

*

۱. کارشناسی ارشد مامائی، مربی دانشکده پرستاری مامائی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامائی، دانشکده پرستاری مامائی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامائی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. متخصص زنان و زایمان، مشهد، ایران

۱۳۸۸/۱۰/۲۰ :

۱۳۸۸/۷/۵ :

پارگی‌ها صدمات شایع پرینه در زنان نخست‌زا هستند و اپی‌زیاتومی رایج‌ترین برش جراحی در مامایی است. هیچ مدرک مستند علمی در تایید اپی‌زیاتومی رایج وجود ندارد و توصیه شده اپی‌زیاتومی بصورت انتخابی و براساس اندیکاسیون‌های مادری و جنینی انجام شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان صدمات پرینه در مادران نخست‌زا با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی در بیمارستان شهید مدرس کاشمر انجام شد.

: این کارآزمائی بالینی تصادفی روی ۱۰۰ خانم نخست‌زای ۱۷-۳۵ ساله با شروع خودبخودی زایمان در بیمارستان شهید مدرس کاشمر در سال ۱۳۸۲ انجام شد. واحدهای پژوهش ابتدا به‌صورت مبتنی بر هدف انتخاب و سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی قرار گرفتند. همه زایمان‌ها توسط پژوهشگر انجام شد، اما تعیین میزان صدمات پرینه توسط پژوهشگر دیگری که از گروه بندی اطلاع نداشت، صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم‌های مصاحبه، مشاهده و مقیاس سنجش قدرت عضلات کف لگن بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های تی دانشجویی، مجذور کای، من‌ویتنی و فیشر با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) صورت گرفت.

: در گروه انتخابی ۱۲ نفر (۲۴ درصد) اپیزیوتومی و در گروه رایج ۵۰ نفر (۱۰۰ درصد) اپیزیوتومی شدند ($p < 0/0001$). صدمات پرینه در گروه اپیزیوتومی انتخابی ۶۲ درصد و در گروه اپیزیوتومی رایج ۱۰۰ درصد بود که تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/0001$). در دو گروه از نظر متغیرهای موثر بر صدمات پرینه همگن بودند. : انجام اپی‌زیاتومی انتخابی سبب کاهش صدمات پرینه می‌شود که می‌تواند به عنوان روشی ایمن و با صرف وقت کمتر جایگزین اپی‌زیاتومی رایج شود.

: اپی‌زیاتومی رایج؛ اپی‌زیاتومی انتخابی؛ صدمات پرینه؛ نخست‌زا

افزایش دارد اما در آپکار پایین دقیقه اول و پنجم تفاوتی ایجاد نمی‌شود (۸).

بنابراین با توجه به مشکلاتی که بدنبال اپی‌زیاتومی و صدمات وارد بر پرینه ایجاد می‌شود و عنایت به این‌که سازمان بهداشت جهانی نیز طرح مراقبت با حداقل مداخله را در مراحل زایمان طبیعی ارائه نموده است و بر طبق نتایج مطالعه مروری سیستماتیک انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی، شواهد مستند علمی تنها از انجام اپی‌زیاتومی در ۵ تا ۲۰ درصد موارد حمایت می‌نماید (۱) و با توجه به این‌که هیچ مدرک مستند علمی در تایید اپی‌زیاتومی رایج وجود ندارد (۲)، این اقدام باید به طور انتخابی و به موارد خاص مادری و جنینی محدود شود (۹). اندیکاسیون‌های جنینی مانند دیستوشی شانه و زایمان بریج مواردی کاملاً آشکار است که در صورت عدم انجام اپی‌زیاتومی پرینه پاره می‌شود (۱۰) و با عنایت به این‌که در ایران اپی‌زیاتومی به‌صورت رایج انجام می‌گیرد، این کارآزمایی بالینی با هدف مقایسه صدمات پرینه در مادران نخست‌زا با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی انجام شد.

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی روی ۱۰۰ خانم نخست‌زا با شروع خودبخودی زایمان در بیمارستان شهید مدرس کاشمر در سال ۱۳۸۲ انجام شد. شرایط ورود به پژوهش شامل سن بین ۳۵-۱۷ سال، سن حاملگی بین ۴۲ - ۳۷ هفته کامل، حاملگی تک قلو، نمایش قله سر، زایمان طبیعی، قد بالای ۱۵۰ سانتی‌متر و وزن بین ۹۰-۴۵ کیلوگرم بود. واحدهای پژوهش با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی به‌صورت یک در میان در فاز فعال مرحله اول زایمان در یکی از دو گروه با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم انتخاب‌واحد پژوهش، فرم‌های مصاحبه و مشاهده، مقیاس سنجش قدرت عضلات کف لگن، سوآپ استریل و خط‌کش مدرج بود.

در این مطالعه مادران در اتساع ۳-۵ سانتی‌متری دهانه رحم یعنی در فاز فعال مرحله اول زایمان وارد پژوهش شده، در بدو پذیرش طول میان‌دوره با استفاده از سوآپ

اپی‌زیاتومی شایع‌ترین مداخله مامائی است که تقریباً در ۱۵ تا ۹۵ درصد زایمان‌ها انجام می‌گیرد. براساس مطالعات اخیر حداقل ۸۰٪ مادرانی که در امریکا برای اولین بار زایمان واژینال می‌کنند این برش جراحی دردناک را متحمل می‌شوند (۱). در ایالات متحده تا پایان دهه ۱۹۷۰ برش اپی‌زیاتومی تقریباً در تمام زنانی که برای بار اول زایمان می‌کردند، به‌صورت رایج انجام می‌شد، درحالی‌که این رقم در سال ۱۹۹۷ به ۳۹ درصد رسید (۲). گرچه هنوز بالاتر از حد مطلوب (۳۰ درصد و کمتر) است (۳). اما این آمار در کشورهای در حال توسعه از جمله کشورهای آسیایی مانند هند در جایگاه بالای ۹۰ درصد (۴) و حتی در بعضی مناطق شمال امریکا و آسیا تا ۱۰۰٪ گزارش شده است (۵). در ایران نیز همچنان اپی‌زیاتومی به شکل رایج استفاده می‌شود، به نحوی که رضازاده و غفاری شیوع آن را در بیمارستان میرزا کوچک خان تهران ۸۸ درصد و عوارض ناشی از آن را ۵/۳ درصد بیان کردند (۶).

محققان مختلف مزایای متفاوتی را برای اپی‌زیاتومی مطرح نموده‌اند که شامل جلوگیری از صدمات داخل جمجمه نوزاد، بهبود نمره آپگار، جلوگیری از پارگی‌های نامنظم و شدید پرینه، ترمیم راحت‌تر برش اپی‌زیاتومی نسبت به پارگی‌ها، پیشگیری از شل شدن عضلات کف لگن و بروز سیستم‌وسل و رکتوسل است، اما مدرک مستدلی که این مزایا را تایید کند وجود ندارد و نقش اپی‌زیاتومی فقط در مورد کاهش پارگی‌های قدامی پرینه به اثبات رسیده و بقیه موارد یا اثبات نشده و یا رد شده است (۲).

اپی‌زیاتومی نیز مثل هر برش جراحی دیگر خطراتی در بر دارد که شامل درد، خونریزی، عفونت، آبسه، هماتوم، صدمه به اسفنکتر و مخاط مقعد، فسیتول بین مقعد و مهبل و مقاربت دردناک است (۷). محدود نمودن موارد انجام اپی‌زیاتومی به اپی‌زیاتومی انتخابی موجب کاهش آمار آن تا ۳۰ درصد و کاهش احتمال صدمه شدید به پرینه، نیاز به بخیه، عوارض ناخوشایند مانند درد، مقاربت دردناک و بی‌اختیاری ادرار می‌شود گرچه خطر صدمه به قسمت قدامی پرینه دو برابر می‌شود (۵) اما میزان نیاز به بستری شدن مادر پس از زایمان در مادران با اپی‌زیاتومی

بود. داده‌ها پس از گردآوری با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) تجزیه و تحلیل شد.

دو گروه از نظر متغیر سن با میانگین ۲۰/۸ در گروه انتخابی و ۲۰/۴ سال در گروه رایج با یکدیگر همگن بودند ($p=0/399$). از نظر میزان تحصیلات و شغل مادر نیز اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه مشاهده نشد. دو گروه از نظر شغل و تحصیلات همسر و میزان درآمد خانواده نیز همگن بودند.

توزیع فراوانی واحدهای پژوهش از نظر مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی و نحوه انجام مراقبت‌های دوران بارداری با آزمون فیشر تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد. از نظر خواسته بودن حاملگی و سابقه سقط نیز بین گروه‌های مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد. بین دو گروه از نظر طول جسم پرینه (با میانگین $3/4 \pm 0/6$ سانتیمتر در گروه اپیزوتومی انتخابی و $3/6 \pm 0/6$ در گروه اپیزوتومی رایج، قوام پرینه ۵۸٪ در گروه اپیزوتومی انتخابی و ۶۰٪ در گروه اپیزوتومی رایج با قوام متوسط) و نمره قدرت عضلات کف لگن (با میانگین $8/4 \pm 0/9$ در گروه انتخابی و $8/6 \pm 1/2$ در گروه اپیزوتومی رایج) و اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده نشد. طبق آزمون تی دانشجویی دو گروه از نظر میانگین شاخص توده بدنی ۲۴ ساعت بعد از زایمان همگن بودند ($p=0/917$) و میانگین BMI در گروه اپیزوتومی انتخابی $22/7 \pm 4/5$ و در گروه اپیزوتومی رایج $22/6 \pm 5/1$ کیلوگرم بر مترمکعب بود. گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای تحت کنترل در مراحل مختلف زایمان مانند جایگاه سر جنین و اتساع دهانه رحم در بدو پذیرش، طول فاز فعال مرحله اول و دوم زایمان، حجم مایعات وریدی دریافتی، مصرف دارو و ضد درد، شدت، مدت و فاصله انقباضات رحمی، نوع، تعداد و زمان زور زدن مادر در مرحله دوم زایمان (جدول ۱)، وزن، قد، دورسر، دور شانه نوزاد و نمرات آپگار دقایق اول و پنجم نیز اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند.

استریل و خط‌کش فلزی مدرج و نمره قدرت عضلات کف لگن با استفاده از مقیاس ویژه ارزیابی قدرت عضلات کف لگن تعیین شد و طی مراحل زایمانی مادر، پژوهشگر دقیقاً از مادر مراقبت می‌نمود و در صورت پیشرفت غیرطبیعی اتساع دهانه رحم یا ناکافی بودن انقباضات رحمی انفوزیون وریدی اکسی‌توسین شروع و حجم و دوز آن را ثبت می‌کرد. از مادر خواسته می‌شد در شروع مرحله دوم زایمان همراه انقباضات زورهای نسبتاً کوتاه بزند و پس از رویت ۳-۲ سانتی‌متر از سر جنین طی یک انقباض در مدخل واژن، مادر به اتاق زایمان هدایت می‌شد. تمام مادران در وضعیت لیتوتومی قرار می‌گرفتند و همه مادرانی که در گروه اپیزوتومی رایج قرار داشتند طبق روش معمول بیمارستان اپیزوتومی می‌شدند. در مادرانی که در گروه اپیزوتومی انتخابی قرار داشتند، برش اپیزوتومی فقط در صورت وجود اندیکاسیون لازم جهت برش پرینه مانند وضعیت پس سری خلفی، جنین درشت، زجر جنینی و مواردی مانند پرینه سفت و کوتاه انجام شد. برش اپیزوتومی در هر دو گروه از نوع میانی کناری و به طول ۳-۴ سانتی‌متر بود.

لازم به ذکر است که همه زایمان‌های دو گروه توسط پژوهشگر انجام شد و نحوه کنترل پرینه در دو گروه یکسان بود. پس از انجام زایمان و خروج کامل جفت و پرده‌ها، پژوهشگری که از گروه‌ها اطلاعی نداشت طول و عمق برش اپیزوتومی را با استفاده از سواپ استریل و خط‌کش مدرج تعیین و ثبت می‌نمود. همچنین پرینه از نظر گسترش برش اپیزوتومی و یا پارگی در سایر نواحی مورد بررسی قرار می‌گرفت. در موارد عدم انجام اپیزوتومی، بعد از زایمان پرینه از لحاظ وجود پارگی-های قدامی و خلفی، طول و عمق و درجه پارگی‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت و در صورت وجود اپیزوتومی یا پارگی، پژوهشگر پرینه را ترمیم می‌کرد. ضمناً جهت رعایت ملاحظات اخلاقی مادران تا ۲ ساعت بعد از زایمان تحت نظر بوده و کنترل می‌شدند. آزمون‌های آماری مورد استفاده در این مطالعه شامل آزمون تی دانشجویی، مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و آزمون من‌ویتنی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد

جدول ۱- مقایسه میانگین متغیرهای کنترل شده در مراحل مختلف زایمان به تفکیک گروه در مادران با اپیزیوتومی انتخابی و رایج

نتیجه آزمون t	رایج		انتخابی		نوع اپی زیاتومی
	تعداد	انحراف معیار + میانگین	تعداد	انحراف معیار + میانگین	متغیر
t=۰/۲ Df=۹۸ p=۰/۱۹۸	۵۰	۴۵/۳±۱۰/۷	۵۰	۴۳±۶/۵	متوسط مدت انقباضات رحمی در مرحله اول زایمان
t=۰/۳ Df=۹۸ p=۰/۱۷۹	۵۰	۴۹/۲±۱۰/۳	۵۰	۵۱/۶±۷/۱	متوسط مدت انقباضات رحمی در مرحله دوم زایمان
t=۱ Df=۹۸ p=۰/۳۱۳	۵۰	۲۳۴/۴±۱۰۴/۳	۵۰	۲۵۸/۲± ۱۲۵/۴	خجم مایعات وریدی دریافتی
t=۰/۴ Df=۹۸ P=۰/۶۴۷	۵۰	۴/۰۶±۰/۹	۵۰	۴/۵±۰/۷	متوسط تعداد زور زدن‌های مادر طی یک انقباض در مرحله دوم زایمان
t=۱/۱ Df=۹۸ p=۰/۲۷۳	۵۰	۳۶/۲±۱۹/۵	۵۰	۳۲/۳± ۱۵/۶	طول فاز نهفته مرحله اول زایمان
t=۱/۶ Df=۹۸ p=۰/۰۹۵	۵۰	۲۱/۸±۱۰/۱	۵۰	۲۵/۸±۱۳/۴	طول فاز فعال مرحله اول زایمان
t=۰/۵ Df=۹۸ p=۰/۵۹	۵۰	۲۱۰/۷±۸۸/۶	۵۰	۲۱۹/۹±۸۱/۳	طول کل مرحله اول زایمان
t=۰/۰۲ Df=۹۸ p=۰/۹۸۳	۵۰	۵۸/۳±۲۲/۸	۵۰	۵۸/۲±۲۴/۶	طول کل مرحله دوم زایمان

اپیزیوتومی اندیکاسیون بود و در ۸ نفر (۱۶ درصد) پارگی خلفی، ۷ نفر (۱۴ درصد) پارگی قدامی و ۴ نفر (۸ درصد) پارگی خلفی و قدامی پرینه ایجاد شد که در مجموع ۳۱ نفر (۶۲ درصد) دچار صدمه به پرینه شدند. در گروه اپیزیوتومی رایج تنها در ۳۰ درصد موارد انجام اپیزیوتومی با اندیکاسیون مامایی بود و اقدام به اپیزیوتومی در ۷۰ درصد موارد بدون اندیکاسیون بود ($p < ۰/۰۰۰۱$)، علاوه بر آن در ۱۲ درصد موارد پارگی قدامی نیز ایجاد شد که در مقایسه با پارگی‌های قدامی در گروه اپیزیوتومی انتخابی که ۲۶ درصد تعیین شد، کاهش داشت ($p = ۰/۰۰۱$).

در ارتباط با مصرف اکسی‌توسین در هر دو گروه در ۹۰٪ موارد طی مرحله اول و ۸۸٪ در گروه اپیزیوتومی انتخابی در مقابل ۸۶٪ در گروه اپیزیوتومی رایج در مرحله دوم زایمان از اکسی‌توسین استفاده نشد، همچنین وضعیت و جایگاه سر جنین در شروع مرحله دوم زایمان در دو گروه با آزمون من ویتنی تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد. در رابطه با اهداف اصلی پژوهش، دو گروه برحسب انجام اپیزیوتومی و صدمات وارد بر پرینه (اپیزیوتومی و پارگی) اختلاف آماری معنی‌دار داشتند (جدول ۳ و ۲). در گروه انتخابی در ۱۲ نفر (۲۴ درصد) با انجام

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب انجام اپی‌زیاتومی به طور رایج و انتخابی

انجام اپیزوتومی	انتخابی		رایج		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۱۲	۲۴	۵۰	۱۰۰	۶۲	۶۲
خیر	۳۸	۷۶	—	—	۳۸	۳۸
کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب صدمات وارده بر پرینه (اپی‌زیاتومی و پارگی) در انجام اپیزوتومی رایج و انتخابی

صدمات وارده بر پرینه	گروه اپیزوتومی		انتخابی		رایج		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۳۱	۶۲	۵۰	۱۰۰	۸۱	۸۱	۸۱	۸۱
ندارد	۱۹	۳۸	—	—	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹
کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

اختلاف معنی‌دار آماری نشان داد ($p=0/007$) و مادران گروه انتخابی رضایت بیشتری از زایمان داشتند.

کارآزمایی‌های بالینی در بیمارستان‌های امریکا نشان می‌دهد که اپی‌زیاتومی فاکتور خطر اصلی پارگی‌های شدید طی زایمان است که آسیبی قابل پیشگیری است (۳). بر اساس مطالعه راژ سانن و همکاران (۲۰۱۰) میزان پارگی درجه ۳ در مادران نخست‌زا و چندزا در صورت انجام اپی‌زیاتومی بسیار شایع‌تر است (۸) و میزان اقدام به اپی‌زیاتومی ۱۰ برابر بیشتر از موارد لازم (حدمطلوب آن ۳۰ درصد و کمتر در موارد زایمان واژینال برآورد شده) گزارش شده است (۳). سیاست اجتناب از اپیزوتومی بصورت رایج شیوع آن را از ۸۰ به ۴۰ درصد و شیوع صدمات وارد بر پرینه را از ۸۵ به ۷۰ درصد کاهش داده است (۶).

همچنین بانزال و همکاران (۱۹۹۶) بیان کردند به موازات کاهش استفاده از اپی‌زیاتومی میزان بی‌اختیاری مدفوع، فیستول‌های رکتوواژینال، درد و مقاربت دردناک پس از زایمان کاهش داشته است (۱۲). آندره آ و همکاران (۲۰۰۴) نیز گزارش نمودند اپی‌زیاتومی نمی‌تواند از بی‌اختیاری ادراری و مقعدی و پرولاپس ژنیتال جلوگیری نماید (۱۳). به نظر می‌رسد اپیزوتومی عامل اصلی ایجاد عفونت است، به‌علاوه فقدان لذت از

تمامی بر اساس داده‌های موجود در جدول شماره ۳، آزمون مجذور کای از نظر درجه پارگی پرینه بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نشان داد. ($p<0/0001$). همچنین بر اساس آزمون تی دانشجویی میانگین طول و عمق برش در گروه اپیزوتومی رایج بعد از زایمان با طول و عمق پارگی‌های خلفی در گروه اپیزوتومی انتخابی اختلاف آماری معنی‌دار نشان داد ($p<0/0001$)، به‌طوری‌که میانگین طول صدمات خلفی پرینه در گروه رایج $3/9 \pm 1/0$ و در گروه اپیزوتومی انتخابی $2/3 \pm 0/7$ سانتی‌متر و میانگین عمق صدمات خلفی پرینه در گروه اپیزوتومی رایج $0/9 \pm 0/5$ سانتی‌متر بود که حاکی از کاهش صدمات وارد بر پرینه در موارد عدم انجام روتین اپیزوتومی است. در گروه انتخابی ۱۹ نفر (۵۰ درصد) پرینه سالم، ۸ نفر (۲۱ درصد) پارگی خلفی، ۷ نفر (۱۸/۴ درصد) پارگی قدامی و ۴ نفر (۱۰/۳ درصد) پارگی قدامی و خلفی پرینه داشتند و ۱۲ نفر هم با اندیکاسیون اپی‌زیاتومی شدند. مدت زمان ترمیم پرینه ($11/9 \pm 5/9$ دقیقه) در گروه انتخابی در مقابل $7/3 \pm 1/8$ در گروه اپیزوتومی رایج و ($p=0/0001$) و تعداد بسته‌های نخ مصرفی جهت ترمیم $1/6 \pm 0/5$ در گروه انتخابی و $2/1 \pm 0/3$ در گروه اپیزوتومی رایج تفاوت معنی‌دار بود ($p<0/0001$). نمرات کسب شده رضایت از زایمان نیز در دو گروه

فعالیت جنسی و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع نیز از عوارض دیگر آن است (۱۴).

در این پژوهش در گروه اپیزیوتومی انتخابی میزان انجام اپیزیوتومی ۲۴ درصد و در گروه اپیزیوتومی رایج ۱۰۰ درصد بود و نتایج نشان داد میزان صدمات وارد بر پرینه اعم از پارگی یا اپیزیوتومی در گروه اپیزیوتومی انتخابی ۶۲ درصد و در گروه اپیزیوتومی رایج ۱۰۰ درصد بوده است و ۳۸ درصد مادران گروه اپیزیوتومی انتخابی بعد از زایمان پرینه سالم داشتند و دو گروه از لحاظ صدمات وارد بر پرینه با یکدیگر اختلاف آماری معنی دار داشتند ($P < 0.001$). گروه محققان آرژانتین (۱۹۹۳) نیز میزان انجام اپیزیوتومی را در گروه اپیزیوتومی انتخابی ۱/۳۰ درصد و در گروه اپیزیوتومی رایج ۸۲/۶ درصد گزارش کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد اگرچه صدمات شدید پرینه در هر دو گروه نادر بود اما در گروه اپیزیوتومی انتخابی فراوانی این صدمات کمتر از گروه اپیزیوتومی رایج بوده است (۱/۲ درصد در مقابل ۱/۵ درصد در گروه رایج) (۱۵).

لذا سیاست انجام اپیزیوتومی تنها در موارد ضروری موجب گزاشی از کاهش قابل توجه آمار اپیزیوتومی، افزایش میزان پرینه سالم و کاهش معنی دار صدمات شدید پرینه شده و باعث شده هزاران زن در جنوب آسیا زایمان بدون درد و بدون عوارض ناخوشایند اپیزیوتومی را تجربه نمایند (۵).

به‌طور کلی فقدان شواهد مثبت از اغلب کارآزمایی‌های بالینی انجام شده و همچنین مطالعه حاضر، از سودمند بودن اپیزیوتومی رایج حمایت نمی‌کند (۱۵) و با توجه به آن که ویلیامز (۲۰۱۰) نیز بیان می‌نماید که در مورد

انجام برش اپیزیوتومی یا عدم انجام آن، اختلاف نظر زیادی وجود دارد (۲)، نگارنده پژوهش حاضر نیز معتقد است که در مورد برش اپیزیوتومی باید در تک تک افراد بسته به شرایط موجود تصمیم‌گیری کرد و نباید این کار به‌طور رایج انجام شود.

به‌طور کلی براساس نتایج این پژوهش با انجام اپیزیوتومی به‌صورت محدود و طبق اندیکاسیون، می‌توان از صدمات وارد بر پرینه به میزان قابل توجهی کاست که این امر می‌تواند عملکرد مادران را در مراقبت از نوزاد و بقیه اعضا خانواده افزایش داده و در نهایت موجبات ارتقاء سلامت جامعه فراهم می‌شود، همچنین به‌علت کاهش مصرف نخ بخیه، داروهای ضد درد، مواد ضد عفونی کننده، مداخلات جراحی و ترخیص زودتر مادران از بیمارستان صرفه‌جویی قابل توجهی نیز در هزینه درمان می‌شود.

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که هزینه مالی این طرح را تقبل نموده اند و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد

1. Bruce E. No Episiotomy: Getting Through Birth in One Piece. Peaceful parenting. 2009. Available at: <http://www.drnomma.org/2009/11/no-episiotomy-getting-through-birth-in.html>.
2. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetrics. 22th ed, New York: Mc Graw Hill Medical; 2010: 401-5.
3. Clemans JL, Towers GD, McClure GB, Boyle AL. Decreased Anal Sphincter Lacerations Associated With Restrictive Episiotomy In Use. Am J obstet gynecol. 2005;192:1620-5.
4. Kropp N, Hartwell T, Althabe F. Episiotomy Rate From Eleven Developing Countries. Int J Gynecol Obstet. 2005;97:157-9.
5. Jacqueline J, Porjai, Robert P. Japaraj, Tari T, Ussanee S, Caroline A. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010; 111: 13-18.
6. Ghafari L. Frequency and complications of episiotomy in Mirza Kochak Khan Hospital in Tehran. Thesis for Master of science Degree. Tehran University of Medical Science; 1375: 2-5. [Persian]

7. Chang SH, Kuang-HoChen, Ho-HsiungLin, Chao Y, Yeur-HurLai. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; (Article in press) NS-1717: 1-10. ◆
8. Räisänen S ,Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*.2010; 26(3): 348-56.
9. Golmakani A, Kordi M, Mehran F, Mazloum SR. Comparison the effect of lateral position with litotomy position in the second stage of labor to performing of episiotomy and occurrence of prineal laceration in primiparous women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2005; 49: 57-64. [Persian]
10. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. *Williams Obstetrics*. 23thed, New York: Mc Graw Hill Medical; 2010: 401-5.
11. Dillen JV, Spaans M, Keijsteren WV, Dillen MV, Vredevoogd C, Huizen MV, Middeldorp A. A prospective multicenter audit of labor-room episiotomy and anal sphincter injury assessment in the Netherlands. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.2010; 108(2): 97-100.
12. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 10thed, Philadelphia: Williams&Wilkins lipincott; 2008:31-4.
13. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The Effects Of Mediolateral Episiotomy On Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*.2004; 103: 669-73.
14. Sonia Maria Junqueira V. de, Olivera Elaine Cristina. Frequency and Criteria for the indication of episiotomy. *revista da escola*. 2005; 39:288-95.
15. Burroughs, A.Leifear,G. Argentine Episiotomy trial collaborative group. Routine vs. selective episiotomy: a randomized trial. *Lancet*. 1993; 342: 1517-18.
16. Bob stein. Procedure on women in labor adds risk study urges halt to episiotomy. Available at: www.Washingtonpost.com/wpdyn/content/2005.

