

فراوانی اپی زیوتومی و عوامل مرتبط با آن

* صغری خانی^۱ کبری زارع^۲ سیده عفت رمضان نژاد^۳

چکیده

زمینه و هدف: علی رغم اینکه انجام روتین اپی زیوتومی بیش از یک دهه است که در کتاب های تخصصی مامایی زیر سوال می باشد؛ هنوز این روش در کشور ایران به صورت روتین انجام می شود. این امر علاوه بر افزایش هزینه های درمانی موجب افزایش بار کاری پرستاری و مامایی می شود. این پژوهش به منظور تعیین فراوانی اپی زیوتومی و عوامل مرتبط با آن در یکی از زایشگاه های شهر ساری انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۹۱۵ نفر از زنان پذیرش شده در زایشگاه بیمارستان امام خمینی ساری در طول سال ۱۳۸۸ با روش سرشماری شرکت کردند. جهت جمع آوری داده ها از یک فرم اطلاعاتی که شامل سه بخش بود، استفاده شد. در بخش اول مشخصات فردی نمونه ها، در بخش دوم مشخصات مامایی و عوامل احتمالی مرتبط با اپی زیوتومی و در بخش سوم روش زایمان (با یا بدون اپی زیوتومی) ثبت شد. داده ها با آمار توصیفی، و آزمون های آماری مربع کای، و Mantel-Haenszel با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که در ۸۱۲ مورد (۸۸٪) اپی زیوتومی انجام شده است. انجام این روش با سن مادر ($P=0/023$)، تعداد زایمان ($P=0/01$)، آپگار دقیقه اول ($P=0/003$)، آپگار دقیقه پنجم ($P=0/001$) و وزن هنگام تولد ($P=0/000$) ارتباط معنی دار آماری داشت. انجام روش با مرحله دوم طولانی، استفاده از فورسپس و واکيوم، دور سر نوزاد، میزان تحصیلات و محل سکونت مادر رابطه نداشت.

نتیجه گیری کلی: با توجه به اینکه اپی زیوتومی در برخی مراکز به صورت روتین انجام می شود، لذا به منظور اداره فیزیولوژیک زایمان، مطلوب بودن تجربه زایمانی، کاهش عوارض و مرگ و میر و کاهش بار کاری پرستار و ماما پیشنهاد می شود انجام اپی زیوتومی صرفاً بر اساس اندیکاسیون صورت گیرد.

کلید واژه ها: زایمان، اپی زیوتومی، روتین، اندیکاسیون

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۱۸

^۱ استادیار گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی نسیبیه ساری، مازندران، ایران و دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه تربیت مدرس

(*مؤلف مسئول) شماره تماس: ۰۱۵۱-۲۲۶۸۹۱۸ Email: skhani@mazums.ac.ir

^۲ کارشناس مامایی بیمارستان امام خمینی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران

^۳ کارشناس پرستاری - مرکز بهداشت قائمشهر، مازندران، ایران

مقدمه

اپی زیوتومی یکی از شایع ترین اعمال جراحی است که در زنان انجام می شود^(۱). این برش با هدف افزایش اندازه فضای بافت نرم خروجی لگن، جلوگیری از پارگی ها، آسانتر کردن زایمان و کاهش زمان خروج جنین انجام می شود^(۱-۳). شیوع اپی زیوتومی در ایالات متحده تقریباً ۴۰ درصد زایمان های طبیعی بوده^(۴)، و در امریکای لاتین بیشترین شیوع گزارش شده است^(۵). ولی در اروپا شیوع اپی زیوتومی بسیار کم می باشد^(۶-۸). در ایران اطلاعات دقیقی در این زمینه در دست نیست. شیوع اپی زیوتومی در مازندران (شهر ساری) در سال ۱۳۸۰، ۸۹/۵ درصد گزارش شده است^(۹).

تصمیم برای انجام اپی زیوتومی به شدت تحت تاثیر نوع عامل زایمان قرار دارد. به عنوان مثال در بخش خصوصی و یا مراکز آموزشی بیشتر ولی در شیفت شب کمتر اپی زیاتومی انجام می گیرد^(۱۰-۱۳). سایر عواملی که بر روی تصمیم گیری برای اجرای آن نقش به سزایی دارد: وضعیت مادر، پاریتی و استفاده از بیحسی اپیدورال می باشد. وضعیت های خوابیده به پهلو و ایستاده (Upright) مادر در هنگام زایمان نسبت به وضعیت های خوابیده به پشت یا لیتوتومی با اپی زیوتومی کمتری همراه هستند^(۱۴-۱۵) در حالی که بیحسی اپیدورال و نولی پاریتی ممکن است شیوع آن را افزایش دهند^(۱۰-۱۶). اپی زیوتومی با زایمان های ابزاری نسبت به زایمان طبیعی همراهی بیشتری دارد (۷۱ درصد در مقابل ۳۳ درصد)^(۲).

از سوی دیگر در کتب و مطالعات بسیاری، اکثر مزایا و اهدافی که از انجام اپی زیوتومی انتظار می رود؛ از قبیل: پیشگیری از پارگی های وسیع دستگاه ژنیتال، جلوگیری از شل شدگی های لگنی، ترمیم آسانتر و بهبود زخم بهتر، جلوگیری از صدمه به نوزاد مثل آسیب مغزی به نوزادان نارس یا دیستوشی شانه در نوزادان ماکروزوم، زیر سوال است^(۱۷-۲۱،۲۹). به همین دلیل بیش از یک دهه است که توصیه می شود اپی زیوتومی به صورت روتین انجام نشود^(۲). بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی برخی از

فرآیندهایی که در ایران به طور رایج انجام می شوند مطابق استانداردهای مراقبت مامایی نبوده و باید فوراً در تمامی بیمارستانهای کاهش یابند از قبیل: وضعیت خوابیده به پشت در حین لیبر و وضعیت لیتوتومی به هنگام زایمان، استفاده از مانور والسالوا در مرحله دوم لیبر و استفاده روتین از اپی زیوتومی^(۲۲). در مطالعه انجام شده در سال ۱۳۸۰ در شهر ساری مشخص شد که اکثریت زایمان ها با اپی زیوتومی همراه می باشند^(۹). در یک پژوهش کیفی نیز که به منظور تبیین تجارب عوامل زایمان در مورد اپی زیوتومی روتین انجام شد، مشخص گردید بیشترین دلیل اقدام به انجام اپی زیوتومی، تجربه فردی عامل زایمان در مورد نیاز به اپی زیوتومی بوده است^(۲۳). لذا با توجه به اینکه انجام روتین اپی زیوتومی به وضوح زیر سؤال می باشد. این پژوهش به منظور تعیین فراوانی اپی زیوتومی و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان امام خمینی ساری انجام شد تا مشخص شود با گذشت بیش از یک دهه زیر سوال رفتن کلیه مزایایی که به اپی زیاتومی نسبت داده می شود و نیز رد استفاده روتین آن از سوی سازمان بهداشت جهانی و کتب تخصصی مامایی، آیا تغییری در سیاست های در حال اجرا برای کاهش این پروسیژر حاصل شده است یا خیر.

روش بررسی

جامعه پژوهش در این مطالعه، کلیه زنان باردار پذیرش شده در زایشگاه بیمارستان امام خمینی ساری بود. این پژوهش به روش توصیفی مقطعی بر روی ۹۱۵ نفر از خانم های پذیرش شده در زایشگاه بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۸۸ که به روش سرشماری وارد پژوهش شدند، انجام شد. در این پژوهش اطلاعات مربوط به خانم هایی که زایمان طبیعی داشتند، پس از کسب رضایت شفاهی از آنان، در یک فرم اطلاعاتی وارد شد. این فرم شامل ۳ بخش بود: بخش اول مربوط به ثبت مشخصات فردی، بخش دوم جهت ثبت عوامل مامایی مرتبط با اپی زیوتومی از قبیل: وضعیت سر جنین به

تولد در ۷۸۶ مورد (۸۵/۸ درصد) بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم و در ۱۰۱ مورد (۱۱ درصد) کمتر از ۲۵۰۰ گرم و در ۲۵ مورد (۲/۷ درصد) بیشتر از ۴۰۰۰ گرم بوده است (۳ Missing). آپگار در دقیقه اول ۳-۰ در ۱۰ مورد (۱/۱ درصد)، آپگار ۷-۴ در ۳۵ مورد (۳/۸ درصد) و آپگار بالاتر از ۷ در ۸۷۰ مورد (۹۵ درصد) بوده است. آپگار دقیقه پنجم در ۹ مورد (۱ درصد)، ۴-۰ در ۷ مورد (۸/۰ درصد)، ۷-۴ و در ۸۹۹ مورد (۹۸/۱ درصد) بالاتر از ۷ بوده است. دور سر نوزادان در اکثریت موارد (تعداد ۸۹۳، ۹۷/۵ درصد) بین ۳۲-۳۸ سانتی متر و در ۲ مورد (۲/۰ درصد) بیشتر از ۳۸ سانتی متر و در ۱۹ مورد (۲/۱ درصد) کمتر از ۳۲ سانتی متر بوده است (۱ مورد missing)(جدول ۲).

هنگام زایمان، وزن نوزاد، پاریتی، استفاده از ابزار جهت زایمان (فورسپس و واکيوم)، استفاده از اکسی توسین و طول مرحله دوم زایمان و بخش سوم نیز مربوط به نوع روش زایمان (با اپی زیوتومی یا بدون اپی زیوتومی و نیز در صورت بروز پارگی دستگاه ژنیتال، ثبت درجه پارگی) بود. مامای کشیک از زمان پذیرش زائو در زایشگاه، فرم مذکور را شروع به تکمیل می کرد تا پایان مرحله سوم زایمان. کلیه اطلاعات از طریق مشاهده، پرسش از زائو و پرونده بیمارستانی کسب شد. جهت تعیین روایی فرم اطلاعاتی از روش روایی محتوا (نظر سنجی از ۱۰ نفر متخصص) و پایایی آن با استفاده از مقایسه اطلاعات ثبت شده در فرم های مربوط به ۲۰ زائو با اطلاعات ثبت شده در دفاتر رسمی ثبت اطلاعات زایشگاه تعیین شد، تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ به وسیله آمار توصیفی (فراوانی و میانگین) جهت توصیف داده ها و آمار استنباطی - (Mantel χ^2 , Haenszel انجام شد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه ها در دو گروه اپی زیوتومی شده و اپی زیوتومی نشده بر حسب مشخصات فردی

P. value	نشده		شده		اپی زیوتومی متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
					سن(سال)
	۲۰/۴	۲۲	۱۹/۳	۱۵۶	کمتر از ۲۰
۰/۰۰۰۱	۵۵/۶	۶۰	۶۶/۴	۵۳۶	۲۱-۳۰
	۱۹/۴	۲۱	۱۳/۹	۱۱۲	۳۰-۴۰
	۴/۶	۵	۰/۴	۳	بیشتر از ۴۰
					محل سکونت
۰/۳۶	۴۱/۷	۵۵	۳۹/۶	۳۰۶	شهر
	۵۸/۳	۷۷	۶۰/۴	۴۶۶	روستا
					میزان تحصیلات
	۱۲/۱	۱۶	۵/۴	۴۲	بی سواد
۰/۰۰۶	۷۰/۵	۹۳	۶۷/۶	۵۲۹	زیر دیپلم
	۱۵/۹	۲۱	۲۵/۳	۱۹۸	دیپلم
	۰/۲	۲	۱/۸	۱۴	دانشگاهی

در این پژوهش از کل ۹۱۵ زایمان، تعداد ۱۱۶ مورد (۱۲/۶۸ درصد) پارگی اطراف مجرای ادراری داشتند که در ۲۰ مورد (۲/۲ درصد) پارگی سطحی و در ۹۶ مورد (۱۰/۵ درصد) پارگی عمقی بوده است. تعداد ۲۴ مورد (۲/۶۳ درصد) پارگی درجه یک پرینه و فقط یک زائو

یافته ها

میانگین سنی نمونه ها ۲۵/۳۷ با انحراف معیار ۵/۲ سال بود (حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۴۷ سال). اکثریت آنان [۵۹۶(۶۵/۱ درصد)] در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بودند. ۱۷۸ زن (۱۹/۵ درصد) زیر ۲۰ سال و ۸ نفر (۰/۹ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند. ۵۴۳ نفر (۵۹/۳ درصد) از آنان در روستا زندگی می کردند و تحصیلات اکثریت آنان ۶۲۶ (۶۸/۳ درصد) در حد زیر دیپلم بوده است. ۵۸ زن (۶/۳ درصد) بی سواد بوده و ۱۶ نفر (۱/۷ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. (جدول ۱) ۵۶۵ زن (۷۱/۶ درصد) اولین زایمان و ۲۲ زن (۲/۴ درصد)، زایمان چهارم یا بیشتر خود را تجربه می کردند در ۵۲۴ مورد (۵۷/۲ درصد) اکسی توسین استفاده شده بود و وضعیت سر جنین در ۸۸۴ مورد (۹۶/۶ درصد) اکسی پوت قدامی و ۱۴ مورد (۱/۵ درصد) اکسی پوت عرضی و ۱۷ مورد (۱/۹ درصد) اکسی پوت خلفی بوده است. وزن هنگام

پارگی درجه ۳ پربینه (پارگی اسفنگتر مقعد) داشت که همراه با اپی زیوتومی بوده است. تعداد ۸۱۲ مورد (۸۸/۷ درصد) اپی زیوتومی انجام شده بود. یافته ها نشان داد فقط در ۱۰۳ مورد (۱۱/۳ درصد) اپی زیوتومی انجام نشده بود که اکثریت آنها را خانم های با زایمان پره ترم و نوزاد با وزن هنگام تولد بسیار کم تشکیل داده اند. انجام اپی زیوتومی با سن مادر ($P=0/0001$)، تعداد زایمان ($P=0/0001$)، آپگار دقیقه اول ($P=0/0001$)، آپگار دقیقه پنجم ($P=0/004$)، وزن هنگام تولد ($P=0/003$) رابطه داشت، در سنین بالا اپی زیوتومی کمتر از سنین دیگر بود و هر چه تعداد زایمان بیشتر می شد، فراوانی اپی زیوتومی کمتر و هر چه آپگار دقیقه اول و پنجم و وزن هنگام تولد بیشتر می شد، فراوانی اپی زیوتومی بیشتر می شد. این رابطه حتی با حذف اثر عامل تعداد زایمان نیز وجود داشت. ولی با مرحله دوم طولانی، استفاده از فورسیپس و واکيوم، اندازه دور سر نوزاد، میزان تحصیلات مادر و محل سکونت رابطه نداشت. این عدم رابطه حتی با حذف اثر عامل تعداد زایمان نیز دیده نشد (جدول ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه ها بر حسب مشخصات مامایی در دو گروه اپی زیوتومی شده و اپی زیوتومی نشده

نشده	نشده		شده		P. value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تعداد زایمان					
۱	۵۷۵	۷۲/۳	۸۰	۷۱/۶	۰/۰۰۰۱
۲	۱۶۹	۲۱/۳	۱۹	۱۵/۸	
۳	۴۵	۵/۷	۵	۴/۲	
۴≤	۶	۰/۸	۱۶	۱۳/۳	
استفاده از اکسی					
توسین	۴۶۰	۵۸/۹	۶۴	۴۸/۵	۰/۰۱۶
بله	۳۲۱	۴۱/۱	۶۸	۵۱/۵	
خیر					
وضعیت سر نوزاد					
OA	۷۵۵	۹۶/۴	۱۲۹	۹۷/۷	۰/۰۵۹
OT	۱۲	۱/۵	۲	۱/۵	
OP	۱۶	۲	۱	۰/۸	

ادامه جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه ها بر حسب مشخصات مامایی در دو گروه اپی زیوتومی شده و اپی زیوتومی نشده

نشده	نشده		شده		P. value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وزن هنگام تولد (گرم)					
کمتر از ۲۵۰۰	۸۲	۱۰/۱	۱۹	۱۸/۶	۰/۰۰۰۳
۲۵۰۰-۴۰۰۰	۷۰۸	۸۷/۵	۷۷	۷۵/۵	
بیشتر از ۴۰۰۰	۱۹	۲/۳	۶	۵/۹	
آپگار دقیقه اول					
۳-۰	۷	۰/۹	۳	۲/۳	۰/۰۰۰۱
۷-۴	۲۰	۲/۶	۱۵	۱۱/۴	
۱۰-۸	۷۵۶	۹۶/۶	۱۱۴	۸۶/۳	
آپگار دقیقه پنجم					
۳-۰	۵	۰/۶	۴	۳/۹	۰/۰۰۰۴
۷-۴	۷	۰/۹	۱	۰/۹۱	
۱۰-۸	۸۰۰	۹۸/۵	۹۸	۹۶/۱	
دور سر نوزاد (سانتی متر)					
کمتر از ۳۲	۱۳	۱/۷	۶	۴/۵	۰/۰۰۸۵
۳۲-۳۸	۷۶۷	۹۸/۱	۱۲۶	۹۵/۵	
بیشتر از ۳۸	۲	۳/۰	۰	۰	

آزمون آماری Mantel - haenszel نشان داد تعداد زایمان حتی با حذف اثر عامل اندازه دور سر نوزاد با انجام اپی زیوتومی رابطه معکوس دارد. هر چه تعداد زایمان بیشتر می شد فراوانی اپی زیوتومی کاهش می یافت. ($P=0/015$ و $\chi^2=5/89$) و نیز با حذف اثر عامل استفاده از اکسی توسین نیز این دو (تعداد زایمان و انجام اپی زیوتومی) با هم رابطه معکوس دارند ($P=0/012$ و $\chi^2=6/274$). رابطه بین تعداد زایمان با انجام اپی زیوتومی با حذف عامل وضعیت سر جنین و طول مرحله دوم زایمان نیز دیده شد (به ترتیب $P=0/018$ و $\chi^2=5/55$ و $P=0/017$ و $\chi^2=5/72$).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که در ۸۸/۷ درصد زایمان های طبیعی، اپی زیوتومی انجام شده بود. در پژوهشی که در سال ۱۳۸۰ در بیمارستان امام خمینی ساری انجام شد، ۸۹/۵ درصد زایمان های طبیعی، با اپی زیوتومی همراه بود^(۹). البته موارد بدون اپی زیوتومی در پژوهش حاضر (۱۱/۳ درصد) به دلیل سن حاملگی و وزن پائین هنگام تولد بوده و نیازی به اپی زیوتومی وجود نداشته است یا زنان مولتی پار بوده اند و یا اینکه زائو آنقدر دیر به زایشگاه مراجعه نموده که زمانی برای دادن برش اپی زیوتومی نبوده است. یعنی می توان گفت در موارد شکم اول و دوم تقریباً در ۱۰۰ درصد موارد اپی زیوتومی انجام شده است. این در حالی است که اگر اپی زیوتومی بر اساس اندیکاسیون انجام شود، ترومای پرینه کمتر، نیاز به بخیه های کمتر و عوارض ترمیم کمتر بروز می کند. از سوی دیگر دیده شده فراوانی پارگی های درجه سه به وسیله ایجاد برش اپی زیوتومی کاهش نمی یابد^(۹). بنابراین زنان از مزایای اپی زیوتومی در صورت انجام روتین اپی زیوتومی سود نمی برند و هیچ مزیتی هم برای نوزاد در صورت سیاست اپی زیوتومی روتین وجود ندارد^(۲۲). به طور کلی تقریباً تمامی مزایایی که به اپی زیوتومی نسبت می دهند، از قبیل جلوگیری از پارگی های وسیع دستگاه ژنیتال، شل شدگی بافت های کف لگن و ... مورد تایید نیست. به طوری که Sze و همکاران در مطالعه خود که به منظور تعیین اثر پیشگیری کنندگی اپی زیوتومی بر روی صدمات مامایی و اسفنکتر انجام شد، نتیجه گرفتند که اپی زیوتومی خطر پارگی اسفنکتر را در ماماها ۴ برابر، در متخصصین بخش خصوصی ۲ برابر و در دستیاران ۸ برابر افزایش می دهد^(۱۸).

عوامل مرتبط با اپی زیوتومی در این پژوهش سن مادر، تعداد زایمان، آپگار دقیقه اول، آپگار دقیقه پنجم و وزن هنگام تولد بودند. به طوری که هر چه سن مادر و تعداد

زایمان بیشتر می شد، فراوانی اپی زیوتومی کمتر و هر چه آپگار دقیقه اول و پنجم و وزن هنگام تولد بیشتر می شد، فراوانی اپی زیوتومی بیشتر می شد. در حالی که عواملی از قبیل: مرحله دوم طولانی استفاده از فورسپس و واکيوم، دور سر نوزاد، میزان تحصیلات مادر و محل سکونت با انجام اپی زیوتومی مرتبط نبودند. در پژوهشی که در سال ۸-۱۳۷۷ در بیمارستان امام خمینی ساری انجام شد، دو گروه اپی زیوتومی روتین و انتخابی از نظر سن، وزن هنگام تولد و آپگار دقیقه اول و طول مرحله دوم زایمان تفاوتی نداشتند^(۹). در پژوهشی که توسط Gupta و همکاران انجام شد، مشخص شد وضعیت های Upright میزان اپی زیوتومی را کاهش می دهد^(۱۴). در یک مرور سیستماتیک که توسط Schlomer و همکاران انجام شد، مشخص شد که میزان بی اختیاری ادرار ۳ ماه و ۳ سال پس از زایمان در دو گروه اپی زیوتومی آزادانه (لیبرال) با اپی زیوتومی محدود تفاوتی نداشت. ولی بی اختیاری مدفوع در گروه اپی زیوتومی لیبرال ۳ برابر بیشتر بود^(۷). در پژوهش Sartore و همکاران نیز مشخص شد اپی زیوتومی میانی- جانبی نمی تواند از بی اختیاری ادرار و مدفوع و نیز افتادگی دستگاه ژنیتال جلوگیری کند و با دیس پارونی و درد پرینه بیشتری نسبت به پارگی های خود به خود پرینه همراه است^(۱۹).

در این پژوهش مشخص شد که علاوه بر میزان بالای اپی زیوتومی انجام شده، در ۱۱۶ (۲/۶۸ درصد) پارگی قدامی (اطراف مجرای ادراری) و در یک زائو نیز پارگی درجه ۳ پرینه وجود داشت. در پژوهش انجام شده در سال ۸-۱۳۷۷ در بیمارستان امام خمینی ساری پارگی های درجه I و II در زنان اپی زیوتومی نشده بیشتر بود ولی تمام پارگی های درجه III و IV در گروه اپی زیوتومی شده وجود داشت. به طور کلی نیز دو گروه اپی زیوتومی روتین و انتخابی از نظر ترومای دستگاه ژنیتال تفاوت نداشتند یعنی ترومای دستگاه ژنیتال با انجام روتین اپی زیوتومی رابطه نداشت^(۹). در پژوهش Enyindah و همکاران نیز مشخص شد که با افزایش

این حیطة باشد. از سوى ديگر با توجه به توصيه سازمان جهاني بهداشت و اينكه در صورت اصلاح سيستم ارجاع و استفاده به جا از ماماها در نقش هاي حرفه اي خود (انجام زايمان طبيعي) هم فشار كاري از روي پزشكان متخصص و پرستاران برداشته شده و نيز از مورتاليتي و ميرايي كاسته و پيامدها بهبود مي يابد اعمال كنترل بيشتر بر موارد اپيزيوتومي قابل توصيه است.

تقدير و تشكر

ضمن تشكر از معاونت محترم تحقيقات و فناوري دانشگاه علوم پزشكي مازندران به منظور حمايت مالي از اين پژوهش، بدينوسيله از زحمات بيدريغ سركار خانم سمينه يوسفی و همكاري مسؤولين محترم بیمارستان امام خميني ساری تقدير و تشكر به عمل می آيد. نويسندگان مقاله بر خود لازم می دانند نهايت سپاس خود را از كليته مادران پذيرش شده در زايشگاه بیمارستان امام خميني ساری که در اين پژوهش شرکت کردند، اعلام نمايند.

پاريتي بروز پارگي هاي درجه يك و دو پرينه هم افزايش داشته است و نولي پاريتي، زايمان مهلبی بريچ و زايمان ابزاري عوامل خطر اپي زيوتومي بودند و مشخص شد اپي زيوتومي از بروز پارگي هاي درجه ۳ و ۴ پرينه جلوگیری کرده است^(۲۰). De Tayrac و همكاران نيز در پژوهش خود به اين نتيجه رسيدند كه « اينكه استفاده روتين از اپي زيوتومي از پارگي هاي شديد پرينه، بي اختياري ادرار و مدفوع و پرولاپس دستگاہ زنيثال جلوگیری می کند، بايد فراموش شود»^(۲۱).

در پايان با مقايسه مطالعات گزارش شده و نيز با توجه به سطح شواهد موجود و نيز پس از گذشت يك دهه از زير سوال رفتن استفاده روتين اپي زيوتومي، پيشنهاد می شود كه مسؤولين امر نظارت بيشترى بر اجرائى پروتكل هاي استاندارد در زايشگاهها انجام داده و نسبت به اصلاح آنها اقدام نمايند. با توجه به اين كه هدف از انجام هر گونه مداخله ای، بهبود پيامدها (كاهش مرگ و ميرايي و مطلوب بودن فرآيند برای مددجو) بوده و دستيابي به اهداف سودمند اپيزيوتومي مورد تاييد نيست، انجام آن صرفاً بر اساس انديكاسيون می تواند بهترين تصميم در

فهرست منابع

1. Approach to episiotomy. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy> Accessed 6 Aug 2010.
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV, et al. Williams obstetrics. 22nd ed. Stamford: Appleton & Lange, 2010.
3. Episiotomy for vaginal birth. Available from: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/en/index.html. Accessed 15 Mar 2012.
4. Births: Preliminary Data for 1999. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr48/nvs48_14.pdf Accessed 14 Dec 2009.
5. Approach to episiotomy. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy>. Accessed 21 Sep 2011.
6. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000081.
7. Schlomer G, Gross M, Meyer G. Effectiveness of liberal vs. conservative episiotomy in vaginal delivery with reference to preventing urinary and fecal incontinence: a systematic review. *Wien Med Wochenschr*. 2003; 153(11-12):269-75.
8. Bick D. Perineal Trauma: Prevention and Management. Available from: <http://www.primarycarelive.com/Primary10/uploads/Debra%20Bick.pdf>. Accessed: 12 Oct 2011
9. Khani S, Taringo G, Shaeban khani B. [Episiotomy: Preventor of severe genital tract trauma or its risk factor?] *Modares J Med Sci* 2001. 4(1): 9-16.persian
10. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):214.

11. Goode KT, Weiss PM, Koller C, Kimmel S, Hess LW. Episiotomy rates in private vs. resident service deliveries: a comparison. *J Reproduct Med.* 2006;51(3):190.
12. Howden NLS, Weber AM, Meyn LA. Episiotomy use among residents and faculty compared with private practitioners. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):114.
13. Barber EL, Eisenberg DL, Grobman WA. Type of attending obstetrician call schedule and changes in labor management and outcome. *Obstet Gynecol.* 2011 Dec;118(6):1371-6.
14. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD002006.
15. Chigbu B, Onwere S, Aluka C, Kamanu C, Adibe E. Factors influencing the use of episiotomy during vaginal delivery in South Eastern Nigeria. *East Afr Med J.* 2008 May;85(5):240-3.
16. Newman MG, Lindsay MK, Graves W. The effect of epidural analgesia on rates of episiotomy use and episiotomy extension in an inner-city hospital. *J Matern Fetal Med.* 2001 Apr;10(2):97-101.
17. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigne A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG.* 2008 Jan;115(2):247-52.
18. Sze EH, Ciarleglio M, Hobbs G. Risk factors associated with anal sphincter tear difference among midwife, private obstetrician, and resident deliveries. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 Aug;19(8):1141-4.
19. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):669-73.
20. Enyindah CE, Fiebai PO, Anya SE, Okpani AO. Episiotomy and perineal trauma prevalence and obstetric risk factors in Port Harcourt, Nigeria. *Niger J Med.* 2007 Jul-Sep;16(3):242-5.
21. de Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2006 Feb;35(1 Suppl):1S24-1S31.
22. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007 May-Jun;32(3):158-64.
23. Khani S, Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M. [The views of delivery practitioners about routine episiotomy: A Qualitative study]. *J Mazandaran Uni Med Sci* 2009;18(68):40-7. persian

The Frequency of Episiotomy and Its Related Factors

*Khani S. PhD Student¹

Zare K. BSN²

Ramezannezhad SE. BSN³

Abstract

Background and purpose: Despite routine episiotomy is questioned in specialized midwifery books for more than a decade, this method is still routinely performed in Iran. In addition to increasing health care costs it will increase the workload of nursing and midwifery. This study was done with the aim of determining the frequency of episiotomy and its related factors in a labor ward in Sari city.

Materials and methods: It was a descriptive cross-sectional study. The sample (n=915), women referred to Labor ward of Emam Khomeini hospital of Sari city in Iran were recruited by census during 2007. Data was collected using an information sheet including three parts of demographic characteristics of women, obstetrical characteristics and probable related factors of episiotomy, and the type of delivery (with or without episiotomy). Data was analyzed by descriptive statistics, χ^2 and Mantel-Haenszel tests using SPSS-PC (v.16).

Results: Episiotomy was performed in 812 cases (88.7%). There was a significant relationship between episiotomy and maternal age (P=0.023), Parity (P=0.01), the first minute APGAR score (P=0.003), fifth minute APGAR score (P=0.000), and birth weight (P=0.000). There was no relationship between prolonged second stage, use of forceps and vacuum, neonatal head circumference, maternal literacy and residency.

Conclusion: Regarding the routine use of episiotomy in some labor wards, and in order to physiologic management of labor and creating a good experience for mothers, it is suggested that episiotomy only be performed on the basis of indication. It will also reduce mortality, complications, and the health care costs and also nurses' and midwives' workload.

Key words: Labor, Delivery, Episiotomy, Routine, Indication

Received: 18 Dec 2011

Accepted: 8 Mar 2012

¹ Assistant professor, Midwifery Group, Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran & Doctoral student, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

(*Corresponding Author) Tel: +98-0151-2268918 Email: skhani@mazums.ac.ir

² Midwife, Emam Khomeini hospital of Sari, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran

³ Staff Nurse, Ghaemshahr Health Center, Mazandaran, Iran