5-10 dakika süren perineal masajı değerlendirmiş, ilk vajinal doğumunu yapan kadınlar için perine bütünlüğünün korunmasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını ancak bunun daha önce vajinal doğumu olanlarda etkili olmadığını göstermiştir (16).

Labrecque ve ark. (2001) perineal masajı kadınların olumlu olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir (17). Stamp ve ark. (2001) doğumun ikinci evresinde perineal masajın etkilerini değerlendirmiş ve perine bütünlüğünü arttırmadığını ya da ağrı, disparoni, üriner ya da fekal problem görülme riskini azaltmadığını, ancak zararlı olmadığını saptamıştır (1).

Sayiner ve Demirci'nin (2007) 50 deney, 50 kontrol grubu ile yaptıkları bir araştırmada; gebelere 34. haftasından itibaren haftada 1 ya da 2 kez perine masajı yapıldı ve kendilerine de nasıl yapılacağı öğretilerek yapmaları istenmiştir. Araştırmaya katılan multipar olguların %14'ünün önceki doğumlarını evde, % 86'sının hastanede yaptığı, hastanede doğum yapan gebelerden 1'ine epizyotomi uygulandığı saptanmıştır. Masaj grubunda epizyotomi uygulanma oranı %10, kontrol grubunda %92 olarak saptanmıştır. Masaj uygulanan grupta epizyotomi uygulanma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır ($X^2 = 62.267$ $p < 0.001$, güç analiz = 0.91137) (2).

Birleşmiş Krallık'ta (UK) yapılan ulusal bir araştırmada doğumun ikinci evresi boyunca uygulanan perineal masajın %52 oranında maternal ünitelerde uygulandığını göstermektedir (19).

D-Eller Üzerinde Ve Eller Havada Metodu

Doğumun iyi yönetilmesini neyin sağladığını saptamak amaçlı Mc Candlish ve ark.'nın (1998) 5316 kadın ile yaptıkları çalışmada “eller üzerinde” yani ebenin ellerinin bebeğin başını bastırarak ve perineyi destekleyerek lateral fleksiyondan sonra omuzların doğurtulmasını kolaylaştıran ve “eller havada” yani ebenin ellerini havada ve hazır tutarak perineye ya da başa dokunmaksızın ve omuzların spontan vajinal doğumuna izin vermesi ile karakterize iki yöntem karşılaştırılmıştır. Sonuçlar “eller havada” metodunda 10 günde orta

dereceden daha fazla ağrı saptanmıştır. Ayrıca eller havada metoduyla yaptırılan doğumlarda epizyotomi oranı daha az, plasentanın elle ayrılmasıyla ise daha sık karşılaşılmıştır (8).

Mayerhofer ve ark. (2002) 1076 kadınla yaptığı araştırmada (20) Mc Candlish ve ark.'nın bulgularını onaylamış (8), bulgularında eller havada metodunun perineyi etkili bir şekilde koruyacağı önerilmiştir. Her iki yöntemin kullanımı hem ebelerin becerisi hemde bilgilendirilmiş kadının tercihine bağlı olmalıdır (22).

II- Sıcak Ve Soğuk Paket Kullanımı

Birleşmiş krallıkta (UK) yapılan ulusal araştırmada perineal yaralanmanın ağırlığını azaltma girişimi olarak doğumun ikinci evresinde maternal ünitelerin %33'ünde sıcak ve %21'inde bebeğin kafası taçlanırken yanma hissini azaltmak için soğuk paketler kullanılmaktadır (19). Çok ender olarak, randomize kontrollü çalışmada ılık uygulama paketlerinin doğumun ikinci evresinde nullipar kadınlarda suturlanma gereksinimini azaltmadığı ancak üçüncü ve dördüncü derece laserasyon riskini ve ağrının ağırlığını azalttığı bazı çalışmalarda kanıtlandığı saptanmıştır (21). Doğumun ikinci evresi boyunca soğuk paket kullanımıyla ilgili hiçbir formal değerlendirme bildirilmemiştir.

III- Başın Geleneksel Fleksiyon Ve Ekstansiyonu

Başın geleneksel olarak fleksiyonu ve ekstansiyonunun uygulamada alttan destekleme bilimsel prensibinin eleştirel bir analizinde reddedilmiştir (23). Bu yazarlar bu tekniklerin perineal travma olasılığını arttıracaklarını belirtmiştir.

IV- Valsalva Tipi Kapalı Glottis İkinme

İkinci evrenin erken döneminde kadınların kuvvetlice ıkmaları konusunda yönlendirilmesi sonucunda epizyotomi ve tamir gerektiren perine yırtıkları oranında bir artış olduğunu rapor edilmiştir. Ayrıca, bu durumda forseps kullanımına da daha fazla ihtiyaç duyulduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada, doğum eyleminin bu istenmeyen sonuçlarının, başın kademeli olarak inişinin engellenmesiyle vaginal doku ve perine kaslarındaki çok hızlı gelişen gerilmeye bağlı olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, vaginal duvar ve destek yapıları üzerindeki gerilme ve zorlanmanın ileride stres inkontinans ve perineal taravmaların oluşumunda etkili olabileceğini açıklamıştır (24).

Kuvvetli ıkınmaya, pelvis taban kaslarında sıkışma, gerilme ve sonuçta fetal inişte engellenme de eşlik edebilir. Bu nedenle, kadınlar çok korktuğu ve yorgun oldukları için uygun ve yeterli çabayı göstermekte yetersiz kalabilirler. Bunun sonucunda doğumda vakum ya da forseps kullanımına ya da sezaryen ile doğuma ihtiyaç duyulabilir.

Valsalva tipi ıkınmada ise, ıkınma hissi dikkate alınmaksızın kadının aşağıda belirtilen şekilde ıkınması desteklenir: kontraksiyonlar başladığında iki tane normal solunum yapma, derin bir nefes alma ve nefesi tutma, diyafram ve abdominal kaslarla birlikte havayı sıkıştırma, olabildiğince kuvvetli ve uzun (yaklaşık 10-15sn) ıkınma, nefes verme, tekrar derin bir nefes alma, nefesi tutma ve tekrar 10-15sn kadar kuvvetlice ıkınma, kontraksiyonlar hafiflediğinde ıkınmayı bırakma, iki ya da üç kez normal solunum yapma, bir sonraki kontraksiyona kadar gevşeme ve dinlenme (25).

Thomson (1993), 32 gebe kadında valsalva tipi (direktif / emir vererek) ve spontan ıkınma tekniklerini kullanarak karşılaştırmıştır. İki grup arasında doğum şekilleri, perineal travma oranı, kan kaybı, doğumda neonatal resusitasyona gerek duyulması, umbilikal ven kan gazları ve asit-baz durumları bakımından fark bulunmamıştır. Ancak aynı çalışmada, ikinci evre uzunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Spontan ıkınan kadınlarda ikinci evre uzunluğu 121.4 dakika iken valsalva tipi ıkınan kadınlarda ikinci evre uzunluğunun 58 dakika olduğu belirtilmiştir (26).

V- Lokal Anestezik Sprey

Doğumun ikinci evresinde, perineal ağrının azaltılması ile ilişkili olmayan lidokain kullanımının az miktarda yüksek düzeyde kanıtta, doğum sırasında perineal travma görülme oranını azalttığını belirtilmektedir. Bu yapılan çalışmada, doğumun ikinci evresinde lidokain sprej kullanılan kadınlarda kullanılmayanlara göre, sırasıyla %28 ve %44.6 oranında perineal travma görülmüştür. Sprej kullanılan kadınlarda koitus sırasında dispareni görülme oranı da daha az bildirilmiştir (27).

TARTIŞMA

Ebelerin, perinatoloji hemşirelerinin prenatal perine masajını yapması ve gebelere öğretmesi, ebelik ve hemşirelik müfredatlarında prenatal perine masajına yer verilmesi, epizyotominin rutin ve yaygın kullanımının sınırlandırılması, doğumun ikinci evresinde lidokainin perineal travmayı azaltmak için kullanılması, mezuniyet sonrası eğitimde bu

konuda hizmet içi eğitimlerinin yapılması, perineal travmaların önlenmesi için daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal Massage İn Labour And Prevention Of Perineal Trauma: A Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal* 2001; 322: 1277-80.
2. Sayiner FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İÜFN Hemşirelik Dergisi* 2007; 15(60):146-154.
3. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's Sexual Health After Childbirth. *BJOG: An International Journal Of Obstetric And Gynaecology* 2000;107(2):186-95.
4. Albers L, Garcia J, Renfrew M, Mc Candlish R, Elbourne D. Distribution Of Genital Tract Trauma In Childbirth And Related Postnatal Pain. *Birth* 1999;26(1):11-7.
5. Albers L. Reducing Genital Tract Trauma At Birth Launching A Clinical Trial In Midwifery. *Journal Of Midwifery And Women's Health* 2003; 48: 105-110.
6. Eason E, Labrecque M ve ark. Anal Incontinence After Childbirth. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 166(3):326-30.
7. Kettle C, Tohil S. Perineal Care. *BJM Clin* 2008; 24(10):1401.
8. Mc Candlish R, Bowler U ve ark. A Randomised Controlled Trial Of Care Of Perineum During Second Stage Of Normal Labour. *British Journal Of Obstetric and Gynaecology* 1998; 105(12):1262-72.
9. Sleep J, Grant A ve ark. West Berkshire Perineal Management Trial. *BJM* 1984; 298:578-690.
10. Karaçam Z. Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 38-46.
11. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal Perineal Massage For Reducing Perineal Trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;1:1-7.
12. Klein MC, Gauthier RJ ve ark. Relationship of Episiotomy to Perineal Trauma And Morbidity, Sexual Dysfunction, And Pelvic Floor Relaxion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171(3):591-8.

13.Carroli G, Belizan J. Episiotomy For Vaginal Birth (Cochrane Review): In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd. 2004;1.

14.Anderson FWJ, Johnson CT. Complementary And Alternative Medicine In Obstetrics. International Journal Of Gynecology and Obstetrics 2005; 91: 116-124.

15.Shipman MK, Boniface DR. Antenatal Perineal Massage and Subsequent Perineal Outcomes: a Randomised Controlled Trial. Br. J. Obstet. Gynaecol 1997; 104(7):787-91.

16.Labrecque M, Eason E. Randomized Controlled Trial of Prevention of Perineal Trauma by Perineal Trauma by Perineal Trauma by Perineal Massage During Pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 1996; 180(3):593-600.

17.Labrecque M, Eason E. Randomized Trial of Perineal Massage During Pregnancy: Perineal Symptoms Three Months After Delivery. Am. J. Obstet. Gynecol 2000; 182(1): 76-80.

18.Avery MD, Burket BA. Effect Of Perineal Massage On The Incidence Of Episiotomy And Perineal Laceration In A Nurse—midwifery Service. J Nurse Midwifery 1986; 31(3):128– 34.

19.Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques To Reduce Perineal Pain During Spontaneous Vaginal Delivery And Perineal Suturing: A UK Survey Of Midwifery Practice. Midwifery 2005; 21: 154-160.

20.Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K. et al. Traditional Care Of The Perineum During Birth. A prospective, Randomised Multicentre Study of 1,076 Women. The Journal of Reproductive Medicine 2002; 47: 477-82.

21.Munro J, Jokinen M. Perineum Care. Midwifery Practice Guideline. Royal Collage of Midwifery Evidence Based Guidelines For Midwifery-Led Care In Labour 4th Edition 2008;1-8.

22.Dahlen HG, Homer CS ve ark. Perineal Outcomes And Maternal Comfort Related To The Application Of Perineal Warm Packs In The Second Stage Of Labor: A Randomized Controlled Trial. Birth. 2007; 34(4): 282-290.

23.Myrfield K, Brook C, Creedy D. Reducing Perineal Trauma: Implications Of Flexion And Extension Of The Fetal Head During Birth. Midwifery 1997; 13: 197-201.

24.Beynon CL. The normal second stage of labour: A Plea For Reform In Its Conduct. Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire 1957; 64: 815-820.

25.Harwey M (Ed.), Herman AJ ve ark. Preparation for Childbirth A Family Approach. 2.edition. Baptist Memorial Hospital. ISBN: 0-8900-3-058-8 Indianapolis- 1989. 32-56.

26.Thomson AM. Pushing Tecniques In Second Stage Of Labour. Journal of Advenced Nursing 1993; 18(2): 171-177.

27.Ayton H, Tapisiz OL ve ark. Severe Perineal Lacerations In Nulliparous Women And Episiotomy Type. European Journal of Obstetrics & Gynecology 2005; 121: 46-50.