

مقایسه اثر وضعیت خوابیده به پهلو با لیتوتومی در مرحله دوم زایمان بر صدمات پرینه زنان نخست زا

آذر گل مکانی (M.Sc.)⁺ معصومه کردی (M.Sc.)^{*} فرشته مهران (M.D.)^{***} سیدرضا مظلوم (M.Sc.)^{****}

چکیده

سابقه و هدف: اپی زیاتومی و پارگی‌ها صدمات شایع پرینه در زایمان زنان نخست زا هستند و وضعیت زایمانی مادر یکی از عوامل موثر بر کاهش این صدمات می‌باشد هدف از این مطالعه مقایسه اثر وضعیت خوابیده به پهلو با لیتوتومی در مرحله دوم زایمان بر صدمات پرینه زنان نخست زا می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در یک کارآزمایی بالینی تصادفی ۱۰۰ خانم نخست‌زا (۱۳۸۰) که به زایشگاه‌های شهرستان نیشابور مراجعه کرده و دارای حاملگی ترم و سیرزایمان طبیعی بودند، در مرحله دوم زایمان به روش تخصیص تصادفی در دو وضعیت خوابیده به پهلو و لیتوتومی قرار گرفته و زایمان نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها فرم اطلاعاتی بود که از طریق مصاحبه، مشاهده و معاینه جهت قدرت عضلانی لگن تکمیل می‌گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری تی دانشجویی، کای دو، فیشر و لگای خطی و یا ضریب اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفت.

یافته‌ها: ۷/۸ درصد نمونه‌های گروه خوابیده به پهلو و ۳۰/۶ درصد نمونه‌های گروه لیتوتومی دارای برش اپی‌زیاتومی شدند، وقوع پارگی پرینه در کسانی که اپی زیاتومی نداشتند، در گروه مورد ۶۳/۸ درصد و در گروه شاهد ۷۹/۴ درصد بود. پرینه سالم پس از زایمان در گروه خوابیده به پهلو ۳۳/۳ درصد و در گروه لیتوتومی ۱۴/۳ درصد موارد را تشکیل داد. نمره قدرت عضلانی لگن و وضعیت سرجین در شروع مرحله دوم زایمان ارتباط آماری معنی‌داری با انجام اپی زیاتومی داشت هم‌چنین تعداد زورهای مادر در هر انقباض در فاز فعال مرحله دوم زایمان با وقوع پارگی پرینه ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد.

استنتاج: بر اساس نتایج پژوهش میزان صدمات پرینه در وضعیت خوابیده به پهلو نسبت به لیتوتومی کم‌تر بود. لذا به عنوان روشی ایمن جهت کاهش صدمات پرینه زنان نخست‌زا پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: وضعیت زایمان، اپی زیاتومی، پارگی پرینه، مرحله دوم زایمان

مقدمه

در کشورهای توسعه یافته پس از زایمان نیاز به ترمیم پرینه دارند، درد، هماتوم، عفونت، یبوست، بی‌اختیاری

اپی‌زیاتومی و پارگی‌ها صدمات شایع پرینه در هنگام زایمان زنان نخست‌زا هستند، به طوری که ۷۰ درصد زنان

⁺ * نیشابور: شهرک قدس - ساختمان آموزش گروه مامایی

* کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور

*** متخصص زنان و زایمان

** کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد
*** کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

E تاریخ دریافت: ۸۳/۵/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۱۰/۱ تاریخ تصویب: ۸۴/۲/۲۸

توصیه و ترویج زایمان‌های طبیعی و بدون مداخله موجب شده است که از وضعیت‌های زایمان غیر لیتوتومی در مرحله دوم زایمان استفاده شود. یکی از این وضعیت‌ها، وضعیت خوابیده به پهلو چپ است (۱۰، ۱۱) که مورد پذیرش مادران نیز می‌باشد زیرا وضعیت آشنای خواب است، پاها با رکاب محدود نمی‌شوند، صدمه به بافت‌های پرینه کم‌تر است و بر روی تخت‌های معمولی هم قابل انجام است (۱۲). و نیز مادر کنترل بیشتری روی زور زدن خود داشته و نیاز به اپی‌زیاتومی کاهش می‌یابد (۱۳).

مطالعات نشان داده که وضعیت زایمانی در زنان نخست‌زا تأثیری بر صدمات پرینه ندارد (۱۶-۱۴)، در حالی که نتایج مطالعه Albers و همکاران در بررسی عوامل موثر بر صدمات پرینه نشان داد که وضعیت خوابیده به پهلو چپ صدمات پرینه را کاهش داده اما وضعیت لیتوتومی باعث افزایش این صدمات می‌گردد (۱).

امروزه در کشورهای در حال توسعه از اپی‌زیاتومی به شکل رایج استفاده می‌شود (۱۷) و به نظر می‌رسد که در کشور ما نیز این روش صادق است به طوری که در بیش از ۸۰ درصد خانم‌های اول و دوم‌زا گزارش شده است (۱۸). علی‌رغم فوائد فیزیولوژیک وضعیت خوابیده به پهلو جهت زایمان، نشانی از کارآزمایی‌های کنترل شده که اثر این وضعیت را روی صدمات پرینه بسنجد وجود ندارد (۱۳). با توجه به نتایج متناقض بررسی در رابطه با وضعیت زایمانی مادر و صدمات پرینه و عدم پیشینه تحقیقاتی آن در ایران، تحقیق به منظور مقایسه اثر وضعیت اثر خوابیده به پهلو با لیتوتونی در مرحله دوم زایمان بر صدمات پرینه زنان نخست‌زا در زایشگاه‌های شهرستان نیشابور (۱۳۸۰) صورت گرفته است.

ادرا، بی‌اختیاری اسفنکتر مقعد، فیستول بین مقعد و مهبل عوارض ناشی از ترمیم پارگی‌های پرینه و اپی‌زیاتومی هستند (۳-۱). تحقیقات نشان داده است که ۲۲ درصد زنان دچار صدمات پرینه، ۳-۲ ماه پس از زایمان از عوارض ذکر شده شاکی هستند، و ۱۰ درصد آنها مشکلاتشان تا یک سال بعد هم ادامه دارد (۴، ۱). Banta & Thacker (۱۹۸۱) با مرور بر مقالات و کتب منتشره از سال ۱۸۶۰ تا ۱۹۸۰، مدارکی را در مورد فواید اپی‌زیاتومی خصوصاً اپی‌زیاتومی رایج نیافتند اما عوارض جدی اپی‌زیاتومی کاملاً مستند بود (۵). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی میزان اپی‌زیاتومی در آمریکا (۱۹۹۸) ۳۹/۳ درصد (۶) و در کشور سوئد ۱۵ درصد می‌باشد (۷). سازمان بهداشت جهانی دست‌یابی به میزان ۱۰ درصد اپی‌زیاتومی در کل زایمان‌ها را برای مادر و نوزاد بدون عارضه ذکر کرده است (۸).

با آنکه استفاده از اپی‌زیاتومی، طی ۲۰ سال گذشته به‌طور قابل توجهی کاهش یافته است، اما هنوز رایج‌ترین جراحی در مامایی است (۹). اخیراً توصیه شده که از اپی‌زیاتومی به‌صورت محدود استفاده شود (۸). Cunningham نیز (۲۰۰۱) انجام اپی‌زیاتومی را محدود به موارد خاص مادری و جنینی کرده است (۹). این مسئله موجب توجه به روش‌های مراقبتی متعدد از جمله وضعیت زایمانی ما در جهت کاهش صدمات پرینه شده است. کانینگهام (۲۰۰۱) وضعیت لیتوتومی را بهترین وضعیت زایمان عنوان نموده است (۹). در جوامع غربی اعتقاد بر این است که در وضعیت لیتوتومی یا وضعیت‌های به پشت خوابیده عامل زایمان بهتر جنین را کنترل می‌کند و وضعیت ایمنی است (۱۰). اما سازمان بهداشت جهانی وضعیت لیتوتومی با رکاب را جزء دسته اعمال مضر که نباید به‌طور رایج به کار روند قرار داده است (۸).

مواد و روش ها

مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی می باشد. معیارهای ورود به پژوهش؛ سن ۳۵ - ۱۶ سال، نخست زایی، سیر زایمان طبیعی، جنین واحد، نمای قله سر و سن حاملگی ۴۰-۳۸ هفته، وزن ۹۰-۴۵ کیلو گرم و قد بیش از ۱۵۰ سانتی متر مادر و معیارهای حذف، مشکلات طبی و مامایی، داشتن علائم زجر جنینی، ناهنجاری های جنینی، نمایش پس سری خلفی پایدار، دیستوشی شانه و وزن زیر ۲۵۰۰ گرم و بیش از ۳۹۹۹ گرم نوزاد و عدم تمایل مادر به وضعیت زایمانی خود در هنگام زایمان بود. پس از جلب رضایت آگاهانه زنان نخست زاء، افراد دارای معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و سپس به صورت تخصیص تصادفی بر حسب مراجعه به یکی از دو زایشگاه موجود در شهرستان نیشابور به شکل یک هفته در میان در هر بیمارستان، در وضعیت های خوابیده به پهلو چپ و لیتوتومی زایمان کردند، نمره قدرت عضلانی لگن واحدهای پژوهش در بدو ورود به لیبر در هر بیمارستان توسط کمک پژوهشگر تعیین می شد. این مقیاس دارای نمره حداکثر ۱۲ (نشان گر قدرت بیش تر عضلات) و حداقل ۳ (ضعف عضلات لگن) است (۱۹). افراد مورد مطالعه تا اتساع ۸-۷ سانتی متر دهانه رحم تحت مراقبت وی قرار داشتند و پس از آن مراقبت و زایمان آنها توسط پژوهشگر انجام می گرفت که در تمام مراحل تحقیق سیاست اجتناب از اپی زیاتومی رایج را مد نظر قرار داشت.

تعداد، فواصل، مدت و شدت انقباضات رحمی و تعداد زورهای مادر طی هر انقباض در شروع فازهای نهفته و فعال مرحله دوم زایمان توسط پژوهشگر تعیین و ثبت می گردید. در صورتی که مادران قادر به زور زدن خودبه خودی نبودند، نحوه زود زدن با گلویت باز به صورت زورهای ۶-۴ ثانیه ای به آنها آموزش داده می شد و تعداد زورهای آنها در طی یک انقباض شمارش

می گردید. در هنگام دیده شدن حدود ۲ سانتی متر از سر جنین در مدخل واژن، مادران بر حسب گروه تخصیص

یافته در یکی از دو وضعیت خوابیده به پهلو چپ (پای چپ بر روی یک سطح صاف قرار می گرفت و زانو روی طرف چپ بدن خود می خوابید و پای فوقانی خود را در هنگام انقباض و زور زدن با دست به طرف شکم می کشید و در فواصل انقباضات بر روی رکاب سمت چپ تخت زایمان یا بر روی پای دیگر خود قرار می داد). و لیتوتومی (سرتخت حدود ۳۰ درجه بالا آورده شده، باسن در لبه تحتانی تخت و پاها در رکاب های تخت زایمان گذاشته می شدند) قرار می گرفتند و بدون حضور کمک پژوهشگر زایمان می کردند. در صورت نیاز به اپی زیاتومی برش میانی کناری در حدود ۴ سانتی متر انجام می شد. جهت کنترل مرحله سوم زایمان و بررسی صدمات پرینه، افراد گروه خوابیده به پهلو به وضعیت لیتوتومی برگردانده می شدند و تشخیص وقوع، شدت، محل پارگی و میزان وسعت یافتن محل اپی زیاتومی توسط یکی از دو ناظر (کمک پژوهشگر) و مراقبت کننده مرحله اول زایمان که از وضعیت قرار گیری مادر در تخت زایمان بی اطلاع بودند، صورت گرفته و ثبت می شد. جنس، وزن، دور سر و نمره آپگار نوزاد نیز در هر گروه بررسی و ثبت می شد.

جهت تعیین همگنی گروه های مورد مطالعه از آزمون دانشجویی^۱ برای متغیرهای کمی، آزمون مجذور کای برای متغیرهای کیفی و از آزمون فیشر (Fisher) استفاده شد. وقوع پارگی پرینه و میزان اپی زیاتومی در دو گروه با آزمون مجذور کای (X^2) مورد مقایسه قرار گرفت. بررسی تاثیر متغیرهای اثرگذار بر وقوع پارگی پرینه یا

1. Student t. test

اپی‌زیاتومی نشده بودند در گروه خوابیده به پهلو ۳۰ نفر (۶۳/۸ درصد) و در گروه لیتوتومی ۲۷ نفر (۷۹/۴ درصد) بود که آزمون مجذور کای از نظر وقوع پارگی پرینه تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/130$).

چنان‌چه جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میزان پرینه سالم در افراد گروه خوابیده به پهلو بیش‌تر از گروه لیتوتومی بود، این تفاوت از نظر آماری طبق آزمون مجذور کای معنی‌دار بود ($p=0/026$).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب وضعیت پرینه در گروه مورد و شاهد در زنان نخست‌زا

گروه فراوانی	خوابیده به پهلو ی چپ		لیتوتومی	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
بلی	۱۷ (۳۳/۳)	۷ (۱۴/۳)	۲۴ (۲۴/۰)	
پرینه سالم	۳۴ (۶۶/۷)	۴۲ (۸۵/۷)	۷۶ (۷۶/۰)	
کل	۵۱ (۱۰۰/۰)	۴۹ (۱۰۰/۰)	۱۰۰ (۱۰۰/۰)	

درجات پارگی پرینه در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشته ($P=0/0547$) و اکثر واحدهای پژوهش در دو گروه دارای پارگی درجه ۱ پرینه بودند جدول شماره ۲ وضعیت پارگی پرینه را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب پارگی پرینه که اپی‌زیاتومی نشده‌اند در زنان نخست‌زا.

گروه فراوانی	خوابیده به پهلو ی چپ		لیتوتومی	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
درجه ۱	۲۵ (۸۳/۳)	۲۴ (۸۸/۹)	۴۹ (۸۶/۰)	
پارگی	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۱/۱)	۸ (۱۴/۰)	

میزان اپی‌زیاتومی از آزمون لگای خطی استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵ درصد مد نظر قرار داشت. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۲۸ زائو تحت بررسی قرار گرفتند که ۲۸ نفر طی مراحل اول و دوم زایمان و پس از زایمان از مطالعه خارج شده و بررسی بر روی ۱۰۰ نمونه (۵۱ نفر در گروه خوابیده به پهلو ی چپ و ۴۹ نفر در گروه لیتوتومی) انجام گرفت. میانگین سن نمونه‌ها در گروه خوابیده به پهلو $2/6 \pm 20/8$ سال و در گروه لیتوتومی $2/3 \pm 20/4$ سال بود که اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. واحدهای پژوهش از نظر تحصیلات، تحصیلات همسر، میزان درآمد خانواده، شاخص توده بدنی، سن حاملگی، سابقه و تعداد سقط، رضایت از بارداری، نمره قدرت عضلانی لگن و طول جسم پرینه در دو گروه همگن بودند. هم‌چنین دو گروه از نظر مدت، فاصله، تعداد انقباضات رحمی، تعداد زورهای مادر در هر انقباض در شروع فازهای نهفته و فعال مرحله دوم زایمان، جایگاه و وضعیت سرچین در شروع مرحله دوم زایمان، نوع زورزدن، طول فاز نهفته و کل زمان مرحله دوم زایمان همگن بودند. میانگین طول فاز فعال مرحله دوم زایمان در گروه خوابیده به پهلو $25/7 \pm 50/6$ دقیقه و در گروه لیتوتومی $24/6 \pm 39/7$ دقیقه و آزمون t دانشجویی نشان داد که دو گروه با یکدیگر اختلاف آماری معنی‌داری دارند ($P=0/03$).

براساس نتایج پژوهش توزیع فراوانی اپی‌زیاتومی در افراد گروه خوابیده به پهلو ۴ نفر (۷/۸ درصد) و در افراد گروه لیتوتومی ۱۵ نفر (۳۰/۶ درصد) بود که این اختلاف طبق آزمون مجذور کای معنی‌دار بود ($P=0/004$). هم‌چنین توزیع فراوانی پارگی پرینه در مادرانی که

کل	۳۰(۱۰۰/۰)	۲۷(۱۰۰/۰)	۵۷(۱۰۰/۰)
----	-----------	-----------	-----------

معنی‌داری نداشتند. اکثر نوزادان افراد دو گروه دارای نمره آپگار ۱۰-۹ در دقیقه پنجم پس از زایمان بودند.

بحث

در این مطالعه میزان صدمات پرینه (اپی زیاتومی و پارگی پرینه) در گروه خوابیده به پهلو کم‌تر از گروه لیتوتومی بود. آلبرز نیز در مطالعه خود وضعیت لیتوتومی با رکاب را از عوامل ایجادکننده صدمات پرینه و وضعیت خوابیده به پهلو چپ را عاملی برای کاهش صدمات پرینه عنوان کرده است (۱).

در مطالعه حاضر میزان اپی‌زیاتومی بسیار بیش‌تر از پارگی در وضعیت خوابیده به پهلو چپ نسبت به وضعیت لیتوتومی کاهش داشت علت تفاوت میزان پارگی در تحقیق اخیر نسبت به تحقیق آلبرز ممکن است ناشی از حجم کم نمونه این تحقیق (۱۰۰ نفر) در مقایسه با حجم نمونه تحقیق آلبرز (۳۰۴۹ نفر) باشد. چنین نتایج مشابهی را Lydon-Rochelle نیز گزارش کرده است (۲۰) علت عدم تاثیر وضعیت زایمان بر پارگی پرینه در تحقیق وی احتمالاً ناشی از عدم حذف زنان با بی‌حسی اپیدورال باشد. در مطالعات نادین (Nodine ۱۹۸۷) و رابرتز (Roberts ۱۹۸۴) نیز وضعیت زایمانی اثری بر صدمات پرینه زنان نخست‌زا نداشت (۱۶، ۱۴) به‌نظر می‌رسد علت این امر، عدم کنترل دقیق متغیرهای مداخله‌گر به دلیل ماهیت گذشته‌نگر مطالعات آنها باشد.

علیرغم کاهش واضح اپی‌زیاتومی در این پژوهش، پارگی‌های شدید پرینه مشاهده نشد. در مطالعه نادین و همکاران نیز پارگی‌های درجه ۳ و ۴ پرینه وجود نداشت. اهمیت تفاوت میزان درجات پارگی این تحقیق نسبت به دو مطالعه فوق این است که آنان درجات پارگی پرینه زنان نخست‌زا و چندزا را در مجموع گزارش کردند. در

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که واحدهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه از نظر محل پارگی پرینه با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری نداشته ($P=0/435$) و اکثر افراد مورد مطالعه در دو گروه دارای پارگی‌های خلفی پرینه بودند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی محل پارگی پرینه نمونه‌هایی که اپی‌زیاتومی نشده‌اند در زنان نخست‌زا.

محل پارگی پرینه	گروه		
	خوابیده به پهلو چپ تعداد(درصد)	لیتوتومی تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
قدام	۴ (۱۳/۳)	۷ (۲۵/۹)	۱۱ (۱۹/۳)
محل خلف	۲۱ (۷۰/۰)	۱۵ (۵۵/۶)	۳۶ (۶۳/۲)
قدام و خلف	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۸/۵)	۱۰ (۱۷/۵)
کل	۳۰ (۱۰۰/۰)	۲۷ (۱۰۰/۰)	۵۷ (۱۰۰/۰)

جهت بررسی تاثیر متغیرها بر صدمات پرینه از آزمون لگای خطی استفاده گردید. نتایج نشان داد که نمره قدرت عضلانی لگن و وضعیت سر جنین در شروع مرحله دوم زایمان برانجام اپی‌زیاتومی اثر داشتند ($p < 0/05$) و تعداد زورهای مادر در هر انقباض در فاز فعال مرحله دوم زایمان نیز بر وقوع پارگی پرینه اثرگذار بود ($p < 0/05$)، به‌طوری‌که با افزایش نمره قدرت عضلانی لگن و در وضعیت پس‌سری خلفی جنین در شروع مرحله دوم زایمان انجام اپی‌زیاتومی افزایش نشان داد و در کسانی که تعداد زورهای آنها در هر انقباض ۵ مرتبه یا بیش‌تر از آن بود، پارگی پرینه افزایش یافت. هیچ‌یک از نوزادان مادران مورد مطالعه، آپگار ۷ و کم‌تر از ۷ در دقیقه اول پس از تولد نداشته و دو گروه با یکدیگر تفاوت آماری

ذکر می کنند (۲۴،۲۳،۱). علت اختلاف ممکن است مربوط به حذف موارد پس سری خلفی پایدار و زایمان با وسایل کمکی در این تحقیق باشد. نوردستروم (Nordstrom) و همکاران گزارش کردند که با طولانی شدن فاز فعال مرحله دوم زایمان بیش از ۴۵ دقیقه میزان لاکتات پوست سرچنین و خون بندناف در هنگام زایمان افزایش می یابد و موجب اسیدمی جنین می شود (۲۵). ممکن است علت عدم کاهش آپگار نوزادان علی رغم طولانی شدن این فاز در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ مادر عدم اختلال در جریان خون جفتی باشد.

از عوامل موثر بر انجام اپی زیاتومی نمره قدرت عضلانی لگن و وضعیت سرچنین در شروع مرحله دوم زایمان است به طوری که میزان اپی زیاتومی در افرادی که نمره قدرت عضلانی آن ها بیش تر بود افزایش یافت. هم چنین میزان اپی زیاتومی زمانی که سرچنین در شروع مرحله دوم زایمان در وضعیت پس سری خلفی قرار داشت، از سایر وضعیت های سرچنین بیش تر بود. چنین نتایج مشابهی را بلند همت (۲۶) نیز در تحقیق خود گزارش کرده است. قدرت بیش تر عضلات باعث مقاومت بیش تر در برابر عبور سرچنین شده و نیاز به اپی زیاتومی را افزایش می دهد. به نظر می رسد که وضعیت پس سری خلفی در شروع مرحله دوم زایمان و اثر آن بر صدمات پرینه نیاز به مطالعات بیش تری دارد.

هم چنین مادرانی که طی هر انقباض در شروع فاز فعال مرحله دوم زایمان، ۵ مرتبه یا بیش تر زور زدند، پارگی پرینه در آن ها بیش تر بود. زور زدن بیش تر در این فاز باعث برخورد بیش تر سر با بافت پرینه و تحت فشار دادن آن و در نتیجه خون رسانی کم تر به این بافت و افزایش احتمال پارگی می شود.

بر اساس نتایج، میزان صدمات پرینه در وضعیت خوابیده به پهلو چپ کم تر از وضعیت لیتوتومی بود

حالی که در تحقیق حاضر فقط زنان نخست زامورد بررسی قرار گرفتند. با این وجود میزان پارگی های درجه ۲ در مطالعه ما مشابه آنان اما، میزان پارگی های درجه ۱ بیش از مطالعه آنها می باشد.

در نتایج بررسی های گروه تحقیقاتی آرژانتین، پارگی های قدامی و خلفی پرینه مشابه با نتایج این تحقیق است (۲۱). علی رغم کاهش اپی زیاتومی در این مطالعه، پارگی های قدامی پرینه افزایش نیافت. همچنین، در وضعیت خوابیده به پهلو چپ میزان پارگی های قدامی کم تر از وضعیت لیتوتومی بود. به نظر می رسد علت این امر اتساع تدریجی پرینه و عدم فشار سرچنین بر بافت های قدامی پرینه در وضعیت خوابیده به پهلو باشد. نتایج تحقیق نیجر (Nager) و همکاران نشان داد، ارتباطی بین طول جسم پرینه با طول پارگی وجود ندارد. هم چنین آن ها مشاهده کردند که افزایش وزن، دور سروسن جنین رابطه ای با طول پارگی پرینه ندارد (۲۲). در مطالعه آلبرز (۱۹۹۶) نیز وزن تولد نوزاد رابطه ای با صدمات پرینه نداشت (۱) اما تحقیقات متعددی وزن نوزاد را عامل خطر مهمی برای صدمات پرینه ذکر کرده اند (۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۳) یافته های پژوهش ما با نتایج پژوهش آلبرز و نیجر مشابه است. محدوده وزن طبیعی نوزادان مورد مطالعه (۳۹۹۹-۲۵۰۰ گرم) ممکن است علت تفاوت نتایج این تحقیق با تحقیقاتی که آن را عامل خطر ذکر کرده اند باشد.

علی رغم طولانی شدن طول فاز فعال مرحله دوم زایمان در گروه خوابیده به پهلو نسبت به لیتوتومی اما این متغیر بر انجام اپی زیاتومی یا وقوع پارگی پرینه تأثیری نداشت، هم چنین طولانی شدن این مرحله در افراد خوابیده به پهلو باعث کاهش نمرات آپگار نوزادان در دقایق اول و پنجم پس از زایمان نشد.

آلبرز، ساموئلسون (Samuelson) و دی لیو (Deleeuw) طولانی شدن این فاز را از عوامل مهم صدمات پرینه

سپاسگزاری

این تحقیق با پشتیبانی و حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفته است. از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم و کلیه همکاران محترم زایشگاه‌های قمر بنی‌هاشم و حکیم شهرستان نیشابور تشکر می‌شود.

فهرست منابع

1. Albers L L, Anderson D, Cragin L, Daniels S.M, Hunter C, Sedler K.D, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J. of Nurse-Midwifery* 1996; 41(4): 269-276.
2. Bean C.A, Cohen G. *Methods of child birth*. Rev, ed. New York: Quill william morrow, 1990: 141-211.
3. Yeby M, Page M. *Pain in childbearing*. 1 st ed. London: Bailliere Tindal, 2000: 131-135.
4. Renfrew M.J, Hannah W, Albers L, Floyd E. practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: Asystemic review of the literature. *Birth* 1998; 25(3): 143-160.
5. Thacker S.B, Banta H.D. Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol surv* 1983; 38(6): 322-338.
6. رفائی سعیدی. شهلا، بررسی میزان درد و صدمات پرینه زنان نخست‌زا در اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد ۱۳۸۳*.
7. Rooks J.P. Evidence-based practices and its application to child birth care for low -risk women. *J of Nurse-Midwifery* 1999; 44(4): 355-369.
8. *World Health Organization* Care in normal birth: a partical guide. Geneva: 1996(24).
9. Cunningham F.C, Gant N.F, Leveno k.J, Gilstrap III L.C, Hauth J.C, Wenstrom K.D. *Williams obstetric*. 21 th ed, vol 1, North Ameica: MC Graw-Hill; 2001: 309-329.
10. Gupta J.C, Nikoderm C. Maternal posture in labour. *Europ J of Obstet Gynecol & Reprod Biology*. 2000; 92(2): 273-277.
11. May K.A, Mahlmeister L.R. *Maternal & Neonatal nursing*. 3th ed, Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994: 389-411 , 511-527.
12. Lehrmam E,J. Birth in the left lateral position. *J of Nurse-Midwifery*. 1975; 30(4): 193- 197
13. Robert S.J. The push for evidence: Mongement of the second stage. *J Midwifery & woman's health* 2002: 47: 2-15.

14. Nodine P.M, Robert J. Factors association with perineal outcome during childbirth. *J. of Nurse-Midwifery* 1987; 32(3): 123-130.
15. Olson R, Olson C, Cox N.S. Maternal birthing positions and perineal injury. *J Fam pract* 1990; 39(5): 553-557.
16. Roberts J.E, Kriz D.M. Delivery positions and perineal outcome. *J. of Nurse-Midwifery* 1984; 29(3): 186-190.
۱۷. کبودی مرضیه، کبودی بیژن. (مقایسه تأثیر اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی بر میزان پارگی پرینه در زنان نخست‌زا). *مجله بهبود*، شماره ۱، سال پنجم ۱۳۸۰: ۲۳-۱۸.
۱۸. خانی صغری، تارینگو فاطمه. شعبانخانی بیژن، اپی‌زیاتومی: پیشگیری کننده از پارگی‌های دستگاه ژنیتال با ریسک فاکتور آن. *مجله علوم پزشکی مدرس*، شماره ۱ سال چهارم ۱۳۸۰: ۱۶-۹.
19. Brink C.A, Wils T.G, Sampselle C.M, Taillie E.R, Mayerk. "A digital test for pelvic muscle strength in uonen with urinary in continence." *J Nur Reas*, 1994; 43(6): 352-6.
20. Lydon-Rochelle M.T. Albers L.L, Teaf D. perineal outcomes and nurse midwifery management. *J of Nurse- Midwifery* 1995; 40(1): 13-18.
21. Argentine Episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-18.
22. Nager C.W, Helliwell J.P. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *AM J Obstet Gynecol* 2001; 185: 444-50.
23. Samuelson E, Ladfors L, Wennerholm U.B, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obsteric risk factors. *BJOG* 2000; 107: 926-931.
24. De Leeuw W.J, Stuijk P.G, Vierhout M.E, Wallnburg H.C.S. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001; 108: 383-387.
25. Nortdstrom L, Achanna S, Naka K, Ikumaran A. Fetal and maternal lactate increase during active second stage of labour. *BJOG*, 2001; 108: 263- 268.
۲۶. بلندهمت. مریم، بررسی تأثیر ماساژ میاندوراه بارداری و درجه برش و پارگی زنان نخست‌حامله، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی مشهد، ۱۳۷۹.