

## *Comparison of Perineal Protection using "Hands on" and "Hands off" Techniques on Perineal Laceration during Labour*

Rozita Rezai,  
Sousan Saatsaz,  
Seyed Hamid Sharifnia,  
Zahra Beheshti,  
Sarvar Muolookzadeh

Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery of Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Amol, Iran

(Received January 9, 2013 ; Accepted May 31, 2014)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Perineal lacerations are common complications of normal vaginal delivery which influence maternal health and quality of life of mothers. This study aimed at comparing perineal protection using hands on and hands off techniques on perineal lacerations during delivery.

**Material and Methods:** This clinical trial included 600 nulliparous women who were randomly divided into hands on and hands off groups (n=300 per group). In hands on technique when the head was crowning, a midwife placed her index, middle, ring and little fingers on the infant's occiput, simultaneously she placed her other hand (index finger and thumb) in a "u" shape exerting pressure on the posterior region of the perineum. In hands off technique during expulsive period the midwife's conduct was expectant, as she only observed the successive movement of external rotation, delivery of shoulder and remainder of the body. The data was analyzed using chi -square and independent T-Test in SPSSV.16

**Results:** The rate of Perineal lacerations was not different between the two groups (P=0.7). In both groups first degree lacerations were more dominant. Three degree lacerations (P=0.01) and episiotomy (P=0.003) were significantly lower in hands off group but the rate of periurethral lacerations was significantly higher in hands-off group (P=0.01). Second stage of labor and neonatal outcomes were similar in both groups.

**Conclusion:** In present study the use of hands off technique reduced the rate of episiotomy and three degree lacerations of birth canal, therefore, it could be recommended as a safe method during labor..

**Keywords:** Labor, perineal lacerations , hands on , hands off

## مقایسه میزان صدمات پرینه در کنترل پرینه با دست و بدون کاربرد دست جین زایمان

رزیتا رضایی  
سوسن ساعت ساز  
سیدحمید شریف نیا  
زهرا بهشتی  
سرور ملوک زاده

### چکیده

**سابقه و هدف:** آسیب‌های پرینه از مشکلات شایع زایمان طبیعی بوده که سلامت و کیفیت بعدی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این مطالعه با هدف تأثیر کنترل پرینه با روش‌های Hands on و Hands off بر صدمات پرینه جین زایمان انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی بوده که نمونه‌های آن را ۶۰۰ زن نخست‌زا تشکیل دادند که به طور تصادفی به دو گروه Hands on و Hands off (۳۰۰ نفر در هر گروه) تقسیم شدند. در روش Hands on وقتی کراونینگ سر انجام شد، ماما انگشت نشانه، میانی، انگشت حلقه و انگشت کوچک دست چپ خود را روی اکسی پوت جین قرار می‌داد به طوری که همزمان توسط انگشتان نشانه و شست دست راست به طور u شکل بر بخش خلفی پرینه فشار وارد می‌شد. در روش Hands off در مرحله خروج عملکرد ماما بیش‌تر انتظاری بود و موفقیت چرخش خارجی، زایمان شانه‌ها و بقیه بدن را مشاهده می‌نمود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ و آزمون‌های آماری مجذور کای و T-Test مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** دو گروه از نظر میزان صدمات کلی پرینه تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ( $p=0/7$ ). بیش‌ترین آسیب مشاهده شده در هر دو گروه، پارگی درجه ۱ پرینه بوده است. در گروه Hands off تروماهای درجه ۳ ( $p=0/01$ ) و میزان اپی‌زیاتومی ( $p=0/03$ ) به طور معنی‌داری کم‌تر از گروه Hands on بوده است ولی میزان پارگی پری‌یورتال در گروه Hands off به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه Hands on بوده است ( $p=0/01$ ). بین دو گروه از نظر طول مدت مرحله دوم زایمان و پیامدهای نوزادی تفاوتی وجود نداشت.

**استنتاج:** در مطالعه حاضر کاربرد روش Hands off سبب کاهش موارد اپی‌زیاتومی و پارگی‌های درجه ۳ کانال زایمانی شده است بنابراین میتوان آن را به عنوان یک روش ایمن برای زایمان توصیه نمود.

**واژه‌های کلیدی:** زایمان، آسیب‌های پرینه، Hands on، Hands off

### مقدمه

سالانه بیش از ۱۳۰ میلیون زایمان در جهان رخ می‌دهد. لیبر و زایمان می‌تواند با عوارضی برای مادر همراه باشد (۱). از جمله این عوارض آسیب‌های دستگام تناسلی می‌باشند و بیش‌ترین آسیب‌ها در اثر اپی‌زیاتومی

مؤلف مسئول: سوسن ساعت ساز - آمل: دانشکده پرستاری مامایی حضرت زینب آمل، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

E-mail: s.saatsaz@mazums.ac.ir

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی حضرت زینب آمل

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۳/۱۰

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۹

یا پارگی های خودبه خود ویا هر دو می باشند. درد، خونریزی، نیاز به ترمیم زخم ارتباط مستقیم با وسعت آسیب دستگاه تناسلی در طی زایمان دارند (۲). خونریزی های پس از زایمان در اثر برش وسیع اپی زیاتومی، گسترش پارگی ها و تأخیر در ترمیم اپی زیاتومی سلامت مادر را به خطر می اندازند. علاوه بر آن تروماهای وارد بر پرینه و درد حاصل از آن می توانند سبب بروز مشکلات بعد از زایمان از جمله اختلال در راه رفتن، نشستن، شیردهی و مراقبت از نوزاد شوند (۳). بنابراین کاهش تروماهای دستگاه تناسلی حین زایمان از مسایل اساسی برای زنان و مراقبین بهداشتی آن ها می باشد چرا که این تروماها می توانند علاوه بر عوارض کوتاه مدتی که در فوق گفته شد، عوارض طولانی مدت از قبیل دردهای شدید پرینه و دستگاه تناسلی، مشکلات جنسی، مشکلات عملکردی در روده ها و دستگاه ادراری را ایجاد نمایند (۴).

عده زیادی از زنان در طول زایمان مراقبت هایی را جهت دستیابی به پیامد مطلوب دریافت می نمایند که هنوز تأثیر واقعی آن ها دقیقاً اثبات نشده است (۵). امروزه تکنیک های گوناگونی در مناطق مختلف جهان توسط متخصصین زنان و ماماها جهت کاهش تروماهای حین زایمان به کار برده می شود و هدف همه آن ها دستیابی به بهترین روش ها جهت هدایت فرایند لیبر می باشد (۶) یکی از مواردی که جهت کاهش تروما به پرینه از سال های گذشته بر آن تأکید شده است خودداری از انجام روتین اپی زیاتومی است که خود از عوامل مهم آسیب به پرینه می باشد. طبق نظر سازمان بهداشت جهانی میزان استفاده از اپی زیاتومی باید به حداقل میزان برسد (۷). علاوه بر کاهش اپی زیاتومی محققین به دنبال روش هایی هستند که میزان پارگی های خودبه خود پرینه را نیز کاهش دهند که از بعضی از آن ها در دوران قبل از زایمان از جمله ماساژ پرینه (۸) و از بعضی دیگر نیز حین زایمان با استفاده از تکنیک ها و مانورهای مختلف دستی بهره جستند (۹، ۱۰) اما این تکنیک ها هنوز به طور

کامل مورد ارزیابی قرار نگرفته و تأیید نشده اند (۲). از جمله این روش های اداره مرحله دوم زایمان، استفاده از تکنیک Hands on یا Hands off جهت کنترل پرینه می باشند که نتایج مطالعات مختلف پیرامون آن ها ضد و نقیض بوده است.

در تحقیقات انجام شده توسط Costa و همکارانش میزان، درجه، مکان آسیب های پرینه حین زایمان و پیامد نوزادی در دو گروه کنترل پرینه با و بدون دست مورد بررسی قرار گرفت که در این مطالعه آن ها کنترل پرینه بدون دست سبب تغییر در مکان، میزان و شدت آسیب های پرینه نشد و پیامد نوزادی نیز در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته ان است (۱۰). در مطالعه دیگر میزان پارگی های درجه ۳ و اپی زیاتومی در گروه Hands on بالا تر از گروه Hands off بوده است (۱۱). مطالعه ای دیگر نیز بر کاهش موارد اپی زیاتومی و بالاتر بودن میزان خونریزی و درد پس از زایمان در گروه Hands on دلالت داشت (۱۲) نظر به دلیل متفاوت بودن نتایج به دست آمده حاصل از تحقیقات مختلف و اهمیت زایمان طبیعی و سلامت زنان پس از زایمان مطالعه حاضر با هدف مقایسه میزان صدمات پرینه حین زایمان در صورت کاربرد روش های Hands on و Hands off برای کنترل پرینه در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان امام علی شهر آمل انجام پذیرفت.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی بوده است که از تاریخ اول اردیبهشت ۱۳۹۰ تا انتهای مرداد ۱۳۹۱ انجام گردید. نمونه های این تحقیق را زنان نخست زای ۱۵ تا ۴۵ سال، سالم با حاملگی تک قلو، با وزن تخمینی ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم، ترم و نمایش سر تشکیل می دادند. به هنگام بستری پرده ها سالم بوده، طول لیبر کم تر از ۱۲ ساعت (پس از پذیرش) بوده، از کسی توسین در خلال مرحله اول یا دوم زایمان استفاده

نشده و آماده سازی پرینه حین بارداری انجام نشده بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود مشکلات خاص پزشکی در بیمار یا جنین، زایمان زودرس، دیستوشی نیازمند به هر گونه مداخله، دیسترس جنینی نیازمند به سزارین بوده است. نمونه‌های این پژوهش را ۶۰۰ نفر تشکیل می‌دادند که به طور تصادفی ۳۰۰ نفر در گروه Hands off و ۳۰۰ نفر در گروه Hands on قرار گرفتند. اختصاص نمونه‌ها برای دو گروه در پایان مرحله دوم، زمانی که ماما از وقوع زایمان و ژینال مطمئن بوده است توسط کارت‌های سر بسته‌ای که از قبل به این منظور تهیه شده و بر روی هر کدام مشخصات دو گروه ثبت شده بود، انجام گردید. از تمام بیماران رضایت نامه شخصی گرفته شد و هر بیمار در صورت تمایل در هر زمان اجازه خروج از مطالعه را داشت. انجام مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل تأیید شده است. ماما‌های مسئول زایمان (۵ ماما) در این تحقیق قبل از شروع مطالعه در کلاس‌های تئوری و عملی نحوه کنترل پرینه و روند تحقیق شرکت نمودند و محققین بر کل روند انجام تحقیق و جمع آوری نمونه‌ها نظارت داشتند. در هر دو روش اجازه داده می‌شد که زایمان تا رسیدن سر جنین به مرحله pushing به شکل خودبه خود بدون زور زدن ارادی زائو پیشرفت نماید. در روش off Hands در مرحله خروج عملکرد ماما بیش تر انتظاری بوده و موفقیت چرخش خارجی، زایمان شانه‌ها و بقیه بدن را مشاهده می‌نمود. اگر چرخش خارجی سر و یا زایمان شانه‌ها به طور خودبه خود در خلال ۱۵ دقیقه از خروج سر رخ نمی‌داد و یا اگر به نظر می‌رسید نوزاد دچار هاپیو کسی شده است عامل زایمان می‌بایست سر را چرخش داده و زایمان را انجام می‌داد. در روش on Hands وقتی کرانینگ سر انجام می‌شد ماما انگشت‌های نشانه، میانی، حلقه و کوچک دست چپ خود را روی اکسی پوت جنین قرار داده به طوری که کف دست به سمت قدام پرینه چرخش می‌نمود. در این شیوه خروج، با حفظ فلکشن سر، کنترل شده است و از بخش قدامی

پرینه و بخش‌های جانبی آن یعنی عضلات ایسکیو کاورنوس و مجرای ادراری، لب‌های بزرگ و کوچک فرج حمایت می‌گردید. به طور هم‌زمان توسط انگشتان نشانه و شست دست راست به طور a شکل بر بخش خلفی پرینه فشار وارد می‌گردید و هیچ قسمتی از پرینه خصوصاً فورشت بدون محافظت باقی نمی‌ماند. در خلال مرحله خروج شانه و بقیه بدن، دست راست همچنان بخش خلفی پرینه را ساپورت نموده و دست چپ سر نوزاد را حمایت می‌نمود (۳). ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق فرم اطلاعات و چک لیست بوده است. فرم اطلاعاتی که شامل اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه پزشکی و باروری فرد بود که از طریق مصاحبه تکمیل می‌گردید و چک لیست که شامل اطلاعات مربوط به مراحل زایمان و هر گونه حوادث حین تولد، وزن نوزاد و نمره آپگار و اطلاعات مربوط به وجود یا عدم وجود اپی زیاتومی، تروما، درجه و مکان آن بود در طی مراحل زایمان و بعد از آن تکمیل می‌گردید. اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید و آزمون‌های مجذور کای و T-Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و و سطح معنی‌دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه مجموعاً ۶۰۰ زن نخست‌زا مورد بررسی قرار گرفتند (۳۰۰ نفر در گروه Hands on و ۳۰۰ نفر در گروه Hands off). دو گروه از نظر سطح تحصیلات، محل سکونت و اشتغال به کار، سن بارداری و جنسیت نوزاد مشابه بودند. سن متوسط مادران در گروه Hands off  $22/7 \pm 3/09$  سال و در گروه Hands on  $22/4 \pm 2/87$  بوده است که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشتند.

متوسط زمان مرحله دوم زایمان در گروه Hands on  $17/53 \pm 44/15$  و در گروه Hands off  $16/7$

قرار دادند. در مطالعه آن ها ۳۲ درصد از گروه off Hands و ۳۵ درصد از گروه Hands on دچار ترومای پرینه شدند که تفاوت آماری معنی داری از این نظر میان آن ها مشاهده نگردید. میزان پارگی درجه ۳ و اپی زیاتومی در گروه Hands off به طور معنی داری کم تر از گروه دیگر بوده است که با نتایج این تحقیق سازگار می باشد. آنان ایسکمی پرینه ناشی از کنترل با دست را از ریسک فاکتورهای مهم ترومای شدید پرینه دانسته اند. آنان روش Hands off را به عنوان روشی موثر ایمن برای کنترل پرینه حین زایمان پیشنهاد نمودند (۱۱).

در بررسی ۵۴۷۱ زن که کنترل پرینه به دو روش فوق در آن ها مقایسه شده بود، ترومای کلی پرینه و ترومای واژن در دو گروه تفاوت معنی دار نداشته است اما میزان پارگی درجه ۳ و اپی زیاتومی مشابه تحقیق حاضر در گروه Hands on بالاتر بوده است (۱). جهدی و همکارانش نیز پیامد زایمان با کنترل پرینه به دو روش فوق را بر ۱۸۷ زن مورد مقایسه قرار دادند که نتایج به دست آمده حاکی از بالاتر بودن معنی دار سلامت پرینه و پایین تر بودن موارد اپی زیاتومی در گروه عدم کنترل پرینه با دست بوده است. آنان بر کاربرد این روش به عنوان روش ایمن و مؤثر تأکید نمودند (۶). در مطالعه ای دیگر انجام شده بر ۷۰ زن نخست زایمان نیز دو روش فوق جهت کنترل پرینه مورد بررسی قرار گرفت که در آن ۸۱٫۴ درصد کل نمونه ها دچار ترومای پرینه شده بودند و ۲۸۲/۵ درصد آن پارگی درجه یک بوده است. در این مطالعه دو گروه از نظر میزان کلی تروماهای پرینه، تروماهای وارده بر ناحیه قدامی یا خلفی پرینه و پیامد های نوزادی تفاوت معنی داری نداشتند. از نظر آنان شواهد علمی کافی جهت پذیرش یا رد هر کدام از این روش ها وجود نداشته و قبل از کاربرد بالینی بایستی بیش تر مورد بررسی و قرار می گرفتند (۱۰). در مطالعه ای دیگری در همین زمینه بر ۷۰ زن نخست زایمان سلامت پرینه در گروه Hands off

±۴۵/۷۸ دقیقه بوده که تفاوت معنی داری نداشته اند. دو گروه از نظر وزن هنگام تولد، دور سر نوزاد و آپگار دقایق ۱ و ۵ تفاوت آماری معنی داری نداشته اند (جدول شماره ۱). دو گروه از نظر تروماهای وارده بر پرینه تفاوت معنی داری نداشته اند. بیش ترین آسیب مشاهده شده در هر دو گروه پارگی درجه ۱ پرینه بوده است. در گروه Hands off تروماهای درجه ۳ و میزان اپی زیاتومی کم تر از گروه Hands on بوده است ولی میزان پارگی پارایورترال گروه Hands off بیش تر از گروه Hands on بوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار وزن زمان تولد، دور سر و آپگار دقایق ۱ و ۵ دو گروه Hands on و Hands off

P value	Hadns on Mean+SD N= 300	Handd off Mean+ SD N= 300	
۰/۷۹	۳۲۷۴/۲ ± ۲۲۶/۷	۳۲۹۳/۶ ± ۲۰۲/۵	وزن زمان تولد
۰/۲۹	۳۴/۲۳ ± ۱/۲۱	۳۴/۴۵ ± ۱/۴۵	دور سر
۰/۷۲	۷/۷۳ ± ۰/۹۸	۷/۷ ± ۰/۹۸	آپگار دقیقه ۱
۰/۶۴	۸/۹۴ ± ۰/۲۴	۸/۹۱ ± ۰/۲۹	آپگار دقیقه ۵

جدول شماره ۲: آسیب های پرینه و موارد انجام اپی زیاتومی در دو گروه Hands on و Hands off

P value N= 300 N=(%)	Hadns on N= 300 N=(%)	Handd off N= 600 N=(%)	Total N=(%)	
۰/۷۴	(۴۹)۱۴۷	(۴۷/۹)۱۴۴	(۴۸/۵)۲۹۱	تروماهای پرینه
۰/۱۷	(۱۷/۳)۵۲	(۲۲)۶۶	(۱۹/۷)۱۱۸	پارگی های درجه ۱
۰/۳۴	(۵/۷)۱۷	(۴)۱۲	(۴/۸)۲۹	درجه ۲
۰/۰۱	(۲/۷)۸	(۰/۳)۱	(۱/۵)۹	درجه ۳
۰/۰۱	(۹/۳)۲۸	(۱۵/۷)۴۷	(۱۲/۵)۷۵	آسیب های پارایورترال
۰/۱۷	(۱/۳)۴	(۰/۳)۱	(۰/۸)۵	آسیب های لایال
۰/۰۰۳	(۱۲/۷)۳۸	(۵/۷)۱۷	(۹/۲)۵۵	ای زیاتومی

## بحث

در این مطالعه میان دو گروه Hands off و Hands on از نظر آسیب های پرینه تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشده است. دو گروه از نظر پارگی های درجه ۳ و میزان انجام اپی زیاتومی و هم چنین پارگی های پارایورترال تفاوت معنی دار نداشته اند به این معنی که میزان پارگی درجه ۳ و انجام اپی زیاتومی در گروه Hands on بیش تر بوده اما پارگی پارایورترال در گروه Hands off بالاتر بوده است. در تحقیقات مشابهی Mayerhofer و همکارانش ۱۱۶۱ زن را مورد بررسی

به طور معنی داری بیش تر از گروهی بود که از مانور ریتگن برای آن ها استفاده شده بود (۴۹/۲ درصد در مقابل ۷۴/۳ درصد) هم چنین میزان وقوع پارگی درجه ۲ در گروه مانور ریتگن بیش تر از گروه دیگر بود که در هیچ کدام از نمونه ها اپی زیاتومی انجام نشده و پارگی درجه ۳ رخ نداده بود. آنان از مطالعه خود نتیجه گرفتند که روش Hands off احتمال سلامت پرینه را افزایش می دهد (۲).

مطالعه فروغی پور و همکاران بر ۱۰۰ نفر از زنان نخست زامین پایین تر بودن معنی دار میزان نیاز به اپی زیاتومی در گروه Hands off نسبت به Hands on بوده است. آنان نتیجه گرفتند که روش Hands off با صدمات کم تر پرینه همراه می باشد (۱۲). در یک بررسی مروری بر چند تحقیق انجام شده بین سال های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷، ۱۱۶۵۱ زن نخست زا و چند زا و تکنیک های مختلف کاهش تروماهای پرینه از جمله کمپرس گرم، ماساژ پرینه در مقابل روش Hands off و مقایسه دو روش Hands on و Hands off جهت کنترل پرینه مورد بررسی قرار گرفتند. در بررسی آنان کمپرس گرم پرینه و ماساژ پرینه سبب کاهش معنی دار پارگی های درجه ۳ و ۴ گردید و در مقایسه دو روش Hands off و Hands on وقوع پارگی های درجه ۳ و ۴ در دو گروه تفاوت معنی دار نداشته است ولی میزان انجام اپی زیاتومی کاهش معنی دار داشته است. نکته حایز اهمیت در مطالعات فوق یکسان بودن تعریف off و Hands on بوده است به طوری که در بعضی از تحقیقات فوق Hands off به معنی عدم کاربرد دست جهت حمایت از پرینه تا خروج سر و شانه ها بوده و در بعضی دیگر عدم حمایت از پرینه فقط تا خروج سر ملاک قرار گرفته و در بعضی دیگر تا کرانینگ سر تماس دستی جهت کنترل پرینه انجام نشده است (۱۳) که قطعاً بر نتایج تحقیق و تفسیر آن تأثیر خواهد گذاشت. در مطالعه حاضر و اکثر مطالعات فوق میزان اپی زیاتومی در گروه Hands off پایین تر بوده است.

اپی زیاتومی از عوامل مهم تروماهای شدید پرینه می باشد و زنانی که اپی زیاتومی می کردند در معرض خطر بالای آسیب به اسفنکتر آنوس می باشند (۱۴) که خود از ریسک فاکتورهای مهم بی اختیاری مدفوع، دیس پارونیا و درد پرینه به هنگام دفع در فرد می باشد (۱۵) که بر سلامت و کیفیت زندگی فرد بعد از زایمان تأثیر می گذارد. در این مطالعه میزان ترومای پارایورترال در گروه Hands off افزایش معنی دار داشته است البته بیش تر این آسیب ها خفیف بوده و نیاز به ترمیم نداشته اند. از آنجایی که در روش Hands on قسمت قدامی دستگاه تناسلی با دست حمایت می گردد بنابراین آسیب کم تری در نواحی پارایورترال ایجاد می گردد. در بررسی انجام شده بر میزان تروماهای پرینه به هنگام زایمان در کشورهای اسکانندیناوی محققان متوجه افزایش میزان تروماهای درجه ۳ و ۴ پرینه در خلال ۲۰ تا ۳۰ سال گذشته گردیدند. آن ها این افزایش را از خطاهای ماماها مبنی بر عدم تشخیص درست شرایط هر بیمار به هنگام کاربرد متدهای کنترل پرینه با دست دانسته اند و تأکید نمودند که در هنگام زایمان بایستی با توجه به ریسک فاکتور هر بیمار از جمله درشتی جنین و غیره بایستی پرینه با روش Hands on و در صورت عدم وجود ریسک فاکتور با روش off Hands ساپورت گردد (۱۶). در مطالعه حاضر میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان و پیامد نوزادی در دو گروه تفاوت معنی دار نداشته اند که با نتایج تحقیقات دیگر هم خوانی دارد (۱۲-۱۰، ۱۷). در پایان می توان نتیجه گیری کرد که در این مطالعه کاربرد روش off Hands در زایمان واژینال سبب افزایش سلامت مادران به دلیل کاهش موارد اپی زیاتومی و پارگی های درجه ۳ کانال زایمانی شده است بنابر این می توان آن را به عنوان یک روش ایمن برای زایمان توصیه نمود. اما با توجه به نتایج تحقیقات مختلف هنوز تصمیم گیری برای پیشنهاد کاربرد آن به عنوان تنها روش کنترل پرینه در تمامی زایمان ها دشوار می باشد و نیاز به مطالعه و

## سپاسگزاری

به این وسیله از کلیه زنان شرکت کننده در این تحقیق و ماماهايي که ما را در انجام آن یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

تحقیق بیش تر با در نظر گرفتن تمامی عوامل مؤثر بر تروماهای پرینه از جمله پوزیشن زایمان، زور زدن ارادی، تفاوت های نژادی در مقاومت بافتی و ریسک فاکتورهایی از جمله وزن نوزاد می باشد.

## References

- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(5): 445-454. PMID: 18984077.
- Kushavar H, Shirinkam R, Ivan Baga R, Sohrabi M. A comparison of "hands off versus" hands on"(ritgen) techniques on perineal trauma during birth in nulliparous women. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences (JAUMS).* 2009; 9(3): 235-241.
- McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *J Midwifery Women's Health.* 2001; 46(6):396- 401 PMID:11783687.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth.* 2006; 33(2):94-100 PMID:16832773.
- Records K, Wilson BL. Reflections on Meeting Women's Childbirth Expectations. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nurs.* 2011; 40(4): 394-398. PMID: 21771068.
- Jahdi F, shahnazari M, kashanian M, Ashghali farahani M, Haghani H. The effect of hands-off and hands-on methods on perineal status *Quarterly Journal of sabzevar University of medical sciences.* 2010; 16 (4) 189-195.
- Mathai M SH, Guidotti RJ. World Health Organization managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwife and doctors. recommendations for preventing and treating perineal injury at vaginal delivery. *Obstet Gyneco* 2000; 107(2): 361-6.
- Heit M, Mudd K, Culligan P. Prevention of childbirth injuries to the pelvic floor. *Curr Women's Health Rep* 2001;1(1): 72-80. PMID: 12112955.
- Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Women's Health.* 2007; 52(3): 246- 253. PMID: 17467591.
- 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 Women's Health.* 2006; 51(2): 106-111. PMID: 16504907.
- 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): 477-482. PMID:12092017.
- Foroughipour A, Firuzeh F, Ghahiri A, Norbakhsh V, Heidari T. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *J Res Med Sci.* 2011; 16(8): 1040-1046. PMID: 22279480.
- Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second

- stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 7(12) CD006672 PMID: 22161407.
14. McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. J Midwifery Women's Health. 2001; 46(6):396-401. PMID: 11783687.
  15. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol. 2008; 111(5): 1053-1059. PMID: 18448735.
  16. Greve T. Disturbing "New" Trends in Tear Prevention Threaten Midwives' Autonomy. Midwifery Today. Int Midwife. 2009-2010; 92: 56-65. PMID:20092157.
  17. Mc Candlish 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): 1262-1272. PMID: 9883917.