

مقایسه دو روش با استفاده از دست و بدون استفاده از دست بر وضعیت پرینه

فرشته جهدی^۱، مریم شاه‌نظری^۲، مریم کاشانیان^۳، منصوره اشقی فراهانی^۴، حمید حقانی^۵

^۱ عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۳ استادیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۴ استادیار گروه پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۵ استادیار آمار حیاتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

نشانی نویسنده مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، مریم شاه‌نظری

Email: shahnazari.maryam@gmail.com

وصول: ۸۸/۱۱/۵، اصلاح: ۸۸/۱۲/۱، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: صدمات پرینه از آسیب‌هایی هستند که مکرراً حین زایمان طبیعی رخ می‌دهند. روش‌های متعددی با هدف کاهش آسیب‌های پرینه به کار می‌روند. هدف ما در این مطالعه تعیین و مقایسه فراوانی و درجه پارگی‌های پرینه در ارتباط با دو روش کنترل پرینه هنگام زایمان "با استفاده از دست" و "بدون استفاده از دست" می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی یک‌سوکور است. نمونه‌های پژوهش (در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد) ۱۸۷ نفر برآورد گردید، که پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنان به روش تخصیص تصادفی به‌طور مستمر در یکی از دو گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست (۹۸ نفر) و گروه کنترل پرینه با استفاده از دست (۸۹ نفر) قرار گرفتند. در گروه آزمون، پژوهشگر طی مرحله خروج سر بدون تماس دست با پرینه به‌صورت انتظار تنها به مشاهده مراحل خروج سر پرداخت. در گروه کنترل، پژوهشگر طی مرحله خروج سر به حمایت پرینه با استفاده از مانور ریتگن پرداخت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آماری مجذور کای و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن است که نسبت سالم ماندن پرینه در گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست ۴۴/۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد در گروه کنترل پرینه با دست بود که تفاوت آماری معناداری را نشان می‌دهد ($p < 0/0001$). پارگی پرینه ۵۱ درصد در گروه آزمون و ۴۷/۲ درصد در گروه کنترل رخ داد، که تفاوت حاصله معنادار نبود ($p = 0/55$). اغلب موارد پارگی در هر دو گروه، نوع درجه یک بود (۵۰ درصد در گروه آزمون و ۶۴/۳ درصد در گروه کنترل). میزان موارد اپی زیاتومی در گروه آزمون ۳/۱ درصد و در گروه کنترل ۷۵/۳ درصد بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که سیاست استفاده از روش کنترل پرینه بدون دست، روشی ایمن و مؤثر جهت جایگزینی با سایر روش‌های حمایت پرینه هنگام زایمان می‌باشد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/شماره ۴ / صص ۱۹۵-۱۸۹).

واژه‌های کلیدی: کنترل پرینه بدون استفاده از دست؛ کنترل پرینه با استفاده از دست؛ اپی زیاتومی؛ آسیب پرینه.

مقدمه

یکی از شایع‌ترین صدمات زایمانی، آسیب‌های پرینه هستند که حین زایمان طبیعی رخ می‌دهند. روش‌های متعددی با هدف کاهش آسیب‌ها یا اصلاح روش‌های کنترل پرینه هنگام زایمان ارائه شده است. پارگی پرینه باعث افزایش عوارض دراز مدتی مانند درد ناحیه پرینه، درد هنگام نزدیکی، مشکلات ادراری و بی‌اختیاری مدفوع می‌گردد، لذا تلاش در جهت کاهش این آسیب‌ها حائز اهمیت می‌باشد (۱).

تکنیک‌های زایمانی گوناگونی در مناطق مختلف و توسط پزشکان و ماماها مورد استفاده قرار می‌گیرند که همگی تلاشی جهت دستیابی به بهترین روش‌ها برای هدایت فرایند لیبر است. مطالعات متعددی که جهت مقایسه دو روش کنترل پرینه بدون استفاده از دست (بدون لمس سر نوزاد هنگام خروج و بدون حمایت و کنترل پرینه مادر تا زمان خروج کامل سر) و کنترل پرینه با استفاده از دست (فشار بر سر نوزاد حین زایمان و حمایت پرینه مادر) انجام شده، تفاوت‌های عمده‌ای را در نتایجی نظیر میزان آسیب و پارگی‌های پرینه نشان نداده است (۲،۳).

همچنین در مطالعات دیگری نشان داده شده است که مادرانی که به روش بدون استفاده از دست زایمان نموده‌اند کمتر نیاز به اپی‌زیاتومی داشته‌اند، اما درد ناحیه پرینه پس از زایمان داشتند (۴).

ایسون و همکاران طی یک مرور سیستماتیک با بررسی روش‌های متعدد حمایت و کنترل پرینه به بهترین روش دست نیافتند (۴). بر همین اساس، مانورهای حمایت پرینه و اداره سر جنین در لحظه تولد در گروه C سازمان بهداشت جهانی قرار دارد. این گروه شامل روش‌هایی است که شواهد کافی برای حمایت و توصیه به استفاده از این روش‌ها وجود نداشته و تا زمانی که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت نگرفته، باید با احتیاط مورد استفاده قرار گیرند (۵).

در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است که منافع سیاست اداره انتظار پرینه (بدون استفاده از دست) بیشتر از اداره فعال پرینه (با استفاده از دست) می‌باشد. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه گذشته‌نگر بر روی ۱۰۷۶ زن با مقایسه این دو روش نشان داده شد که رویکرد بدون استفاده از دست می‌تواند خطر پارگی‌های شدید پرینه و میزان استفاده از اپی‌زیاتومی را کاهش دهد. علاوه بر آن، بدون توجه به روش کنترل پرینه، نخست‌زایی، عدم کاربرد اپی‌زیاتومی، اقطار بزرگ سر جنین و وضعیت طاقباز از عواملی هستند که خطر آسیب پرینه را افزایش می‌دهند (۳). اما در مطالعه دیگری که به روش کوهورت بر روی ۱۰۶۸ زن انجام گردید، نشان داده شد که حمایت پرینه با دست هنگام خروج سر، احتمال پرینه سالم را در زنان نخست‌زا افزایش می‌دهد (۶).

از مداخلات شایع حین مرحله دوم لیبر که با هدف آسیب کمتر ناحیه پرینه انجام می‌شود انجام اپی‌زیاتومی است. سازمان جهانی بهداشت این روش را جزو روش‌هایی قلمداد می‌کند که معمولاً به‌طور غیر ضروری و نامناسبی استفاده می‌گردد و توصیه می‌نماید در کمتر از ۱۰ درصد موارد استفاده گردد (۵). در سال ۲۰۰۵ در آمریکا، در ۲۵ درصد موارد از اپی‌زیاتومی استفاده شده بود که نسبت به دهه قبل کاهش قابل توجهی داشته است (۷).

اثرات مضر استفاده رایج از اپی‌زیاتومی شامل گسترش برش آن به اسفنکتر مقعد، عوارض آناتومیکی ناخوشایند نظیر اسکین تگ، از بین رفتن تقارن یا گشاد شدن مدخل ورودی مهبل، بیرون زدگی مهبل، فیستول مقعدی-مهبل و فیستول مقعد، افزایش خون از دست داده شده و هماتوم، درد و تورم در ناحیه اپی‌زیاتومی، عفونت و باز شدن آن و عدم عملکرد مناسب جنسی می‌باشد (۸).

مزایای عنوان شده این روش شامل کاهش احتمال پارگی درجه یک، حفظ ریلکسیشن عضلات کف لگن و

خطر به دلایلی نظیر کاهش ضربان قلب جنین، دکلمان و دیستوشی بود. تمامی زنان در وضعیت لیتوتومی زایمان نمودند.

هر زن بارداری که دارای معیارهای ورود بود در زمان مراجعه به درمانگاه و در صورت بستری شدن به صورت تخصیص تصادفی کور شده در یکی از دو گروه قرار می‌گرفت. هر روز عدد یک و دو بر روی دو برگ کاغذ به‌طور جداگانه نوشته شده و از مادر در حال پذیرش خواسته می‌شد یکی را انتخاب نماید. در صورت انتخاب عدد یک در گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست (آزمون) وارد می‌شد و نفر بعد در گروه کنترل پرینه با دست (کنترل) قرار می‌گرفت و همین‌طور به صورت یک در میان ادامه می‌یافت. این روش در ابتدای هر روز یا شب نمونه‌گیری تکرار می‌شد. ابتدا تعداد ۱۰۰ زن باردار در گروه مداخله و ۱۰۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. طی مراحل اول و دوم لیبر از ۲۰۰ نفر ۱۱ نفر در گروه کنترل و ۲ نفر در گروه آزمون به دلایل طولانی شدن مراحل زایمان، مکونیوم و زجر جنین به سزارین رفتند. بدین ترتیب در نهایت ۹۸ نفر در گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست و ۸۹ نفر در گروه کنترل پرینه با دست قرار گرفتند.

در گروه آزمون (بدون استفاده از دست) پژوهشگر به صورت انتظاری، فقط به مشاهده خروج سر و شانه‌ها پرداخت، بدون آن‌که از دست جهت کنترل پرینه استفاده نماید. پس از خروج سر و پاک نمودن ترشحات بینی و حلق جنین توسط پوار اگر شانه‌ها ظرف مدت ۱۵ ثانیه خارج نمی‌شد آن‌گاه پژوهشگر اقدام به خروج شانه‌ها می‌نمود. در این گروه با توجه به تشخیص پژوهشگر از برش اپی‌زیاتومی به روش میدیولترال استفاده شد.

در گروه کنترل (با استفاده از دست)، با استفاده از روش ریتگن وقتی سر ورودی واژن را به قطر بیشتر یا مساوی ۵ سانتیمتر باز می‌نمود با دست دستکش پوشیده که روی آن پارچه قرار داده می‌شد از طریق پرینه و

پرینه که موجب بهبود عملکرد جنسی و کاهش احتمال بی‌اختیاری ادرار و مدفوع می‌شود. با توجه به صاف و تمیز بودن لبه برش، اپی‌زیاتومی راحت‌تر از پارگی ترمیم شده و بهبود می‌یابد. همچنین عنوان شده است که اپی‌زیاتومی احتمال دیستوشی شانه را کاهش می‌دهد. در مورد اثرات نوزادی، طولانی شدن مرحله دوم زایمان می‌تواند باعث آسفکسی نوزاد، آسیب جمجمه، خونریزی مغزی و عقب ماندگی ذهنی شود که با انجام اپی‌زیاتومی از این عوارض کاسته می‌شود (۹).

از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه فراوانی و درجه پارگی، میزان استفاده از اپی‌زیاتومی و میزان پرینه سالم در دو گروه کنترل پرینه با استفاده از دست و بدون استفاده از دست انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبر آبادی شهر تهران از مرداد تا بهمن ۱۳۸۸ به روش کارآزمایی بالینی تصادفی انجام شد که دو روش کنترل پرینه بدون استفاده از دست و کنترل پرینه با استفاده از دست را در زنان گروه کم خطر مورد مقایسه قرار داد. اجازه جهت این مطالعه از کمیته اخلاق دانشکده پرستاری مامایی کسب گردید. تمامی زنانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، جهت شرکت در این پژوهش دعوت شدند.

رضایت‌نامه کتبی از همه شرکت‌کنندگان اخذ گردید. جامعه پژوهش را کلیه زنان باردار با سن حاملگی بین ۳۷ تا ۴۲ هفته کامل، عدم آمادگی پرینه در طول بارداری، حاملگی زنده تک قلو، نمایش سر، وزن تخمینی جنین بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، دیلاتاسیون کمتر از ۸ سانتیمتر و سن مادر بین ۴۰-۱۸ سال تشکیل می‌دادند که از نظر پزشک متخصص شرایط زایمان طبیعی را داشتند. معیارهای خروج شامل طولانی شدن لیبر بیش از ۱۸ ساعت، استفاده از اکسی‌توسین و خارج شدن از گروه کم

نتایج حاکی از آن است که نسبت سالم ماندن پرینه در گروه کنترل پرینه به روش بدون استفاده از دست بیشتر از گروه کنترل پرینه به روش با استفاده از دست می‌باشد (۴۴/۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد) که در مقایسه آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معناداری را نشان می‌دهد ($p < 0/0001$). چنانچه به تفکیک نخست‌زا و چندزا بودن زنان به نسبت سالم ماندن پرینه توجه شود، نتایج مشابهی مشاهده می‌شود به‌گونه‌ای که ۴۳/۹ درصد در گروه نخست‌زا (آزمون) و ۴۷/۴ درصد در گروه چندزا (آزمون) پرینه سالم داشته‌اند که نشان‌دهنده آن است که نسبت پرینه سالم در گروه مداخله چه در نخست‌زا ($p < 0/0001$) و چه در چندزا ($p = 0/005$) بیشتر از گروه کنترل بوده و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است.

در مقایسه نسبت پارگی‌های خودبخودی و نیز درجه پارگی‌ها در دو گروه کنترل پرینه به روش بدون استفاده از دست (آزمون) و گروه کنترل پرینه به با استفاده از دست (کنترل)، نتایج حاکی از آن است که با این‌که نسبت پارگی‌های خودبخودی در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است (۲۱ درصد در مقابل ۴۷/۲ درصد) اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($p = 0/55$). نسبت پارگی در زنان به تفکیک نخست‌زا و چندزا بودن نیز روال مشابهی داشته و در دو گروه، اختلاف آماری معناداری به‌دست نیامد. با توجه به درجه پارگی‌ها (جدول ۲)، یافته‌ها نشان می‌دهند که پارگی‌های به‌وجود آمده از نوع درجه ۱، ۲ و ۳ بوده و اکثریت نیز در هر دو گروه، پارگی درجه ۱ داشته‌اند (۵۰ درصد در گروه آزمون و

درست جلوی کوکسیکس فشار قدامی روی چانه وارد شده و با دست دیگر نیروی فوقانی روی اکسی پوت وارد می‌شد. پس از خروج سر و پاک نمودن ترشحات بینی و دهان جنین توسط پوار اقدام به خروج شانه‌ها می‌گردید. در این گروه، طبق روتین در تمامی زنان نخست‌زا و در صورت نیاز در سایر زنان از برش اپی‌زیاتومی به روش مدیولترال استفاده گردید.

روش گردآوری داده‌ها، خود گزارش‌دهی و ابزار مورد استفاده پرسشنامه محقق ساخته بود. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک و بخش دوم آن مربوط به اطلاعات زایمانی بود که توسط کمک پژوهشگری که ماما بود در پرسشنامه پس از هر زایمان ثبت می‌گردید. کمک پژوهشگر از تعلق زن به گروه‌ها اطلاع نداشت.

تجزیه و تحلیل آماری در SPSS انجام شد و از آزمون‌های تی، مجذور کای و دقیق فیشر جهت مقایسه استفاده شد.

یافته‌ها

دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و سایر متغیرهای مداخله‌گر اختلاف آماری معناداری نداشتند (جدول ۱). وضعیت پرینه از سه جنبه؛ سالم ماندن پرینه؛ نسبت پارگی‌های خودبخودی و درجه پارگی‌ها و نسبت اپی‌زیاتومی در دو گروه مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی سن، دفعات بارداری، سن حاملگی، وزن نوزاد و وضعیت اشتغال زنان مورد مطالعه در دو گروه

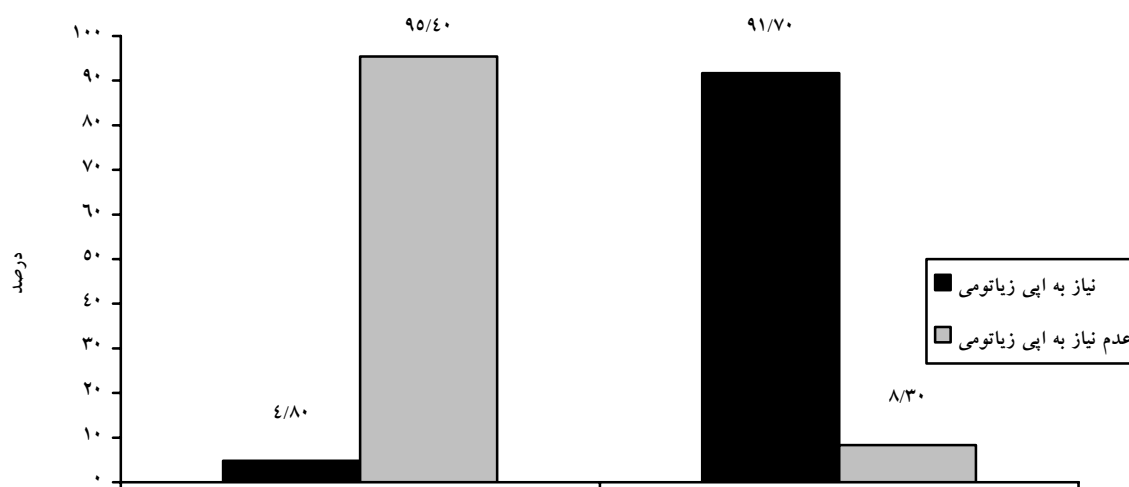
گروه‌ها	گروه مداخله	گروه کنترل
سن مادر	۲۵/۷۱ ± ۵/۳۳	۲۶/۱۸ ± ۴/۹۶
دفعات بارداری	۱/۹۲ ± ۱/۰۲	۱/۶۹ ± ۰/۸۷
سن حاملگی	۲۷۵/۹۶ ± ۸/۴۴	۲۷۶/۱۹ ± ۸/۶۶
وزن نوزاد	۳۲۳۸/۸۰ ± ۳۹۵/۸۷	۳۲۵۵/۵۰ ± ۳۸۶/۴۲۰
تعداد شاغلین	(۱) ۱	(۲) ۲

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت پرینه در دو گروه

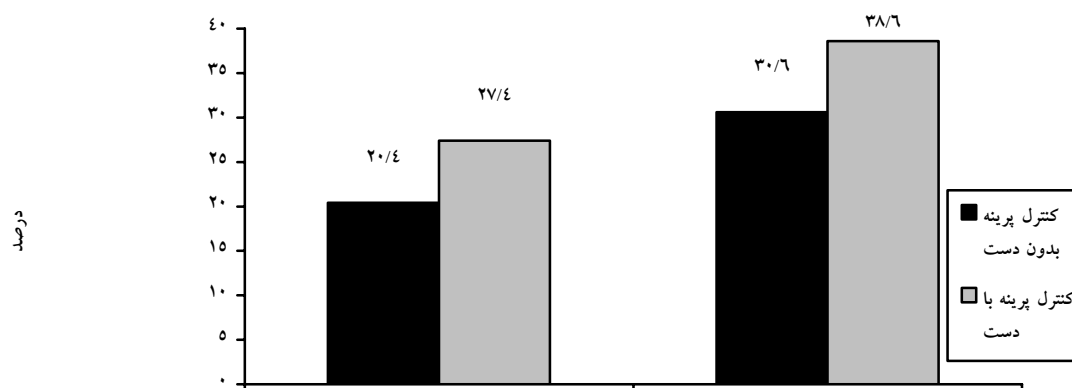
وضعیت پرینه	بدون استفاده از دست (۹۸ نفر)		با استفاده از دست (۸۹ نفر)	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سالم	۴۴	۴۴/۹	۹	۱۰
پارگی خودبخود	۵۱	۵۲	۴۲	۴۷/۲
پارگی درجه یک	۲۶	۵۰	۲۷	۶۴/۳
پارگی درجه دو	۲۵	۴۸/۱	۱۴	۳۳/۳
پارگی درجه سه	۱	۱/۹	۱	۲/۴
اپی‌زیاتومی	۳	۳/۱	۳۶	۷۵/۳

پرینه حداکثر در حد درجه ۳ بوده اما درصد عمده پارگی از نوع درجه یک بود (۷۰/۸ درصد) و با توجه به نتایج حاصل بین دو گروه آزمون و کنترل در زنان نخست‌زا از نظر درجه پارگی، تفاوت حاصله معنادار بود ($p=0/005$). نتایج به‌دست آمده در ارتباط با درجه پارگی در زنان چندزا بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($p=0/47$). در این گروه، بیشتر آسیب‌های پرینه از نوع درجه یک (۶۶/۷ درصد گروه کنترل پرینه

۶۴/۳ درصد در گروه کنترل). آزمون آماری مجذور کای نیز تفاوت آماری معناداری بین دو گروه را نشان نمی‌دهد ($p=2/81$). بررسی درجه پارگی‌ها به تفکیک نخست‌زا و چندزا بودن نتایج متفاوتی را نشان داد، به‌گونه‌ای که در زنان نخست‌زا گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست حداکثر در حد پارگی درجه ۲ بود که درصد عمده پارگی (۷۲/۷ درصد) را شامل می‌شد. در حالی‌که در گروه زنان نخست‌زای کنترل پرینه با دست، صدمه به



نمودار ۱: توزیع فراوانی زنان نخست‌زای مورد مطالعه در دو گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست و کنترل پرینه با استفاده از دست بر حسب نیاز به اپی‌زیاتومی



نمودار ۲: توزیع فراوانی زنان چندزای مورد مطالعه در دو گروه کنترل پرینه بدون استفاده از دست و کنترل پرینه با استفاده از دست بر حسب نیاز به اپی‌زیاتومی

بدون دست و ۵۵/۶ درصد گروه کنترل پرینه با دست) و حداکثر از نوع درجه سه بود که در گروه کنترل پرینه با دست اتفاق افتاد (جدول ۲).

نیاز به اپی‌زیاتومی که در گروه آزمون بر اساس تشخیص پژوهشگر و در گروه کنترل بر اساس روال بخش اعمال می‌شد. در گروه آزمون، تنها در ۳/۱ درصد موارد و در گروه کنترل در ۷۵/۳ درصد انجام گردید (جدول شماره ۲) که از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($p < 0/0001$). با در نظر گرفتن نخست‌زا و چندزا بودن زنان، یافته‌ها حاکی از آن است که کل افرادی که در گروه آزمون به اپی‌زیاتومی نیاز پیدا کردند، نخست‌زا بودند و هیچ یک از زنان چندزا به آن احتیاج نداشتند (نمودارهای ۱ و ۲).

ضمناً در گروه کنترل در اکثر موارد در زنان نخست‌زا (۹۱/۵ درصد) و در بیش از نیمی از موارد زنان چندزا (۵۷/۱ درصد) برش اپی‌زیاتومی انجام شده است. یافته‌ها بیانگر آن بود که با مقایسه دو گروه هم در زنان نخست‌زا ($p < 0/0001$) و هم در زنان چندزا ($p < 0/0001$) تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود.

بحث

در مطالعه‌ای که توسط مایر هوفر و همکاران به روش گذشته‌نگر با گروه کنترل تصادفی در چند مرکز زایمانی بر روی ۱۱۶۱ زن باردار انجام گردید (۳)، نتایج مشابه یافته‌های پژوهش فعلی بود، به گونه‌ای که نسبت پرینه سالم در گروه اداره انتظاری بیشتر از گروه اداره فعال بود ($p < 0/05$).

در کارآزمایی بالینی کاروکی دا کوستا و همکاران (۲۰۰۶) بر روی ۷۰ زن نخست‌زا نسبت پارگی‌های خودبخودی را در دو گروه اداره انتظاری و اداره فعال یکسان گزارش نمودند و نتایج نشان داد که پارگی پرینه در ۸۱/۴ درصد کل زنان رخ داد (۱۰) که فراوانی آن در بین دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ($p > 0/05$) و

با نتایج پژوهش فعلی همخوانی داشت.

نتایج حاصل از مطالعه مایرهوفر و همکاران نشان داد (۳) که ۷/۲ درصد در گروه اداره فعال (با استفاده از دست) و ۰/۹ درصد در گروه بدون مداخله (بدون استفاده از دست) پارگی درجه سه اتفاق افتاد، که تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود و در گروه بدون مداخله میانگین وقوع ($p < 0/05$) پارگی درجه سه کمتر از گروه کنترل بود که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت بود. به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت در تعداد موارد کم وقوع پارگی درجه سه (۱ مورد در گروه آزمون و یک مورد در گروه کنترل) در پژوهش فعلی باشد. ضمناً مایرهوفر گزارش نمود ۱۷/۹ درصد در گروه اداره فعال و ۱۰ درصد در گروه اداره انتظاری نیاز به اپی‌زیاتومی پیدا کردند، که تفاوت آماری بین دو گروه معنادار بود ($p < 0/0001$) (۳) و با نتایج پژوهش حاضر مشابهت داشت.

در یک کارآزمایی بالینی که اخیراً بر روی ۱۲۱۱ زن در یک دوره زمانی ۳۸ ماهه انجام شد میزان کمتری از آسیب‌های مامایی در مادرانی که انتهای مرحله دوم زایمان از روش‌های کمپرس گرم ناحیه پرینه، ماساژ همراه با مواد لیزکننده و عدم لمس پرینه هنگام خروج سر مشاهده شد. میزان پرینه سالم در این پژوهش در زنان نخست‌زا ۲۳ درصد بود که از میزان موارد پرینه سالم در مطالعه فعلی (۴۳/۹ درصد) کمتر بود (۱۱). به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت استفاده آزاد از اپی‌زیاتومی در مطالعه آلبرز و همکاران (۱۱) در مقابل استفاده محدود اپی‌زیاتومی در پژوهش فعلی باشد.

نتایج به دست آمده از پژوهش‌های گوناگون حاکی از آن است که کنترل پرینه به روش بدون استفاده از دست و روش با استفاده از دست اثری بر فراوانی و شدت پارگی در زنان نخست‌زا و چندزا نداشته است. با توجه به آن‌که نسبت پرینه سالم در گروه کنترل پرینه بدون دست بیشتر از گروه کنترل پرینه با دست بود، به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت عدم استفاده از اپی‌زیاتومی روتین و

می‌باشد.

کاربرد محدود این روش در گروه آزمون بوده است. با توجه به این که کنترل پرینه بدون استفاده از دست کمتر مورد بررسی قرار گرفته و پژوهش حاضر اولین مطالعه در ایران در این زمینه می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد، که مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر برای دستیابی به بهترین روش اداره پرینه هنگام زایمان، صورت گیرد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نمایانگر آن است که سیاست استفاده از روش کنترل پرینه بدون دست، روشی ایمن و مؤثر جهت جایگزینی با سایر روش‌های حمایت پرینه هنگام زایمان

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برآمده از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی نویسنده دوم در سال ۱۳۸۸ می‌باشد. لذا از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 2006;15:1904–18.
2. McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol 1998;105(12):1262–72.
3. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. J Reprod Med. 2002;47(6):477–82
4. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstet Gynecol. 2000;95(3): 464-71.
5. World Health Organization. The WHO Reproductive Health Library No. 7 Geneva: World Health Organization, 2004.
6. Aikins Murphy P, Feinland JB. Perineal outcomes in a home birth setting. Birth 1998; 34(25):226-34.
7. Declercq E. R. Sakala C. Corry M. P. & Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Childbirth Connection 2006.
8. Homsy R. Daikoku NH. Littlejohn J. Wheelless CR Jr. Episiotomy; risks of dehiscence and rectovaginal fistula. Obstet Gynecol Surv 1994; 49:803–8.
9. Gainey NL. Postpartum observation of pelvis tissue damage: further studies. Am J Obstet Gynecol 1955;70:800–7.
10. de Souza Caroci da Costa A, Gonzalez Riesco ML. A Comparison of "Hands Off" Versus "Hands On" Techniques for Decreasing Perineal Lacerations During Birth. J Midwifery Womens Health 2006;51(2):106-111.
11. Albers LL. Sedler KD. Bedrick EJ. Teaf D. Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. J Midwifery Womens Health 2005 (50):365-72.