

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

\*\*\*\*\*(M.Sc.) سید رضا مظلوم

\*\*\*\*(M.D.) فرشته مهران

\*\*\*(M.Sc.) معصومه کردی

+\*(M.Sc.) آذر گل مکانی

### 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 (۱۳۸۰) که به زایشگاه‌های شهرستان نیشابور مراجعه کرده و دارای حاملگی ترم و سیر زایمان طبیعی بودند، در مرحله دوم زایمان به روش تخصیص تصادفی در دو وضعیت خوابیده به پهلو و لیتوتومی قرار گرفته وزایمان 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 لگکای خطی و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفت.

**یافته‌ها :** ۷/۸ درصد نمونه‌های گروه خوابیده به پهلو و ۳۰/۶ درصد نمونه‌های گروه لیتوتومی دارای برش اپی زیاتومی 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 معنی داری با انجام اپی زیاتومی داشت هم‌چنین تعداد زورهای مادر در هر انقباض در فاز فعال مرحله دوم زایمان با وقوع پارگی پرینه ارتباط آماری معنی داری را نشان داد.

**استنتاج :** بر اساس نتایج پژوهش میزان صدمات پرینه در وضعیت خوابیده به پهلو نسبت به لیتوتومی کم تر بود. لذا به عنوان روشی ایمن جهت کاهش صدمات پرینه زنان نخست زا 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، هماتون، عفونت، یبوست، بی اختیاری اپی زیاتومی و پارگی‌ها صدمات شایع پرینه در هنگام زایمان زنان نخست زا هستند، به طوری که ۷۰ درصد زنان

\* کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور  
 + نیشابور: شهر ک قدس - ساختمان آموزش گروه مامایی

\*\*\* 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

Tاریخ دریافت: ۸۳/۵/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۱۰/۱ Tاریخ 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 خوايده به پهلوی چپ است (۱۱، ۱۰) 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 تاثیری بر صدمات پرینه ندارد (۱۴-۱۶)، در حالی که نتایج مطالعه Albers و همکاران در بررسی عوامل موثر بر صدمات پرینه نشان داد که وضعیت خوايده به پهلوی 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 دوم زا گزارش شده است (۱۸). علی‌رغم فوائد فیزیولوژیک وضعیت خوايده 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 متقاض صدری در رابطه با وضعیت زایمانی مادر و صدمات پرینه و عدم پیشنه تحقیقاتی آن در ایران، تحقیق به منظور مقایسه اثر وضعیت اثر خوايده به پهلو با لیتوتونی در مرحله دوم زایمان بر صدمات پرینه زنان نخست‌زا در زایشگاه‌های شهرستان نیشابور (۱۳۸۰) صورت گرفته است.

ادرار، بی اختیاری اسفنکتر مقعد، فیستول بین معقد و مهبل عوارض ناشی از ترمیم پارگی‌های پرینه و اپی زیاتومی هستند (۱-۳). 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 (۱، ۴). & Banta (۱۹۸۱) با مرور بر مقالات و کتب منتشره از سال ۱۸۶۰ تا ۱۸۸۰، مدارکی را در مورد فواید اپی‌زیاتومی خصوصاً اپی‌زیاتومی رایج نیافتد 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 سوئیس 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 به طور قابل توجهی کاهش یافته است، اما هنوز رایج ترین جراحی در مامایی است (۹). اخیراً توصیه شده که از اپی زیاتومی به صورت 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. کائینیگهام (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 خوايده عامل زایمان بهتر جنین را کنترل می‌کند و وضعیت اینمی است (۱۰). اما سازمان بهداشت جهانی وضعیت لیتوتومی با رکاب را جزء دسته اعمال مضر که نباید به طور رایج به کار روند قرار داده است (۸).

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 پهلوی چپ (پای چپ بر روی یک سطح صاف قرار می گرفت و زائو 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). ولیتوومی (سرتخت حدود ۳۰ درجه بالا آورده شده، باسن در لبه تحتانی تخت و پاهای 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 خدمات پرینه، افراد گروه خوابیده به پهلو به وضعیت لیتوومی 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<sup>۱</sup> 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

## 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 هفت، وزن ۹۰ - ۴۵ کیلو گرم و قد بیش از ۱۵۰ سانتی متر مادر و معیارهای حذف، مشکلات طبی و مامایی، داشتن علایم 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 زا، 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 پهلوی چپ ولیتوومی زایمان کردن، نمره قدرت عضلانی لگن واحد های پژوهش در بدبو ورود به لیر در هر بیمارستان توسط کمک پژوهشگر تعیین می شد. این مقیاس دارای نمره حداقل ۱۲ (نشان گر قدرت بیشتر عضلات) و حداقل ۳ (ضعف عضلات لگن) است (۱۹).

افراد مورد مطالعه تا اتساع ۷-۸ 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 خود به خودی نبودند، نحوه زود زدن با گلولت باز به صورت زورهای ۶-۴ ثانیه ای به آنها آموخت داده می شد و تعداد زورهای آنها در طی یک انقباض شمارش

1. Student t. test

ابي زياتومي نشده بودند در گروه خوايده به پهلو ۳۰ نفر (۶۳/۸ درصد) و در گروه ليتوتومي ۲۷ نفر (۴/۷۹ درصد) بود که آزمون مجدور کاي از نظر وقوع پارگي پرينه تفاوت آماري معنيداري را نشان نداد ( $p=0.130$ ).

میزان ابي زياتومي از آزمون لگاي خطى استفاده شد. در آزمون های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵ درصد مد نظر قرار داشت. تجزيه و تحليل آماري با استفاده از نرم افزار آماري SPSS انجام گرفت.

## يافتهها

چنان‌چه جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میزان پرينه سالمن در افراد گروه خوايده به پهلو بيشتر از گروه ليتوتومي بود، اين تفاوت از نظر آماري طبق آزمون مجدور کاي معنيدار بود ( $p=0.026$ ).

جدول شماره ۱: توزيع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب وضعیت پرينه در گروه مورد و شاهد در زنان نخست‌زا

	کل	گروه		فراوانی
		خوايده به پهلو چپ	خوايده به پهلو چپ	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)		
۲۴(۲۴/۰)	۷(۱۴/۳)	۱۷(۳۳/۳)	بلي	
۷۶(۷۶/۰)	۴۲(۸۵/۷)	۳۴(۶۶/۷)	پرينه سالم	
۱۰۰(۱۰۰/۰)	۴۹(۱۰۰/۰)	۵۱(۱۰۰/۰)	كل	

درجات پارگي پرينه در دو گروه تفاوت آماري معنيداری نداشت ( $P=0.547$ ) و اكثراً واحدهای پژوهش در دو گروه دارای پارگي درجه ۱ پرينه بودند جدول شماره ۲ وضعیت پارگي پرينه را در دو گروه نشان می‌هد.

جدول شماره ۲: توزيع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب پارگي پرينه که ابي زياتومي نشده‌اند در زنان نخست‌زا

	کل	گروه		فراوانی
		خوايده به پهلو چپ	خوايده به پهلو چپ	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)		
۴۹(۸۶/۰)	۲۴(۸۸/۹)	۲۵(۸۳/۳)	درجه ۱	
۸(۱۴/۰)	۳(۱۱/۱)	۵(۱۶/۷)	پارگي	

در اين مطالعه تعداد ۱۲۸ زائو تحت بررسى قرار گرفتند که ۲۸ نفر طی مراحل اول و دوم زايمان و پس از زايمان از مطالعه خارج شده و بررسى بر روی ۱۰۰ نمونه (۵۱ نفر در گروه خوايده به پهلو چپ و ۴۹ نفر در گروه ليتوتومي) انجام گرفت. ميانگين سن نمونه‌ها در گروه خوايده به پهلو  $20.8 \pm 2.6$  سال و در گروه ليتوتومي  $20.4 \pm 2.0$  سال بود که اختلاف آماري معنيدار نداشتند. واحدهای پژوهش از نظر تحصيلات، تحصيلات همسر، ميزان درآمد خانواده، شاخص توده بدنی، سن حاملگي، سابقه و تعداد سقط، رضایت از بارداري، نمره قدرت عضلانی لگن و طول جسم پرينه در دو گروه همگن بودند. همچنين دو گروه از نظر مدت، فاصله، تعداد انقباضات رحمي، تعداد زورهای مادر در هر انقباض در شروع فازهای نهفته و فعال مرحله دوم زايمان، جايگاه و وضعیت سرجين در شروع مرحله دوم زايمان، نوع زورزدن، طول فاز نهفته و كل زمان مرحله دوم زايمان همگن بودند. ميانگين طول فاز فعال مرحله دوم زايمان در گروه خوايده به پهلو  $50.6 \pm 25.0$  دقیقه و در گروه ليتوتومي  $24.6 \pm 29.7$  دقیقه و آزمون  $t$  دانشجویی نشان داد که دو گروه با يكديگر اختلاف آماري معنيدار دارند ( $P=0.03$ ).

براساس نتایج پژوهش توزيع فراوانی ابي زياتومي در افراد گروه خوايده به پهلو ۴ نفر (۸/۷ درصد) و در افراد گروه ليتوتومي ۱۵ نفر (۶/۳۰ درصد) بود که اين اختلاف طبق آزمون مجدور کاي معنيدار بود ( $P=0.004$ ). همچنين توزيع فراوانی پارگي پرينه در مادرانی که

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

## بحث

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

در مطالعه حاضر میزان اپی زیاتومی بسیار بیشتر از پارگی در وضعیت خواهید به پهلوی چپ نسبت به وضعیت لیتوتومی کاهش داشت علت تفاوت میزان پارگی در تحقیق اخیر نسبت به تحقیق آلبز ممکن است ناشی از حجم کم نمونه این تحقیق (۱۰۰ نفر) در مقایسه با حجم نمونه تحقیق آلبز (۳۰۴۹ نفر) باشد. چنین نتایج مشابهی را Lydon-Rochelle (۲۰) نیز گزارش کرده است. عدم تاثیر وضعیت زایمان بر پارگی پرینه در تحقیق وی احتمالاً ناشی از عدم حذف زنان با بی حسی اپیدورال باشد. در مطالعات Nodine (۱۹۸۷) و Roberts (۱۹۸۴) نیز وضعیت زایمانی اثری بر صدمات پرینه زنان نخست زانداشت (۱۶، ۱۴) به نظر می‌رسد علت این امر، عدم کنترل دقیق متغیرهای مداخله گر به دلیل ماهیت گذشته نگر مطالعات آنها باشد.

علیرغم کاهش واضح اپی زیاتومی در این پژوهش، پارگی های شدید پرینه مشاهده نشد. در مطالعه Nodine و همکاران نیز پارگی های 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 نخست زا و چندزا را در مجموع گزارش کردند. در

۵۷(۱۰۰٪)	۲۷(۱۰۰٪)	۳۰(۱۰۰٪)	کل
----------	----------	----------	----

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که واحدهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه از نظر محل پارگی پرینه با یکدیگر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ( $P=0.435$ ) و اکثر افراد مورد مطالعه در دو گروه دارای پارگی های خلفی پرینه بودند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی محل پارگی پرینه نمونه هایی که اپی زیاتومی نشده اند در زنان نخست زا.

	فرافانی	گروه		
		کل	خواهید به پهلوی چپ	لیتوتومی
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
محل	قدم	۱۱(۱۹/۳)	۴(۱۳/۳)	۷(۲۵/۹)
پارگی	خلف	۳۶(۶۳/۲)	۲۱(۷۰/۱)	۱۵(۵۰/۷)
پرینه	قدم و خلف	۱۰(۱۷/۵)	۵(۱۶/۷)	۵(۱۸/۵)
	کل	۵۷(۱۰۰٪)	۳۰(۱۰۰٪)	۲۷(۱۰۰٪)

جهت بررسی تاثیر متغیرها بر صدمات پرینه از آزمون لگای خطی استفاده گردید. نتایج نشان داد که نمره قدرت عضلانی لگن و وضعیت سرجنین در شروع مرحله دوم زایمان بر انجام اپی زیاتومی 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 ( $P<0.05$ ). به طوری که با افزایش نمره قدرت عضلانی لگن و در وضعیت پس سری خلفی جنین در شروع مرحله دوم زایمان انجام اپی زیاتومی افزایش نشان داد و در کسانی که تعداد زورهای آنها در هر انقباض ۵ مرتبه یا بیشتر از آن بود، پارگی پرینه افزایش یافت. هیچ یک از نوزادان مادران مورد مطالعه، آپگار ۷ و کمتر از ۷ در دقیقه اول پس از تولد نداشتند 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 باوسایل 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 لاکات پوست سرجین و خون بندناف در هنگام زایمان افزایش می یابد و موجب اسیدی می چینی 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 وضعیت سر جنین در شروع مرحله دوم زایمان است به طوری که میزان اپی زیاتومی در افرادی که نمره قدرت عضلانی آنها بیشتر بود افزایش یافت. همچنین میزان اپی زیاتومی زمانی که سرجین در شروع مرحله دوم زایمان در وضعیت پس سری خلفی قرار داشت، از سایر وضعیت‌های سر جنین بیشتر بود. چنین نتایج مشابهی را بلند همت (۲۶) نیز در تحقیق خود گزارش کرده است. قدرت بیشتر عضلات باعث مقاومت بیشتر در برابر عبور سرجین شده و نیاز به اپی زیاتومی را افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد که وضعیت پس سری خلفی در شروع مرحله دوم زایمان و اثر آن بر صدمات پرینه نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

همچنین مادرانی که طی هر انقباض در شروع فاز فعال مرحله دوم زایمان، ۵ مرتبه یا بیشتر زور زدند، پارگی پرینه در آنها بیشتر بود. زور زدن بیشتر در این فاز باعث برخورد بیشتر سر با بافت پرینه و تحت فشار دادن آن و در نتیجه خونرسانی کمتر به این بافت و افزایش احتمال پارگی می‌شود.

براساس نتایج، میزان صدمات پرینه در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ کمتر از وضعیت لیتوتومی بود

حالی که در تحقیق حاضر فقط زنان نخست زا مورد بررسی قرار گرفتند. با این وجود میزان پارگی‌های درجه ۲ در مطالعه ما مشابه آنان اما، میزان پارگی‌های درجه ۱ بیش از مطالعه آنها می‌باشد.

در نتایج بررسی‌های گروه تحقیقاتی آرژانتین، پارگی‌های قدامی و خلفی پرینه مشابه با نتایج این تحقیق است (۲۱). علی‌رغم کاهش اپی زیاتومی در این مطالعه، پارگی‌های قدامی پرینه افزایش نیافت. همچنین، در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ میزان پارگی‌های قدامی کمتر از وضعیت لیتوتومی بود. به نظر می‌رسد علت این امراض اسعاد تدریجی پرینه و عدم فشار سرجین بر بافت‌های 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. همچنین آنها مشاهده کردند که افزایش وزن، دور سروسن جنین رابطه‌ای با طول پارگی پرینه ندارد (۲۲). در مطالعه آلبز (۱۹۹۶) نیز وزن تولد نوزاد رابطه‌ای با صدمات پرینه نداشت (۱) اما تحقیقات متعددی وزن نوزاد را عامل خطر مهمی برای صدمات پرینه ذکر کرده‌اند (۲۳، ۲۰، ۱۶، ۱۴) یافته‌های پژوهش ما با نتایج پژوهش آلبز 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 کرده‌اند باشد.

علی‌رغم 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 تاثیری نداشت، همچنین 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 دی‌لیو (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.

عوامل موثر بر صدمات پرینه علاوه بر وضعیت مادر در مرحله دوم زایمان نمره قدرت عضلانی لگن، وضعیت سر جنین در شروع مرحله دوم زایمان و تعداد زورهای مادر طی هر انقباض در فاز فعال مرحله دوم زایمان بود.

## فهرست منابع

1. Albers 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: A systemic 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 practical 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 America: MC Graw-Hill; 2001: 309-329.
10. Gupta J.C, Nikodem 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. Lehrmann 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: Management 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 تاثیر ابی زیاتومی رایج و انتخابی بر میزان پارگی پرینه در زنان نخست زاد). *مجله بهبود*. شماره ۱، سال پنجم ۱۳۸۰: ۱۸-۲۲.
۱۸. خانی صغیری، تارینگو فاطمه. شعبانخانی بیژن، ابی زیاتومی: پیشگیری کننده از پارگی های دستگاه ژنیتال با ریسک فاکتور آن. *محله علوم پزشکی مدرس*. شماره ۱ سال چهارم ۱۳۸۰: ۹-۱۶.
19. Brink C.A, Wlls T.G, Sampselle C.Mm Taillie E.R, Mayerk. "A digital test for pelvic muscle strength in women with urinary incontinence." *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 obstetric risk factors. *BJOG* 2000; 107: 926-931.
24. De Leeuw W.J, Stuijk P.G, Vierhout M.E, Wallenburg H.C.S. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001; 108: 383-387.
25. Nordstrom L, Achanna S, Naka K, Ikuamaran A. Fetal and maternal lactate increase during active second stage of labour. *BJOG*, 2001; 108: 263- 268.
۲۶. بلندهمت مریم، بررسی تاثیر ماساژ میاندوراه بارداری و درجه برش و پارگی زنان نخست حامله، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی مشهد، ۱۳۷۹.