پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هجدهم شماره ۶۸ بهمن و اسفند سال ۱۳۸۷ (۳۹-۲۷)

دیدگاه عاملین زایمان در مورد اپیزیاتومی روتین: یک مطالعه کیفی

صغری خانی[۱] مرجان احمدشیروانی[۱] معصومه باقری نسامی[۲]

چکیده

سابقه و هدف : مطالعات متعدد نشان داده‌اند که اپیزیاتومی انتخابی با پیامدهای مطلوبی همراه است. با این وجود هنوز در بسیاری از بیمارستان‌ها عملکرد بالینی مطابق این یافته نیست. برای یافتن علت این امر به بررسی دیدگاه عوامل زایمانی در مورد اپیزیاتومی روتین پرداخته شد.

مواد و روش ها: این تحقیق به روش کیفی و تجزیه و تحلیل آن با رویکرد آنالیز محتوا انجام شد. به این منظور با متخصصین زنان و مامایی، ماماها و مربیان مامایی مصاحبه نیمه ساختار عمیق انجام گرفت. تعداد شرکت‌کنندگان بر اساس اشباع اطلاعاتی تعیین شد. با تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، نکات مشترک شناسایی، کدگذاری و طبقه‌بندی شد. مقایسه مداوم سبب اطمینان از ثبات داخلی در روند کدگذاری گردید. به منظور روایی و پایایی سه نفر از اعضای گروه به طور مستقل متون را کدگذاری و سپس با همکاری یکدیگر محورهای نهایی را مشخص کردند و با بازگرداندن درون مایه‌ها به شرکت‌کنندگان از صحت آنها اطمینان حاصل شد.

یافته ها: در مجموع۲۴ نفر در مطالعه شرکت نمودند. عوامل تاثیرگذار بر استفاده روتین از اپیزیاتومی شامل ۵ مفهوم کلی گردید. همچنین مفاهیم جزیی به عنوان زیر طبقه مفاهیم کلی پدیدار شدند. این مفاهیم عبارت بودند از: ۱- عامل زایمان (شامل: تجربه شخصی، سطح مهارت، کمبود نیروی انسانی، خستگی و بی حوصلگی، پائین بودن سطح آگاهی، قدرت برقراری ارتباط با مادر، نقش عامل زایمان)، ۲- عامل مادری (شامل: جلوگیری و کاهش آسیب‌های مادری، تفاوتهای آناتومیکی، فرهنگ، عدم همکاری، بیماریها)، ۳- عامل جنینی (شامل: جلوگیری و کاهش آسیبهای جنینی و شرایط جنین)، ۴- مشکلات قانونی و اجتناب از مؤاخذه شدن (شامل: شکایت بیمار از عامل زایمان و مؤاخذه شدن عامل زایمان توسط مقام ارشد و ۵- نحوه اداره کردن زایمان (شامل: عدم دسترسی به تکنولوژی پیشرفته، عدم بکارگیری روشهای جدید زایمان و عدم آماده سازی مادران).

استنتاج: تغییر در عملکردهای بالینی مثل اپیزیاتومی روتین که طولانی مدت وجود داشته، مشکل است. از آنجا که مطالعات، استفاده محدود از اپیزیاتومی را توصیه می‌کنند، بر اساس مفاهیم استخراج شده در این مطالعه مداخلاتی در جهت تغییر نگرش و عملکرد عوامل زایمانی در رابطه با استفاده از اپیزیاتومی لازم می‌باشد. آموزش به عوامل زایمان، دانشجویان و مادران باردار از راهکارهای اساسی است.

واژهای کلیدی: اپیزیاتومی، مطالعه کیفی، دیدگاه، ماما، پزشک

مقدمه

اپیزیاتومی یا برش جراحی در ناحیه پرینه شایعترین عمل‌جراحی مامایی بشمارمی‌آید(۱). به‌طوری‌که استفاده از آن در ۸۰ تا ۹۰ درصد زایمانهای طبیعی گزارش شده است(۳،۲).

مولف مسئول: صغری خانی- ساری، بلوار امیرمازندرانی، خیابان وصال، دانشکده پرستاری مامایی E-mail: Okhani@mazums.ac.ir
۱. کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. دانشجوی دکترای پرستاری، مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تاریخ دریافت : ۸۷/۵/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۷/۸/۲۸ تاریخ تصویب: ۸۷/۱۰/۲۵

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در اوایل قرن بیستم، عقیده بر آن بود که استفاده روتین از اپیزیاتومی منافع متعددی برای مادر و نوزاد دارد از آن جمله می‌توان به پیشگیری از آسیب کف لگن، بی‌اختیاری ادرار، پارگی اسفنکترآنال، خونریزی داخل جمجمه‌ای نوزاد(۴) و پارگی‌های شدید پرینه (۶،۵،۳،۱) اشاره کرد، اما طی ۲۰ سال گذشته مقالات متعددی به چاپ رسیده که در آن استفاده انتخابی از اپیزیاتومی تاکید شده است(۷). این مقالات گزارش نمودند که برخلاف تصور، اپیزیاتومی روتین نه تنها از عوارض فوق جلوگیری نمی‌کند بلکه میزان پارگی‌های درجه ۳ و ۴، عفونت، خونریزی و درد را افزایش داده و تاثیر منفی بر عملکرد جنسی دارد(۱۰-۸،۱). هرچند که بدنبال انتشار این مقالات کاهش شیوع اپیزیاتومی در برخی مناطق گزارش شد به طور مثال در قارهٔ آمریکا که از ۶۱/۱ درصد در سال ۱۹۸۵ به ۳۹/۳ درصد در سال ۱۹۹۸ رسید(۱۱)، اما در برخی مناطق هنوز هم شیوع اپیزیاتومی بالاست از جمله در مطالعه آمریکای لاتین ۹۲ درصد(۱۲) و در مصر ۹۵ درصد(۱۳) زایمانهای اول با اپیزیاتومی انجام شده بود. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ در ساری انجام گرفت نیز با مقایسه شیوع کاربرد اپیزیاتومی در زنان زائویی که طبق سیاست بیمارستان تحت اپیزیاتومی روتین(رایج) قرارمی‌گرفتند و زنانی که در آنها براساس اندیکاسیونهای (مواردکاربرد) اپیزیاتومی از این روش استفاده می‌شد، فراوانی اپیزیاتومی در گروه اپیزیاتومی انتخابی ۷۱/۱ درصد و در گروه اپیزیاتومی رایج ۸۹/۵ درصد گزارش شد(۱۴).

بنابراین هرچند امروزه براساس شواهد، استفاده انتخابی از اپیزیاتومی توصیه می‌شود با این‌حال دربسیاری مراکز، اپیزیاتومی شایعترین روش در زایمان طبیعی است. محدودیت زمانی، نگرانی ازعملکرد نامطلوب، کمبود تجربه، پیروی از الگوی عملکرد مداخله‌ای(۱۵) و پیروی از سنت‌ها(۱۳) از جمله عواملی می‌باشند که عامل زایمان را تحت فشار می‌گذارند تا ازعمل‌کردن براساس شواهد خودداری نماید. برای تغییر عملکرد براساس راهکارهای مبتنی بر شواهد شناخت عوامل بازدارنده گامی اساسی است. از آنجائی که شیوع اپیزیاتومی روتین علی‌رغم توصیه‌های کتب و مقالات بالاست و تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام اپیزیاتومی در نهایت توسط عاملین زایمان صورت می‌گیرد، بنابراین عوامل بازدارنده بر عملکرد آنان تاثیرگذار است؛ لذا به‌منظور شناخت عوامل بازدارنده برای استفاده از اپیزیاتومی انتخابی بجای اپیزیاتومی روتین بررسی دیدگاه عوامل زایمان بسیار کمک‌کننده خواهد بود. به این منظور دیدگاه پزشکان و ماماها با انجام مصاحبه و به روش کیفی مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد آنالیز محتوا (Content analysis) انجام شد. در این مطالعه با تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، نکات مشترک، شناسایی، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. در این روش که اغلب در پژوهش کیفی استفاده می‌شود، پژوهشگر معنای خاص را در زمینه و مفهوم همهٔ داده‌ها را جستجو می‌کند. سپس الگو و ساختاری را که بتواند طبقات معنی‌دار و دارای مضامین را به هم ربط دهد، طراحی می‌کند(۱۷،۱۶). شرکت‌کنندگان از بین متخصصین زنان و مامایی، ماماهای شاغل و مربیان مامایی در بیمارستان امام خمینی(ره) ساری و رازی قائمشهر انتخاب شدند. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود که با توجه به اهداف پژوهش و با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ابتدا در مورد پژوهش اطلاعات کامل به افراد مورد نظر داده شد و پس از اخذ رضایت آنان، در مطالعه شرکت داده شدند. تعداد شرکت‌کنندگان براساس اشباع اطلاعاتی تعیین شد. در نهایت نظرات ۱۱ پزشک متخصص زنان و زایمان، شامل ۴ عضو هیئت علمی و ۷ عضو غیرهیئت علمی، ۱۰ ماما و ۳ مربی مامایی بررسی گردید.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار عمیق استفاده شد. مصاحبه شامل سوالاتی در مورد انجام روش اپیزیاتومی روتین یا انتخابی، علل استفاده از روش مورد نظر، آگاهی آنان در مورد توصیه‌هایی که در مقالات جدید آمده، علل استفاده گسترده از اپیزیاتومی در مراکز و موانع استفاده از نتایج تحقیقات استفاده بود.سوالات اولیه از طریق تجربه و نتایج مطالعات طرح گردید و سپس برحسب پاسخ شرکت‌کنندگان و براساس مصاحبه عمیق سوالات اضافه مطرح شد. نمونه‌هایی از سؤالات به شرح زیر است:

۱- نظر شما در مورد انجام اپیزیاتومی به صورت انتخابی یا روتین چیست؟

۲- چه عواملی باعث تشویق شما به انجام اپیزیاتومی می‌شود؟

۳- بنابر تجربه شما چه عواملی باز دارنده‌ای برای انجام اپیزیاتومی به روش انتخابی وجود دارند؟

هر مصاحبه به صورت چهره به چهره و انفرادی انجام شد. متوسط زمان مصاحبه ۱ ساعت بود. کلیه مصاحبه‌ها پس از ضبط روی کاغذ پیاده و همزمان کدکذاری گردید. سپس با آنالیز همزمان، مفاهیم و مضامین کلی تر استخراج شد. مقایسه مداوم سبب اطمینان از ثبات داخلی در روند کدگذاری شد. به منظور افزایش روایی و پایایی سه نفر از اعضای گروه بطور مستقل همه متون را کدگذاری و کدهای جدید را تعیین نمودند. سپس با همفکری یکدیگر کدهای نهایی مشخص شد و بعد از اتمام کار مجدداً درون مایه ها به شرکت‌کننده‌ها باز گردانیده شد و از صحت آنها اطمینان حاصل گردید. (member check) همچنین به جز نویسندگان نتایج مطالعه توسط سه نفر از اساتید دیگر که از دست‌اندرکاران امر زایمان بودند جهت بازبینی، ممیزی، انتقال پذیری و تائید پذیری داده ها، بررسی شد (External check) و از نظر اعتماد و اعتبار مورد تائید واقع گردید. محققین کوشیدند تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را به طور دقیق ثبت و گزارش نمایند تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای سایرین فراهم گردد.

یافته ها

در مجموع ۲۴ نفر در مطالعه شرکت کردند. این گروه شامل ۱۰ مامای لیسانس با محدوده سنی (۵۱-۲۵) و میانگین ۳۴/۳ سال و سابقه کار با محدوده (۲۹-۲) و میانگین ۱۴/۹ سال، ۱۱ پزشک متخصص زنان و زایمان با محدوده سنی (۵۳-۴۰) و میانگین ۴۴/۵ سال و سابقه کار با محدوده (۱۷-۹) و میانگین ۱۲/۵ سال و ۳ مربی مامایی بامحدوده سنی(۵۰-۴۲) ومیانگین ۴۵سال و سابقه کار با محدوده (۲۹-۱۸) و میانگین۲۱/۶ سال بودند.

اکثر شرکت کنندگان با انجام اپیزیاتومی روتین موافق نبودند و از توصیه‌هایی که در منابع و مقالات جدید آمده اظهار اطلاع نمودند. اما اذعان داشتند که به دلایل مختلف در اکثر بیماران از اپیزیاتومی استفاده می کنند. «... هرچند جدیداً در مورد استفاده از اپیزیاتومی چیزهایی گفته می‌شود و زیاد توصیه نمی‌کنند، اما عملاً در خیلی از بیماران مجبور می‌شویم استفاده کنیم ...» (شرکت کننده۲).

در مجموع در این تحقیق پنج درون مایه اصلی استخراج شد(جدول شماره ۱)، مفاهیم اصلی استخراج شده دربارهٔ عوامل تأثیرگذار بر استفاده از اپیزیاتومی روتین شامل: عامل زایمان، عوامل مادری، عامل جنینی، مشکلات قانونی و اجتناب از مؤاخذه شدن و نحوه اداره کردن زایمان بود. همچنین هر یک از این مفاهیم شامل زیر طبقاتی بود(جدول شماره ۱).

الف) عامل زایمان

مفاهیم جزیی که به عنوان زیر طبقه مفهوم کلی عامل زایمان پدیدار شدند شامل موارد زیر بودند:

۱- تجربه شخصی: اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که تشخیص عامل زایمان در مورد نیاز به انجام

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
www.SID.ir

اپیزیاتومی بر عوامل دیگر مقدم است و تکیه برتجارب فردی نقش مهمی در تصمیم گیری ایفا می‌کند. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره گفت: «بنظر من توجه به اندیکاسیونهایی که کتاب ارائه کرده زیاد مهم نیست. هروقت خودم حدس بزنم که پرینه ممکن است دچار پارگی شود، اپی می‌دهم .....، تجربه نشان می‌دهد برای بیمار اپی نیاز است یا نه»(شرکت کننده ۷).

۲- *سطح مهارت :* تعدادی از شرکت کنندگان معتقد بودند استفاده روتین یا انتخابی از اپیزیاتومی بستگی به مهارت عامل زایمان دارد از جمله یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «۵۰٪ ماماها ریتگن (Ritgen) را بلد نیستند و فقط پرینه را ساپورت (Support) می‌کنند، بنابراین برای جلوگیری از پارگی‌های وسیع و ناجور باید از اپیزیاتومی استفاده کنند» (شرکت کننده ۱۰).

شرکت‌کننده دیگری گفت: «...مهارت فرد مهم است. بهتراست مخصوصاً درجایی‌که رزیدنت و دانشجو هست، اپی داده شود تا از مشکلات بعدی جلوگیری شود» (شرکت کننده ۱۱).

۳- *کمبود نیروی انسانی:* کم بودن تعداد کارکنان و در نتیجه عجله جهت انجام زایمان و صرفه‌جویی در وقت از جمله علل استقبال از اپیزیاتومی ذکرشد:

«کم بودن تعداد پرسنل هم می‌تواند اثر داشته باشد. یک ماما باید بالای سر مریض باشد و آن را با آرامش کنترل کند، اما همان موقع باید حواسش به مریضهای دیگر هم باشد. پس سعی می‌کند زایمان را سریعتر انجام دهد و خوب اپی باعث کوتاه شدن مرحله دوم می‌شود.....» (شرکت کننده ۱۸).

۴- *خستگی و بی حوصلگی:* تعدادی از شرکت کنندگان بالا بودن فشار کار کارکنان را علت خستگی و بی حوصلگی عامل زایمان ذکر نمودند. آنها اشاره کردند که به همین علت عوامل زایمان به دنبال راههایی جهت تسریع زایمان هستند و حوصله فرصت دادن به بیمار جهت طی سیر طبیعی زایمان را ندارند. از جمله این اظهار نظر ها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

«به نظر من مهمترین دلیل استفاده زیاد از اپیزیاتومی بی‌حوصلگی و خستگی عامل زایمان است» (شرکت کننده ۱۲).

« معمولاً برای اینکه مریض زودتر زایمان کند، اپی می‌دهیم ..... مخصوصاً بر اساس طولانی شدن مرحله دوم، چون باعث می‌شود زایمان زودتر انجام شود. خوب هم ما کمتر معطل یک زایمان می‌شویم و هم مریض» (شرکت کننده ۱۵).

۵- *پایین بودن سطح آگاهی:* یکی دیگر از عواملی که به نظر می‌رسد در استفاده بی‌رویه از اپیزیاتومی تاثیرگذار باشد عدم توجه به عوارض آن یا کم اهمیت شمردن این عوارض است. به نظر گروهی از شرکت کنندگان مزایای اپیزیاتومی بر عوارض آن ارجح است. نمونه هایی از این اظهار نظرها در زیر آمده است:

« اپیزیاتومی‌عارضه مهمی برای بیمار ایجاد نمی‌کند

جدول شماره ۱: مفاهیم اصلی و فرعی عوامل تاثیر گذار بر استفاده از اپیزیاتومی روتین

مفاهیم (طبقه) اصلی	عامل زایمان	عامل مادری	عامل جنینی	مشکلات قانونی و اجتناب از مؤاخذه شدن	نحوه اداره کردن زایمان
مفاهیم(طبقه) فرعی	- تجربه شخصی - سطح مهارت - کمبود نیروی انسانی - خستگی و بی حوصلگی - پایین بودن سطح آگاهی - قدرت برقراری ارتباط بامادر - نقش عامل زایمان	- جلوگیری و کاهش آسیب های مادری - تفاوتهای آناتومیکی - فرهنگ - همکاری - بیماری ها	- جلوگیری و کاهش آسیب های جنینی - شرایط جنین	- شکایت بیمار از عامل زایمان - مؤاخذه شدن عامل زایمان توسط مقام ارشد	- دسترسی به تکنولوژی پیشرفته - بکارگیری روشهای جدید زایمان - آماده سازی مادران

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

پس بهتر است اپی بدهیم کلاً عوارض آن کم است و در عوض از پارگی جلوگیری می‌کند ....» (شرکت کننده ۴).

برخی از شرکت‌کنندگان نیز مزایایی را برای مطرح می‌کردند که مدارک و شواهد آنها را تایید نمی‌کند. همچنین عدم آگاهی از عوارض و معایب اپیزیاتومی سبب شده بود که برخی از افراد این عمل را بدون عارضه بدانند و در نتیجه برای استفاده از آن محدودیتی قائل نشوند:

«... معایبی هم ندارد، ما که کم می‌بینیم، اصلاً عوارضی نمی‌بینیم، دیگه چه پیش بیاد ۱۰۰ تا یکی ممکنه عارضه جزئی ایجادکند، اینجا که اینجوری است» (شرکت کننده ۲۰).

همچنین نقصان آموزش یا بی‌توجهی به آموزش از جمله علل استفاده بی رویه از اپیزیاتومی عنوان شد:

« ... شاید عامل زایمان از آنهایی باشد که در جریان مقالات و مطالعات نباشد و اطلاعاتی در این زمینه نداشته باشد که بخواهد بگوید ما تا جایی که بتوانیم اپی نمی‌دهیم. بعضی‌ها هم زیاد توجهی ندارند. ممکن است آموزش داشته باشند اما عمل نکنند» (شرکت کننده ۲۳).

۶- قدرت برقراری ارتباط با مادر: توانایی عامل زایمان در برقراری ارتباط مناسب با مادر و در نتیجه جلب همکاری او به عنوان یکی از عواملی نام برده شده که در کاهش استفاده از اپیزیاتومی می‌تواند مؤثر باشد. یکی از شرکت‌کنندگان گفت:« احساس می‌کنم وقتی با مریض ارتباط برقرار می‌کنم و همکاری می‌کند خیلی راحت و بدون مداخله یا اپی می‌توانم زایمانش را هم انجام دهم» (شرکت کننده ۲۰).

۷- نقش عامل زایمان: برخی از شرکت‌کنندگان مطرح نمودند برحسب اینکه عامل زایمان چه کسی باشد، میزان استفاده از اپیزیاتومی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد. برای مثال در مراکز آموزشی که عامل زایمان دانشجویان هستند و هدف یادگیری آنان است ممکن است تمایل به استفاده از اپیزیاتومی بیشتر باشد:

«خوب در اینجا مسائل دیگری هم مطرح است. معمولاً دانشجوها به خاطر یادگیری، بیشتر از اپیزیاتومی استقبال می‌کنند» (شرکت کننده ۱۰).

ب) عامل مادری

مفاهیمی که به عنوان زیر طبقه مفهوم کلی عامل مادری در نظر گرفته شدند، عبارت بودند از:

۱- جلوگیری و کاهش آسیب‌های مادری: تقریباً تمام شرکت‌کنندگان جلوگیری از پارگی دستگاه ژنیتال را مهمترین علت استفاده از اپیزیاتومی ذکر کردند. در واقع آنها بر این باور بودند که بیشترین مزیت اپیزیاتومی جلوگیری از پارگی نسوج مادری است که همین امر سبب ترغیب افراد به استفاده از این عمل و نادیده گرفتن توصیه‌های منابع می شود:

« بیشتر منابع آن را قبول ندارند، اما برای جلوگیری از پارگی نیاز است» (شرکت کننده ۱).

«هر چقدر هم که پرینه را کنترل کنیم، باز پارگی بدجور می دهد برای همین لازم است که اپی بدهیم» (شرکت کننده ۱۶).

تعدادی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که گرچه اپیزیاتومی نیز باعث برش نسوج مادر می‌شود، اما به علت شکل منظم و ترمیم راحت تر از پارگی قابل قبول تر است:

«اپی می‌تواند از پارگی جلوگیری کند. هر چند اپی باعث بریدن نسج مادر می‌شود، اما به هر حال بهتر از پارگی است ... دوختن آن راحت‌تر است و از طرف دیگر محل پارگی بخوبی مشخص نمی‌شود یعنی خیلی نامنظم است و شکل آناتومیکی را مثل اپی دوختن نمی‌توان حفظ کرد» (شرکت کننده ۲۱).

جلوگیری از عوارض دیگر مادری نیز توسط برخی از شرکت کنندگان از عوامل تمایل به انجام اپیزیاتومی ذکر شدند: « ..... حداقل فشارهایی که به مریض می‌آید کمتر می‌شود، زودتر هم زایمان می‌کند، از هموروئید و افتادگی بعدی جلوگیری می‌کند... » (شرکت‌کننده ۱۲).

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

۲- *تفاوتهای آناتومیکی:* گروهی از شرکت‌کنندگان به این مساله اشاره نمودند که به خاطر تفاوت در استخوان‌بندی، اندازه لگن و خصوصاً وضعیت مقاومت پرینه در زنان ایرانی با زنان دیگر نمی‌توان براساس شواهد و نتایجی که با مطالعه روی زنان جوامع دیگر بدست آمده عمل کرد و نمی‌توان همان معیارها را برای زنان ایرانی در نظر گرفت. حتی تفاوت‌های قومی در کشور نیز باعث تفاوت ساختار بدنی زنان در نواحی مختلف کشور می‌شود و باید برای هر فرد جداگانه تصمیم‌گیری نمود. نمونه‌ای از گفته یکی از شرکت کنندگان در این زمینه در زیر آمده است:

«... برای مریض‌های اینجا نمی‌شه اپی نداد، اپی می‌دهیم پارگی می‌دهد چه برسه که اپی هم ندهیم، اکثر مریض‌های اینجا پرینه کوتاه، سخت و مقاوم دارند که پارگی‌های بدی می‌دهد ... ؛ زن‌های اروپایی یا جاهای دیگر فرق می‌کنند، پرینه‌های بلند دارند و معمولاً لگن‌های خوب که خلاصه باعث میشه در آن‌ها پارگی‌های ناجور کمتر دیده بشه برای همین هم کتابها یا مقالات استفاده از اپیزیاتومی را توصیه نمی‌کنند». (شرکت کننده ۳).

در بین شرکت‌کنندگان، گروهی نیز اعتقاد داشتند که خصوصاً در وضعیت نامناسب لگن و پرینه زنان مازندرانی انجام اپیزیاتومی را ایجاب می‌کند. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «کلاً لگن مادر مهم است، مریض‌های مازندرانی لگن‌های خوبی ندارند، من چند بار امتحان کردم اما اصلاً بدون اپی بچه نمی‌آید. شاید در بعضی جاها لگن یا پرینه خوب باشد و بدون اپی بیاید ولی اینجا نه» (شرکت کننده ۱۹).

۳- *فرهنگ:* تاثیرعوامل فرهنگی نیز برتصمیم‌گیری عامل زایمان تاثیر دارند:

«اینجا وضعیت مریض و فرهنگ مریض خیلی نقش دارد، چرا، یک وقت خانمی هست که بهداشت را رعایت نمی‌کند و احتمال اینکه بخیه‌ها عفونی و باز بشه هست. ممکنه افرادی را داشته باشیم که در جاهایی زندگی کنند که دسترسی به خانه‌های بهداشت نداشته باشند و یا مراجعه نکنند و بگویند مگر مادران ما این چیزها را رعایت می‌کردند. بنابراین فرهنگ فرد خیلی تأثیر داره و در اینجور افراد سعی می‌کنیم اپی ندهیم» (شرکت کننده ۲۲).

۴- *بیماریها:* وجود برخی ازبیماریهای مادر به عنوان عامل موثر در تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام اپیزیاتومی نام برده شد: «اگر مریض HB_s Ag (آنتی ژن سطحی هپاتیتB) مثبت باشد سعی می‌کنیم اپی ندهیم... برای ایمن بودن خودمان حتی اگر از نظر پوشش کامل باشیم. اگر دیابت داشته باشد باز سعی می‌کنیم اپی ندهیم چون جوش خوردن زخم مشکل‌دار است. اما در بیماران قلبی که می‌خواهیم مرحله دوم کوتاه باشد اپی می‌دهیم ... » (شرکت‌کننده ۲۴).

۵- *همکاری:* بی‌حوصلگی و خستگی مادر که در نهایت باعث عدم همکاری او در مرحله دوم زایمان می‌شود از جمله عواملی است‌که به‌نظر شرکت‌کنندگان باعث لزوم استفاده از اپیزیاتومی برای خاتمه زایمان می‌شود: «به نظر من یکی دیگر از دلایل استفاده از اپیزیاتومی بی حوصلگی و خستگی بیمار است که باعث می‌شود مخصوصاً در مرحله دوم همکاری نکند، بنابراین برای انجام زایمان مجبور می‌شویم از راه‌هایی مثل اپیزیاتومی استفاده کنیم» (شرکت کننده ۱۲).

ج) عامل جنینی

مفاهیم جزیی که درطبقه عامل جنینی پدیدار شدند شامل موارد زیر بودند:

۱- *جلوگیری و کاهش آسیب‌های جنینی:* به عقیده بعضی از شرکت کنندگان اپیزیاتومی می‌تواند از برخی آسیب‌های جنینی پیشگیری نماید. بنابراین در مواردی که احتمال این آسیب‌ها وجود دارد باید از آن استفاده نمود:« برای جلوگیری از آسیب سر بچه در جنین‌های نارس و برای جلوگیری از پایین افتادن آپگار بچه اپی می‌تواند کمک کند» (شرکت کننده ۱۶).

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

«اگر سایز بچه ماکروزوم باشد طرفدار اپی هستیم، حتی اگر پرینه خوبی هم داشته باشد. یا بعضی وقتها که از واکیوم استفاده بشه لازم میشه حتماً اپی بدهیم. برای چند قلویی IUGR و بریچ هم حتماً لازم است ... » (شرکت کننده ۲۲).

د) مشکلات قانونی و اجتناب از مؤاخذه شدن

دراین گروه دو مفهوم جزئی‌تر پدیدار شدند شامل:

۱- شکایت بیمار از عامل زایمان: از دیدگاه برخی از شرکت کنندگان مساله شکایت بیمار و درگیری‌های قانونی از جمله عواملی است که باعث تمایل به استفاده بیشتر از اپیزیاتومی می‌گردد تا عامل زایمان خود را درگیر اینگونه مسائل احتمالی نکند:

«البته مسایل Legal هم مطرح است معمولاً همه سعی می‌کنند کاری انجام ندهند که بعد درگیر مسائل قانونی و شکایت بیمار شوند. چون مثلاً اگر پارگی‌های وسیع و بی‌اختیاری پیش بیاد، ممکنه بیمار شکایت کرده و جدا از ناراحتی‌ها و استرسهایی که ایجاد می‌شود وقت و زمان زیادی نیز برای این مساله تلف می‌شود و آدم از بقیه کارهایش باز می‌ماند» (شرکت کننده ۱).

۲- مؤاخذه شدن عامل زایمان توسط مقام ارشد: اجتناب از مؤاخذه شدن و پاسخگویی به مسئولین، به عنوان یکی دیگر از عواملی نام برده شد که علی‌رغم تمایل به عدم انجام اپیزیاتومی، باعث می‌شود عامل زایمان ترجیح دهد که در اغلب موارد از این روش استفاده‌کند. دو نمونه از اظهار نظرهای شرکت‌کنندگان عبارت بودند از:

« ... اگر دکتری می‌آمد و می دید برای مریضی اپی نداده ایم ما را مؤاخذه می‌کرد، چه برسه به اینکه مریض پارگی ناجور هم بدهد و مجبور شویم به دکتر خبر بدهیم» (شرکت کننده ۱۷).

ه) نحوه اداره کردن زایمان

سه مفهوم جزئی تر در این گروه پدیدار شدند:

۱- دسترسی به تکنولوژی پیشرفته: به نظر برخی شرکت‌کنندگان عدم استفاده از روشهای جدید کنترل مادر و جنین در طی زایمان باعث عدم اطمینان بخشی در مورد وضعیت این دو شده و در نتیجه در مواردی باعث عجله و اقدامات بی مورد مثل اپیزیاتومی برای انجام زایمان می شود.

یکی از شرکت‌کنندگان در این زمینه گفت: «مانیتورینگ در حین لیبر می‌تواند هرگونه فتال دیسترس یا انقباض ناجور را نشان دهد پس هم ممکن است از ابتدا تصمیم به سزارین گرفته شود و از معطل کردن بیمار و یا دادن اپی و بعد رفتن مریض به اتاق عمل جلوگیری شود و هم اگر مطمئن شویم وضع مادر و جنین خوب است، برای زایمان بیشتر وقت دهیم و از عجله کردن و اپی دادن برای زایمان جلوگیری کند» (شرکت کننده ۲۰).

۲- به کارگیری روشهای جدید زایمان : استفاده نکردن از روشهای جدید زایمانی نیز جزو عوامل موثر بر افزایش میزان اپیزیاتومی ذکر شد:

« در خارج، روشهای زایمانی مختلف مثل زایمان در آب استفاده می‌شود که خیلی در کاهش اپی و سیر طبیعی زایمان مؤثر است. همچنین پوزیشن‌هایی که برای زایمان به مریض می دهیم. در اینجا به طور روتین همه را لیتاتومی می‌خوابانند که در این حالت بیشترین احتمال پارگی پرینه هست، اما استفاده از وضعیت‌های دیگر احتمال پارگی و به تبع آن استفاده از اپیزیاتومی را کاهش می‌دهد» (شرکت کننده ۲۲).

۳- آماده سازی مادران: به نظر برخی شرکت کنندگان آماده سازی و آموزش مادران در دوران بارداری و هنگام زایمان نقش مهمی در کاهش اپیزیاتومی دارد، از جمله می‌توان به اظهار نظرهای زیر اشاره کرد:« آموزش خیلی تاثیر دارد.

حداقل ۵۰٪ مهم است ... آموزشهای حین زایمان می‌تواند موثر باشد. عوارضی مثل بی‌اختیاری‌های بعد از زایمان با اپی دادن هم ایجاد می‌شود. جلوگیری از این

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

عوارض راههای دیگری مثل آموزش ورزشهای بعد از زایمان را دارد، نه اپی دادن» (شرکت کننده ۲۰).

بحث

مطالعات حاکی از آنند که استفاده از اپیزیاتومی باید محدود باشد گرچه اعتقاد عمومی بر آن است که اپیزیاتومی دارای منافع متعددی است، اما مطالعات بسیاری، این موارد را تائید نمی‌کنند(۱۸). از طرفی برخی از عوارض به دنبال اپیزیاتومی افزایش می‌یابد(۱۹،۱۸). با وجود آنکه پس از انتشار مقالات و مطالعات جدید شیوع اپیزیاتومی در برخی کشورها در طی سالهای گذشته کاهش یافته است(۱۸،۱۱)، اما هنوز در برخی مناطق شاهد بالا بودن میزان استفاده از این روش هستیم (۱۳،۱۲).

مطالعه حاضر نشان داد که اکثرعوامل زایمانی از توصیه‌های جدید در مورد استفاده از اپیزیاتومی انتخابی آگاهی دارند و با اینکه موافق انجام اپیزیاتومی به شکل روتین نیستند، اما عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ای را در استفاده از این روش موثر می‌دانند. نتایج حاکی از آن بود که اغلب شرکت‌کنندگان تجربه فردی خود در مورد نیاز به انجام اپیزیاتومی را بر عوامل دیگر ارجح می‌دانند و به آن عمل می‌کنند. در مرور مطالعات موجود در مدلاین از ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۵ نیز مشخص شد که استفاده آزادانه از اپیزیاتومی مزیتی بر استفاده محدود از این روش مزیتی ندارد و بهتر است براساس ارزیابی عامل زایمان انجام شود(۲۰). اما توجه به مواردی که عامل زایمان اپیزیاتومی را بر اساس تجارب خود انجام می‌دهد نیز مهم است. یکی از مضامین استخراج شده در این رابطه جلوگیری از آسیبهای مادری خصوصا پارگی نسوج مادر بود. طبق گفته اکثر شرکت کنندگان هرگاه براساس تجارب آنان احتمال پارگی دستگاه ژنیتال زیاد باشد از اپیزیاتومی استفاده می‌کنند. درحالی که مقالات تحقیقی نه تنها اپیزیاتومی را در تمام موارد تضمین کننده جلوگیری از پارگی‌ها نمی‌دانند بلکه آن را مستعدکننده پارگی‌های درجه ۳ و۴ می دانند(۱۰،۹). در میان ماماها دو نفر از توصیه‌ها و دستورالعمل‌های جدید در مورد انجام اپیزیاتومی اطلاع کافی نداشتند. یکی از آنها در این باره گفت:

« راستش زیاد در این مورد چیزی نشنیدم، اما فکر کنم برای جلوگیری از بعضی عوارض، بهتره که اپی داده شود» (شرکت کننده ۱۶).Belizan و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی دست اندرکاران مامایی به عوامل تسهیل کننده و بازدارنده در استفاده از اطلاعات مبتنی بر شواهد در مراقبت از پرینه دست یافتند و تاکید کردند یکی از عوامل بازدارنده تغییر عملکرد، محدودیت دسترسی به یافته‌های جدید علمی است(۲۱). اخیراً بررسی گروهی از متخصصین زنان زایمان در برزیل نیز نشان داد که میزان آگاهی و استفاده از دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد پایین است و این مشکل در افرادی که در کنفرانسها شرکت نمی کنند، بیشتر است. آنها نقصان آموزش مداوم پزشکی را از عوامل مؤثر در این زمینه دانستند(۲۲). در مطالعه Lowenstein و همکاران نیز مشخص شد که آموزش بر نگرش عوامل زایمان تاثیر داشته و میزان اپیزیاتومی به طور معنی‌داری به دنبال آموزش کاهش می‌یابد(۲۳). بنابراین همانگونه که پایین بودن سطح آگاهی بعنوان یکی دیگر از مفاهیم استخراج شده، نشانگر تاثیر این عامل بر استفاده بیمورد از اپیزیاتومی بود، بنظر میرسد افزایش آگاهی عاملین زایمان از نتایج آخرین تحقیقات می تواند در کنار تجارب آنها در تصمیم گیری مناسب مؤثر باشد.در این راستا افزایش آگاهی دست اندرکاران از طریق برگزاری دوره‌های آموزش مداوم، برگزاری کنفرانس و انجام طرحهای پژوهشی در زمینه مراقبت از پرینه در هنگام زایمان، می‌تواند نقش مهمی در تغییر عملکرد داشته باشد.

بعلاوه تغییر نگرش نیز بسیار مهم است. یکی از شرکت‌کنندگان اشاره داشت به اینکه افرادی که سابقه طولانی‌تر دارند و به اصطلاح قدیمی‌تر هستند، معمولاً

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

روش‌های جدید را نمی‌پذیرند و به تغییر عملکرد اعتراض می‌کنند. در مطالعه Belizan نیز مشاهده شد بعضی پزشکان مسن‌تر و با سابقه کار بیشتر، اطلاعات و توصیه‌های علمی جدید را بی ارزش دانسته یا آن را با وضعیت بیمارستان مطابق نمی‌دانستند(۲۱). در مطالعه‌ای که در مصر انجام شده بود نیز شیوع اپیزیاتومی بسیار بالا (۹۵ درصد) و شایعترین انگیزه استفاده از آن پیروی از سنت ها گزارش شده بود(۱۳). مطالعه Klein و همکاران نشان داد عقیده عامل زایمان در مورد اپیزیاتومی، علاوه بر شیوع این عمل، بر پیامد آن نیز تأثیر می‌گذارد؛ بطوریکه میزان تروما و پارگی پرینه در زایمانهایی که توسط پزشکان مخالف با اپیزیاتومی انجام شد کمتر از زایمانهایی بود که توسط پزشکان با نگرش مثبت به این عمل صورت گرفته بود(۲۴). لذا کوشش برای تغییر تمایل عوامل زایمان در جهت استفاده محدود از اپیزیاتومی توصیه می‌شود. البته در همه جا تغییر باورها و عملکردهای رایج مشکل می‌باشد و باید از طرق مختلف و با برنامه‌ریزی دقیق، به تغییر نگرش‌ها پرداخت.

مهارت عامل زایمان در کنترل پرینه و انجام صحیح مانور ریتگن از جمله عوامل تاثیرگذار بر انجام اپیزیاتومی ذکر شد. از نظر یکی از شرکت‌کنندگان داشتن مهارت، این اطمینان را به فرد می‌دهد که حتی اگر از اپیزیاتومی استفاده نکند در صورت ایجاد پارگی قادر خواهد بود آن را به خوبی ترمیم نماید.

«تبحر عامل زایمان در ترمیم پارگی‌های نامنظم خیلی نقش دارد. پس هر کس تبحرش کمتر است سعی می‌کند اپی بدهد» (شرکت کننده ۲۳).

مطالعه‌ای که توسط Low و همکاران صورت گرفت نیز نشان داد که میزان سالم بودن پرینه بیمار در غیاب اپیزیاتومی در پزشکانی که معمولاً از این روش کمتر استفاده می‌کنند، بیشتر از پزشکانی است که اغلب از اپیزیاتومی استفاده می‌نمایند. در گروه دوم حتی با وجود انجام اپیزیاتومی نیز پارگی پرینه بیشتر رخ داده بود. این امر می‌تواند نشانگر مهارت پزشکان گروه اول در کنترل پرینه و در نتیجه تمایل کمتر آنها به انجام اپیزیاتومی باشد(۱۹). در مقاله Belizan نیز تصریح شد که مهارتهای شخصی، در پذیرش عملکرد جدید موثر هستند. ممکن است روش جدیدی مانند اپیزیاتومی انتخابی به این علت که فرد احساس می‌کند با روشهای آشناتر راحت‌تر است و مهارت لازم برای عملکرد جدید ندارد، رد شود(۲۱). Eason نیز در مطالعه خود کمبود تجربه در کنترل پرینه را از عوامل باز دارنده جهت عمل کردن بر اساس شواهد ذکر نمود(۱۵). بنابراین یکی از عوامل موثر بر استفاده از اپیزیاتومی انتخابی افزایش مهارت عوامل زایمان در کنترل پرینه و خصوصاً انجام مانور ریتگن می‌باشد که هم پزشکان و هم مربیان مامایی تاثیر این امر در کاهش استفاده از اپیزیاتومی را مورد تاکید قرار دادند.

همانگونه که در این مطالعه کمبود نیروی انسانی و در نتیجه صرفه‌جویی در وقت و ترس از آسیب جنین یا مادر به علت طولانی شدن مرحله دوم بعنوان عوامل بازدارنده استفاده از اپیزیاتومی انتخابی نام برده شدند، Eason و Feldman نیز این عوامل را در استفاده از مداخلاتی مانند اپیزیاتومی موثر دانستند(۱۵). البته آنان در مقاله خود تاکید داشتند که باید از این عقیده مرسوم که «طولانی شدن مرحله دوم و کشش پرینه مضر است» صرف‌نظر نمائیم(۱۵). در تحقیق Belizan نیز کمبود نیروی انسانی و محدودیت زمان از جمله عوامل محدود کننده سازگاری با عملکرد جدید بود(۲۱). بنابراین تامین نیروی کار کافی در کنار آموزش روشهای نوین کنترل بیمار در مرحله دوم زایمان می‌تواند از عوامل تسهیل کننده اپیزیاتومی انتخابی باشد.

نقش عامل زایمان بعنوان یک پزشک، مامای، دانشجو، مربی و ... نیز از جمله عواملی است که بر عملکرد فرد اثر می گذارد. در کل مشاهده شد که تمایل به انجام اپیزیاتومی در بین ماماها نسبت به پزشکان کمتر است، اما به خاطر اینکه معمولاً استقلال عمل کمتری دارند و مجبورند از روتین بیمارستان تبعیت

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
www.SID.ir

کنند یا جوابگوی پزشکان باشند، مجبور به استفاده از اپیزیاتومی می‌شوند. یکی از ماماها در این زمینه گفت:

« روتین بیمارستان هم مهمه، اگر بخواهیم طبق روتین عمل نکنیم و مشکل پیش بیاد، آنوقت باید جوابگو باشیم»(شرکت کننده ۲۱).

در مطالعه Hueston نیز مشاهده شد که معمولاً پزشکان متخصص از اپیزیاتومی بیشتر استفاده می‌کنند(۲۵). Belizan و همکاران نیز گزارش کردند که ماماها بر خلاف پزشکان بیشتر مایلند تا حد امکان زایمان، روند طبیعی خود را طی کند، بنابراین تمایل کمتری به مداخله از جمله انجام اپیزیاتومی دارند(۲۱). نگرانی از عملکرد نامطلوب، ترس از قضاوت منفی همکاران و مؤاخذه شدن از طرف پزشکان از جمله عواملی هستند که در مطالعات دیگر به عنوان عوامل فشار عامل زایمان ذکر شده و مانع از عمل کردن بر اساس شواهد می‌شود(۲۱،۱۵). در بررسی دیدگاه عوامل زایمان در بیمارستان‌های آمریکای لاتین مشاهده شد که روابط اجتماعی بین کارکنان انگیزه آنان را در نوع عملکرد تحت تاثیر قرار می‌دهد. مثلاً ماماها نگران عصبانی شدن پزشکان به دلیل پارگی وسیع بدنبال ندادن اپیزیاتومی بودند(۲۱). در مطالعه فعلی نیز ترس از مؤاخذه شدن ماما از طرف پزشک یکی از علل بازدارنده برای انجام اپیزیاتومی انتخابی بود.

اظهارات برخی از شرکت کنندگان حاکی از آن بود که ماماها به علت عدم استقلال عمل و دانشجویان به علت اینکه تحت تعلیم هستند، طبق نظر همکار ارشد یا استاد و مربی از اپیزیاتومی استفاده می‌نمایند. از آنجاکه برخی از پزشکان نسبت به مهارت ماماها در کنترل پرینه و انجام مانور ریتگن اطمینان نداشتند، بنابراین بنظر می‌رسد افزایش مهارت‌ها در این زمینه می‌تواند مشکل را برطرف سازد. از طرفی در آموزش دانشجویان نیز به جای تاکید بیشتر بر آموزش روش‌های مداخله‌ای تهاجمی مانند اپیزیاتومی، به آموزش و افزایش مهارت در زمینه روش‌های غیر تهاجمی از جمله کنترل مناسب پرینه پرداخته شود. همچنین تمایل دانشجویان به استفاده از طب مبتنی بر شواهد، سوق داده شود. Belizan و همکاران در مقاله خود به این مطلب اشاره داشتند که در بیمارستان‌های آموزشی، متخصصین دائماً در حال مطالعه هستند و دسترسی بیشتری به اطلاعات به روز دارند و می‌توانند نگرش رزیدنت‌ها را در مورد مطالب علمی جدید تحت تاثیر قرار دهند. در این بررسی شرکت‌کنندگان گفته بودند که نگرش آنان درباره تغییر عملکرد در دانشکده پزشکی شکل گرفته و آموزش بسیاری از آنها بدینگونه نبوده که علم پزشکی را بصورت دینامیک یا کسب مهارت براساس مقالات تحقیقی بنگرند(۲۱).

البته همانگونه که در این مطالعه نیز مشخص شد تفاوتهای آناتومیکی و نژادی بیماران یکی از علل مقاومت در برابر بکار بردن عملکردهای جدید می‌باشد. از نظر تعدادی از شرکت‌کنندگان بکار بردن نتایج مطالعات انجام شده روی جوامع دیگر در مورد اپیزیاتومی در کشور ما با مشکلاتی همراه است، چون زنان ایرانی از نظر ساختار آناتومیکی دستگاه ژنیتال و لگن با زنان دیگر متفاوت هستند. بنابراین انجام تحقیق در این زمینه در زنان ایرانی و حتی اقوام مختلف و اعلام نتایج آن به دست اندرکاران مامایی می‌تواند باعث تسهیل استفاده ازعملکرد جدید باشد. Belizan نیز نتیجه گرفت شواهد علمی معمولاً به تنهایی برای متقاعدکردن پزشکان به تغییر عملکرد کافی نیست و اگر بیماران بررسی شده، مشابه با بیماران آنها باشند مطالعات، بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد(۲۱).

نقش عوامل فرهنگی را نیز نباید نادیده گرفت. همانگونه که شرکت کنندگان در این مطالعه مسائل فرهنگی و باورهای زنان را حائز اهمیت شمردند، مطالعه ای در برزیل نیز نشان داد که برخی عملکردهای رایج اما غیر ضروری در مراکز درمانی، زایمان را برای زنان مشکل می‌سازد. بیشتر زنان به علت مطابقت این روش‌ها با باورهای فرهنگی آنان این شرایط را می‌پذیرند(۲۶). از

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

نظر بیماران و دست اندرکاران پزشکی این روش‌ها با یک سری معانی و ارزشهای خاص فرهنگی گره خورده است. بنابراین همانگونه که این محققین توصیه نموده‌اند سیاستگذاران بهداشتی برای بهبود شرایط مراقبتی باید از اعتقادات فرهنگی هر گروه اطلاع داشته باشند(۲۶). مقالات دیگر نیز تاکیدکرده‌اند که استراتژی‌های مداخله‌ای باید متناسب با فرهنگ باشد(۲۱).

در این مطالعه عدم استفاده از تکنولوژی در امر زایمان عامل تسریع‌کننده انجام مداخلاتی مثل اپیزیاتومی ذکرشد. هرچند درمطالعه Diniz و Chacham افزایش سریع استفاده از این روشها منجر به مداخلات بعضاً خطرناک، غیر لازم و ناکافی شده است(۲۷). بنظر می‌رسد استفاده از این روش‌ها به‌صورت یک شمشیر دو لبه عمل می‌کند. از یک طرف ممکن است مداخلاتی مثل سزارین را افزایش دهد، از طرف دیگر با کاهش مداخلاتی مثل اپیزیاتومی همراه باشد، بهرحال باید منافع آنها در برابر مضارشان سنجیده شود. براساس نتایج به نظر می‌رسد به کارگیری روش‌های جدید زایمانی مثل زایمان در آب نیز از جمله موارد تسهیل کننده استفاده از اپیزیاتومی انتخابی می‌باشد.

آماده‌سازی مادر نیز از جنبه‌های مهمی بود که در این مطالعه تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره گفت: «خیلی مهم است که مریض قبول کند که بالاخره باید خودش این بچه را بدنیا بیاورد. اگر واقعاً بداند که می‌شود زایمان طبیعی انجام دهد و اگر واقعاً بخواهد، خیلی مؤثر است» (شرکت کننده ۲۴).

بنابراین آموزش مادر می‌تواند در جلب همکاری او به عنوان یک عامل مهم بسیار کمک کننده باشد. این آموزشها سبب می‌شود که مادر زایمان را به چشم یک روند غیر طبیعی و نیازمند مداخله نبیند و بپذیرد که می‌تواند زایمان را بدون مداخلات اضافه از جمله اپیزیاتومی انجام دهد. آماده سازی مادر در طی بارداری و هنگام زایمان از نظر روحی، روانی با همکاری بیشتر او خصوصاً در مرحله دوم زایمان همراه خواهد بود. همچنین همانگونه که یکی از شرکت کنندگان اشاره کرد آموزش روش‌های ریلاکسیشن و ورزش می‌تواند مفید باشد.

گرچه اطلاعات جدید در مجلات و اینترنت قابل دسترسی هستند، اما اغلب به‌کار نمی‌روند. تغییر عملکرد امری راحت و سریع نیست. یافته‌ها نشان می‌دهند که گاه در برابر بعضی توصیه‌های مفید عملکردی، نگرش منفی وجود دارد و در مقابل درباره برخی عملکردهای مضر یا غیر مؤثر، نگرش مثبت وجود دارد.نتایج این مطالعه حاکی از آن است که گرچه امروزه طبق شواهد، استفاده از اپیزیاتومی روتین توصیه نمی‌شود، اما از دیدگاه اکثر عوامل زایمان بعلت عوامل بازدارنده متعدد، انجام اپیزیاتومی روتین اغلب لازم است. بنظر می‌رسد چنین دیدگاهی باعث افزایش تعداد موارد اپیزیاتومی در مراکز درمانی گشته است. همانگونه که در سراسر دنیا مداخلاتی برای ارتقای آموزش و تعلیم در زمینه طب مبتنی بر شواهد مورد نیاز است در کشور ما نیز بمنظور پیشرفت سلامت زنان مداخلاتی در این زمینه لازم است. برنامه ریزی براساس مفاهیم استخراج شده در این مطالعه جهت تصحیح عملکرد دست اندرکاران مامایی در انجام اپیزیاتومی می‌تواند مفید واقع شود. در این راستا افزایش آگاهی و اطلاعات به روز از طریق تامین مجلات و کتابهای مرجع در کتابخانه بیمارستانها، برگزاری کنفرانس و گردهمایی های تخصصی، انتشار خبرنامه انجمن‌های تخصصی، چاپ دستورالعمل‌ها و نصب پوستر در بخشها، اجرای برنامه آموزش مداوم، آموزش و به کارگیری روش های جدید زایمان، آماده‌سازی مادران در طی بارداری، تأمین نیروی انسانی کافی، بازنگری در آموزش دانشجویان و انجام مطالعات روی زنان ایرانی پیشنهاد می‌شود.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

References

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV, et al. Williams obstetrics. 22th ed. Stamford, Appleton & Lange, 2005. p 342-345.
2. Hordens K. Episiotomy and appeal for a more restricted use. Tidsskr Nor. Jaegeforen 1994; 114(30): 3641-3642.
3. McGuinness M, Nork K, Nacion K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. J Nurse Midwifery 1991; 36(3): 192-198.
4. Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. Obstet Gynecol 2002; 99(3): 395-400.
5. Mafer JS, Maloni JA. Nurse advocacy for selective versus routine episiotomy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse 1997; 26(2): 155-161.
6. Woolleg RJ. Benefits and risk of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part I. Obstet Gynecol Surv 1995; 50(11): 806-820.
7. Carroli G, Belizen J. Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Library 2000; 1: 1-9.
8. Wooleg RJ. Benefits and risk of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part I and II. Obstet Gynecol Surv 1995; 50: 806-835.
9. Fatton B, Jacquetin B. Pelvic and perineal sequele of delivery. Rev Pra 1999; 49(2): 160-166.
10. Golden WE, Sanchez H. The relation ship of episiotomy to third and fourth degree lacerations. J Ark Med Soc 1995; 92(9): 447-448.
11. Curtin Sc, Martin JA. Preliminary data for 1999. National vital statistics reports 2000; 48(14): 1-20.
12. Argentine Episiotomy Trial collaborative Group. Routine VS. Selective episiotomy: Arandomized controlled trial. Lancet 1993; : 1517-1518.
13. Al-Hussaini TK. Female Genital Cutting: types, Motives and perineal damage in laboring Egytion women. Med Princ Pract 2003; 12(2): 123-128.
14. Khani S, Taringo F, Shaabankhani B. Episiotomy: preventor of severe genital tract trauma or its risk factor? Modares Med Sci J 1380; 4(1): 9-16.
15. Eason E, Feldman P. Much do about a little cut: Is episiotomy worthwhile? Obstst Gynecol 2000; 95(4): 616-618.
16. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a trainly Module for students and professionals. Alberta, International Jnstitue for aculitative methodology 2001; .
17. Polit DF, Beek CT. Essentials of Nursing Research: Method, appraisal and utilization 6th ed. Philadelphia: Lippincott co; 2005. p 404.
18. Haadem K. Review of the literature on advantages and disadvantages: episiotomy only limited protection against tupture-time for revision? Lakartidningen 1998; 30, 25(40): 4354-4358.
19. Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakleg D. Clinician-Specific episiotomy rates: impact on perineal out comes. J Midwifery Women Health 2000; 45(2): 87-93.
20. Rirthmuller D, Courtois L, Maillet Routine versus selective episiotomu. J Genecol Obsetet Biol Reprod 2006; 35(1 suppl): 1532-1539.
21. Belizam M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M and et al. Facilitatirs and barriers to adoption of evidence-Based perinatal care in Latin in American hospitals: a qualitative study. Health Edu Res 2007; 22(6): 839-853.
22. Sass N, torloni MR, Soares BG, Atallah AN. Continuing medical education in Brazil: what about obstetricians and gynecologists? So a Paulo Med J 2005; 2,123(1): 5-10.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

23. Lowenstein L, Drugan A, Gonen R, Itskoritz-Eldor J, Bardicef M, Jakobi P. Episiotomy: Beliefs, Practice and the impact of educational intervention. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 1,123(2): 179-182.
24. Klein MC, Kaczorowski J, Robbins JM, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Joshi AK. Physician's beliefs and behavior during a randomized controlled trial of episiotomy: Consequences for women in their care. CMAJ 1995; 153(6): 783-786.
25. Hueston WY, Rudy M. Differences in labor and delivery experience in family physician and obstetrician supervised teaching services. Fam Med 1995; 27(3): 182-187.
26. MC Callum C, Dosreis Ap. User's and provider's perspectives on rechnological procedures for normal child birth in a public maternity hospital in Salvador. Brazil Salud Publica Mex 2008; 50: 40-48.
27. Diniz SG, Chacham AS. The cut above and the cut below: the abuse of ceasareans and episiotomy in Saopaulo, Brazil. Reprod Health Matters 2004; 12(23): 100-110.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir