

بررسی شیوع و متانالیز اپی‌زیاتومی در خاورمیانه

ملیحه قیاسوند^۱، دکتر فاطمه ناهیدی^{۲*}، دکتر صدیقه صدیق مبارک آبادی^۳، دکتر نسرین برومندنیا^۴، دکتر حمید شریف‌نیا^۵

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دکتری آمار، مرکز تحقیقات ارولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی و پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، آمل، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

خلاصه

مقدمه: استفاده روتین از اپی‌زیاتومی برای زنانی که به‌روش طبیعی زایمان می‌کنند، توصیه نمی‌شود. با این حال مطالعات متعدد در خاورمیانه شیوع آن را بالا گزارش کرده‌اند، ولی برآورد کلی از آن وجود ندارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی مروری شیوع و متانالیز اپی‌زیاتومی در خاورمیانه بر اساس مطالعات انجام گرفته در این زمینه انجام شد.

روش کار: جهت جستجوی مقالات، پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus, Science Direct, Medline, Magiran, SID, ProQuest, Embase, Web of Science, و موتور جستجوی google scholar با استفاده از کلید واژه‌های شیوع، اپیدمیولوژی، فراوانی، بروز، میزان و اپی‌زیاتومی به دو زبان فارسی و انگلیسی و تمام ترکیبات ممکن با عملگرهای AND و OR مورد جستجو قرار گرفت. محاسبه ناهمگنی مطالعات با استفاده از شاخص I^2 ارزیابی شد و جهت بررسی سوگیری از آزمون بگ استفاده شد.

یافته‌ها: ۱۲ مقاله با حجم نمونه ۶۹۱۷۱ مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع کلی اپی‌زیاتومی ۶۷٪ (۹۵٪ CI: ۵۵-۷۸) بود. با استفاده از مدل اثر تصادفی، خطر انجام اپی‌زیاتومی در زنان پرایمی‌پار ۲ برابر زنان مولتی‌پار بود که از نظر آماری معنی‌دار بود (RR=۲/۰۱، ۹۵٪ CI: ۰/۸۷-۴/۶۳، $p < ۰/۰۰۱$ ، $I^2=۹۹/۹۹$). همچنین استفاده از اکسی‌توسین با شیوع ۸۰٪ (۹۵-۶۰٪) اپی‌زیاتومی همراه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای اپی‌زیاتومی در خاورمیانه علی‌رغم استاندارد تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت، نیاز مبرم به برنامه‌ریزی در جهت کاهش این میزان می‌باشد. بنابراین توصیه می‌شود از روش‌های مؤثر در کاهش نیاز به اپی‌زیاتومی در زنان پرایمی‌پار استفاده شود و از انجام مداخلات غیرضروری بالینی نظیر استفاده از اکسی‌توسین اجتناب گردد.

کلمات کلیدی: اپی‌زیاتومی، خاورمیانه، شیوع، فراوانی، مروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه ناهیدی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲
پست الکترونیک: nahidi87@gmail.com

مقدمه

اپی‌زیاتومی یک عمل جراحی رایج مامایی است که با هدف گسترده‌گی واژن انجام می‌شود (۱-۳). اپی‌زیاتومی روتین به‌عنوان یک حقیقت مطلق پذیرفته شده و آموزش داده شده است، در صورتی که از طریق مطالعات مورد بررسی و نظارت دقیق قرار نگرفته است (۴). این روش جهت کمک به زایمان ابزاری، دیستوشی شانه، ماکروزومی جنین و الگوی غیرقابل‌اطمینان قلب جنین پیشنهاد شده است (۵). اگرچه اپی‌زیاتومی به یکی از متداول‌ترین روش‌های جراحی در جهان تبدیل شده است، اما هیچ شواهد علمی قوی برای مفید بودن آن وجود ندارد (۲، ۳، ۶، ۷). انجام اپی‌زیاتومی در اولین زایمان واژینال به‌طور قابل‌توجهی خطر اپی‌زیاتومی مکرر و پارگی خودبه‌خودی در زایمان‌های بعدی را افزایش می‌دهد (۸). یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان داد که اپی‌زیاتومی نباید به‌صورت روتین انجام شود، زیرا نه‌تنها ضروری نیست، بلکه ممکن است باعث آسیب شود (۳).

میزان اپی‌زیاتومی در جهان از ۹/۷٪ در سوئد تا ۱۰۰٪ در تایوان متغیر است (۹). در برخی از کشورها مانند آرژانتین، اپی‌زیاتومی برای همه زنانی که برای اولین بار زایمان می‌کنند، انجام می‌شود. میزان اپی‌زیاتومی در کشورهای انگلیسی‌زبان و برخی از کشورهای اروپایی بسیار پایین است (۱۰، ۱۱). داده‌های مربوط به اپی‌زیاتومی و پارگی‌های پرینه در کشورهای کم‌درآمد پراکنده است، اما همچنان یکی از رایج‌ترین روش‌های انجام شده در مامایی می‌باشد (۱۲). در کشورهای آسیایی در حال توسعه مانند هند، شیوع اپی‌زیاتومی ۹۰٪ گزارش شده است (۱۳، ۱۴). با وجود اینکه میزان اپی‌زیاتومی به‌عنوان یکی از شاخص‌های کیفی سیستم‌های بهداشتی و مراقبتی محسوب می‌شود (۱۵)، شیوع آن در کشورهای خاورمیانه متغیر است و از ۹۷/۳-۸۸/۷٪ در ایران تا بیش از ۶۵٪ در ترکیه می‌باشد (۱۶، ۱۷). نتایج مطالعه زفران (۲۰۱۲) و خانی (۲۰۰۸) نشان داد که تغییرات گسترده در میزان اپی‌زیاتومی اشاره بر این دارد که به جای استفاده از اپی‌زیاتومی بر اساس اندیکاسیون، این مداخله به‌دلیل تجربه شخصی و

ترجیح پزشک در زمان زایمان واژینال انجام می‌شود (۱۸، ۱۹).

سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که اپی‌زیاتومی باید فقط بر اساس اندیکاسیون‌های موجود انجام شود (۲۰-۲۲). کالج مامایی و پرستاری آمریکا توصیه می‌کند که از اپی‌زیاتومی فقط برای رفع دیسترس جنینی یا مادری و یا زمانی که اتساع و کشش مناسب در بافت پرینه ایجاد نمی‌شود، استفاده شود (۱۰، ۲۳). اگرچه توافق جهت محدود کردن استفاده از اپی‌زیاتومی در حال افزایش است، اما هنوز در مورد شرایط مناسب برای انجام اپی‌زیاتومی اتفاق نظر وجود ندارد. پیشنهاد شده است که میزان اپی‌زیاتومی باید در زنان به پرایمی‌پار حدود ۱۰٪ و برای زنان مولتی‌پار ۵٪ باشد (۱۰، ۲۵). میزان انجام اپی‌زیاتومی با توجه به وضعیت یا حالت مادر هنگام زایمان، شرایط مادر و جنین، مهارت، سطح تحصیلات و تجربه عامل زایمان متغیر است (۲۶).

با توجه به اینکه بسیاری از مطالعات و متآنالیزها گزارش کرده‌اند که هیچ مبنای علمی برای حمایت از انجام اپی‌زیاتومی روتین وجود ندارد و در حقیقت، تأیید شده است که عملکرد آن باعث افزایش عوارض حین و بعد از جراحی می‌شود (۳، ۴) و همچنین با توجه به متغیر بودن شیوع اپی‌زیاتومی در کشورهای خاورمیانه و فقدان آمار دقیق شیوع کلی آن در خاورمیانه، نتایج این تحقیق می‌تواند به‌عنوان یک چهارچوب علمی جهت سیاست‌گذاری مناسب با هدف حفظ سلامت زنان و کاهش میزان اپی‌زیاتومی مؤثر باشد (۱۴، ۲۹-۲۷).

روش کار

این مطالعه در پایگاه اطلاعاتی بین‌المللی آینده‌نگر بررسی‌های سیستماتیک (CRD42020151039) PROSPERO ثبت و با هدف برآورد شیوع کلی اپی‌زیاتومی در خاورمیانه انجام شد. در این مطالعه جهت جستجوی مقالات، پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Scopus، Science Direct، Medline، Magiran و ProQuest، Embase، Web of Science و موتور جستجوی google scholar از اوایل سال ۲۰۰۰ تا ۳۱ آگوست ۲۰۱۹ با استفاده از کلید واژه‌های

فارسی شیوع، اپیدمیولوژی، فراوانی، بروز، میزان و اپی‌زیاتومی و معادل انگلیسی آنها *rate, episiotomy, epidemiology, frequency, incidence* و *prevalence* و تمام ترکیبات ممکن با عملگرهای AND و OR توسط ۲ نفر از نویسندگان به صورت مجزا مورد جستجو قرار گرفت. رفرنس مقالات نیز مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: اشاره به شیوع اپی‌زیاتومی و انجام مطالعه در خاورمیانه از اوایل دهه ۲۰۰۰ تا ۳۱ آگوست ۲۰۱۹ بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: انجام مطالعه در کشورهای خارج از منطقه خاورمیانه، عدم دسترسی کامل به مقالات، مطالعات مشابه، انواع دیگر تحقیقات (مطالعات مروری، متاآنالیز، مداخله‌ای و مطالعات مورد-شاهدی و غیره) و همچنین مطالعاتی که به طور کامل منتشر نشده‌اند مانند چکیده کنفرانس، نامه به سردبیران و مطالعات گزارش موردی از مطالعه حذف شدند.

بررسی کیفیت مطالعات: سنجش کیفیت مطالعات، توسط ۲ نفر از نویسندگان به صورت مجزا با استفاده از چک‌لیست استاندارد Newcastle-Ottawa بررسی شد. در این چک‌لیست ۳ زیرمجموعه شامل ۴ سؤال، انتخاب گروه‌ها (۵-۰ امتیاز)، یک سؤال مقایسه‌پذیری گروه‌ها (۲-۰ امتیاز) و ۲ سؤال مواجهه یا پیامد (۳-۰ امتیاز) بررسی می‌شود. دامنه کل امتیازات از ۱۰-۰ می‌باشد. بر مبنای این روش هر مطالعه می‌تواند در نهایت ۱۰ امتیاز دریافت کند (۳۰). این ابزار در مطالعات پزشکی برای ارزیابی کیفیت استفاده می‌شود و یک ابزار معتبر با سابقه طولانی قابلیت اعتماد است (۳۱). در این پژوهش تمامی مقالات وارد شده طبق کیفیت‌سنجی انجام شده، حداقل ۲ ستاره در قسمت انتخاب گروه‌ها، ۱ ستاره در قسمت مقایسه‌پذیری و ۲ ستاره در قسمت پیامد داشتند. در این متاآنالیز امتیاز مساوی یا بالای ۵ به عنوان مطالعه دارای کیفیت بالا و امتیاز کمتر از ۵ به عنوان مطالعه دارای کیفیت پایین در نظر گرفته شد.

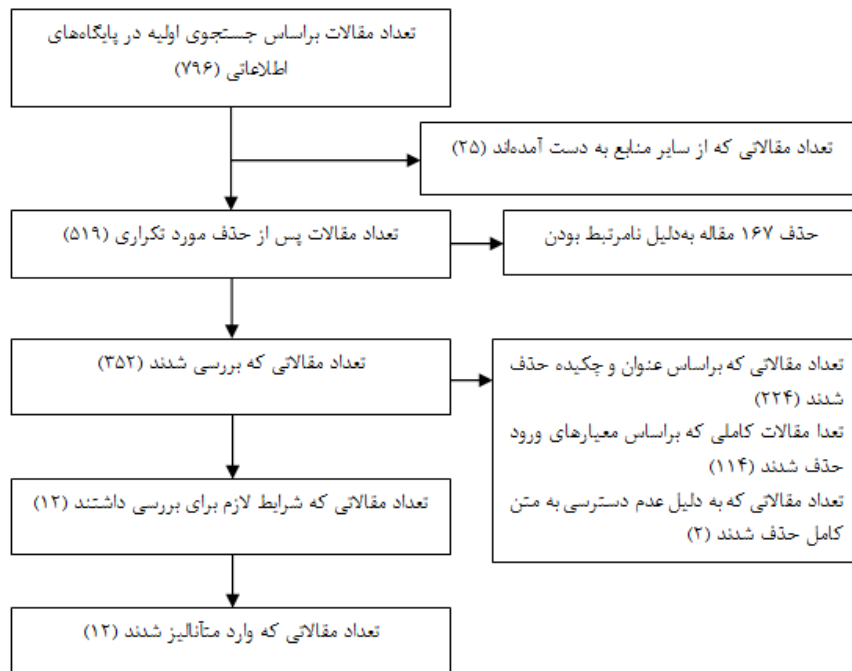
جستجو بر اساس مقالات مرتبط به فارسی و انگلیسی که از اوایل دهه ۲۰۰۰ تا ۳۱ آگوست ۲۰۱۹ منتشر شده بودند، انجام شد. در مرحله اول جستجو ۶۹/۱۷۱

مقاله به دست آمد. مقالات تحقیق بر اساس عناوین و چکیده‌ها انتخاب شدند. در صورت لزوم، متون اصلی مورد بررسی قرار گرفت. همه مراحل به طور مستقل توسط دو نویسنده ارزیابی شد. موارد عدم توافق بین این دو نویسنده توسط نویسنده سوم مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات مورد نیاز از جمله نام نویسندگان، سال انتشار، نام کشورها و حجم نمونه از مطالعات به دست آمد. تمام مراحل بعدی بر اساس سیستم گزارش سیستماتیک PRISMA دنبال شد (۳۲).

شیوع اپی‌زیاتومی در جمعیت خاورمیانه با استفاده از نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۴) انجام شد. جهت بررسی سوگیری از آزمون ایگر استفاده شد. نتیجه شیوع تلفیقی و فاصله اطمینان ۹۵٪ گزارش شده است. ناهمگنی که به تغییر در نتایج بین مطالعات اشاره دارد، با استفاده از آزمون Q و شاخص I² ارزیابی شد. به منظور ترکیب نتایج مطالعات مختلف از مدل اثر تصادفی با توجه به ناهمگنی مطالعات استفاده شد و سطح معناداری آزمون ۰/۵ در نظر گرفته شد (۳۳). در این مطالعه جهت انجام آنالیزهای اضافی از متارگرسیون استفاده شد که ارتباط بین شیوع اپی‌زیاتومی را با پرایمی‌پار و مولتی‌پار، زمان مطالعه و استفاده از اکسی‌توسین را بررسی می‌کند.

یافته‌ها

مطابق با جستجوی اولیه، ۷۹۶ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۳۰۲ به دلیل تکراری بودن و ۱۶۷ مقالات به دلیل غیرمرتبط بودن حذف گردید. ۳۵۲ مقاله بررسی شدند که ۲۲۴ مقاله پس از بررسی عنوان و چکیده و ۱۱۴ مقاله بعد از اعمال معیارهای ورود و خروج حذف شدند. جهت دسترسی به متن کامل ۲ مقاله حذف شده در فلوچارت، با نویسنده مسئول از طریق ایمیل مکاتبه شد، اما علی‌رغم مکاتبات انجام شده به دلیل عدم دریافت پاسخ از نویسنده مسئول جهت دریافت، این ۲ مقاله از روند بررسی حذف شدند. در نهایت ۱۲ مقاله برای بررسی متن کامل وارد این مطالعه شدند و هر ۱۲ مطالعه برای متاآنالیز واجد شرایط بودند (شکل ۱).



شکل ۱- فلوجارت ورود مقالات به مطالعه

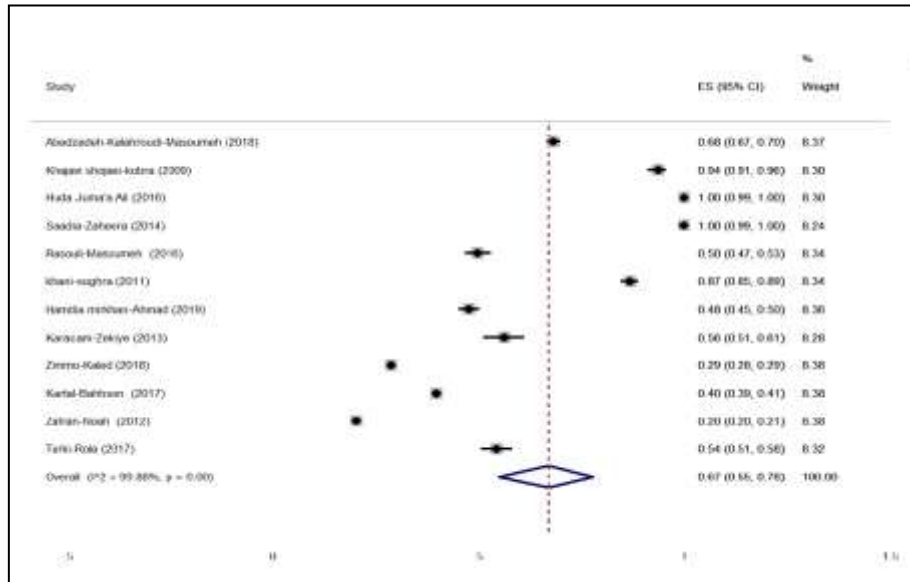
حجم کل نمونه مطالعات ۶۹/۱۷۱ زن اپی‌زیاتومی شده بود. در مجموع ۱۲ مقاله (۶ مقطعی، ۱ توصیفی و ۵ مطالعه کوهورت (۲ مطالعه آینده‌نگر و ۳ مطالعه گذشته‌نگر) در کشورهای مختلف مانند ایران (۴)، ترکیه (۲)، اسرائیل (۱)، عراق (۲)، عربستان سعودی (۲) و فلسطین (۱) انجام شده است (جدول ۲).

جدول ۱- مشخصات مطالعات انجام شده بر روی شیوع اپی‌زیاتومی در خاورمیانه

نمره	میزان استفاده از کسی‌توسین	حجم نمونه / میزان اپی‌زیاتومی در مولتی‌پار	حجم نمونه / میزان اپی‌زیاتومی در پاریمی	میزان کلی اپی‌زیاتومی	تعداد نمونه	نوع مطالعه	کشور	نام نویسنده / رفرنس
۶	٪۸۸/۱	٪۲۳/۶	٪۶۶/۳	٪۶۸/۳	۳۲۵۵	مقطعی	ایران	عابدزاده کلاهرودی (۲۰۱۸) (۳۷)
۷	-	-	٪۹۷/۳	٪۹۷/۳	۵۱۰	توصیفی	ایران	خواجوی شجاعی (۱۳۸۸) (۱۶)
۵	-	٪۷۶/۶	٪۲۳/۴	٪۴۴/۲	۵۰۰	مقطعی	عراق	جمعه (۲۰۱۶) (۴۹)
۶	-	٪۵۱/۲	٪۴۸/۷	٪۵۱/۲	۲۹۱	مقطعی	عربستان	زاهیرا (۲۰۱۴) (۲۸)
۶	٪۵۰/۳	٪۳۶/۴	٪۶۷/۱	٪۴۱/۵	۹۷۸	مقطعی	ایران	رسولی (۲۰۱۶) (۱۴)
۷	٪۵۸/۹	٪۸۴/۶	٪۸۷/۷	٪۸۸/۷	۹۱۵	مقطعی	ایران	خانی (۲۰۱۱) (۳۸)
۵	-	۴۰	٪۶۴/۳	٪۴۷/۸	۱۵۰۰	مقطعی	عراق	میرخان احمد (۲۰۱۹) (۳۹)
۷	٪۹۵/۵	-	٪۵۶/۳	٪۵۶/۳	۳۹۶	کوهورت آینده‌نگر	ترکیه	کاراچام (۲۰۱۳) (۱۷)
۷	-	٪۵/۹	٪۷۸/۸	٪۲۸/۷	۲۹۱۶۵	کوهورت آینده‌نگر	فلسطین	زیمو (۲۰۱۸) (۴۰)
۶	-	٪۳۰/۲	٪۹۳/۳	٪۵۲	۸۵۸۷	کوهورت گذشته‌نگر	ترکیه	کارتال (۲۰۱۷) (۴۱)
۵	-	منطقه ۱: ٪۱۶/۷ منطقه ۲: ٪۳/۳	منطقه ۱: ٪۷۱/۸ منطقه ۲: ٪۲۷/۱	منطقه ۱: ٪۳۱/۵ منطقه ۲: ٪۱۰	۲۲۳۶۹	کوهورت گذشته‌نگر	اسرائیل	زفران (۲۰۱۲) (۱۹)
۵	٪۹۴/۸	٪۳۰/۱	٪۹۲/۷	٪۵۴/۶	۷۰۵	کوهورت گذشته‌نگر	عربستان سعودی	ترکی (۲۰۱۷) (۴۳)

در کل متاآنالیز ناهمگنی بالا در میان مطالعات وجود داشت ($I^2=99/98$, $p=0/00$). با این حال، این ناهمگنی بالا توسط هیچ یک از تجزیه و تحلیل‌ها توضیح داده نشد، زیرا هیچ اختلاف معنی‌داری بین زیرگروه‌ها وجود

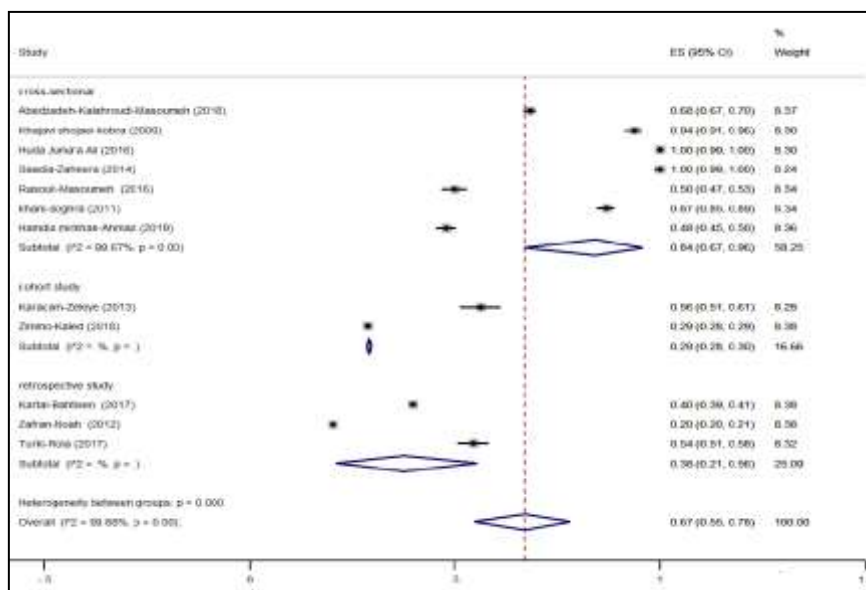
نداشت که طبق مشخصات روش‌شناختی طبقه‌بندی شود. بر اساس متاآنالیزهای اثرات تصادفی، برآورد کلی شیوع اپی‌زیاتومی ۶۷٪ بود (۹۵٪ CI: ۵۵-۷۸، $I^2=99/88$) (شکل ۲).



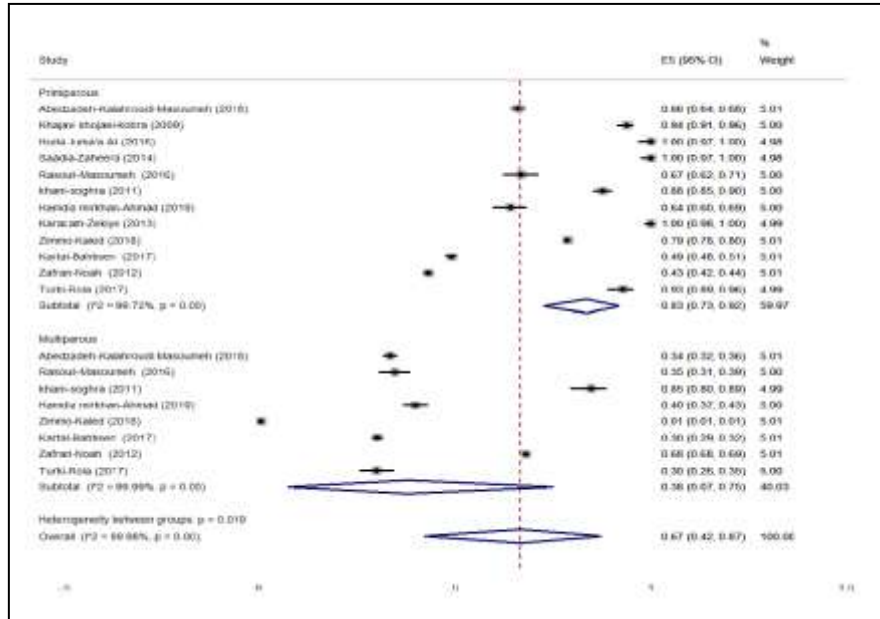
شکل ۲- میزان شیوع اپی‌زیاتومی در خاورمیانه و فاصله اطمینان ۹۵٪ بر اساس مدل اثرات تصادفی

با توجه به شاخص I^2 ، برای کشف منابع ناهمگنی، تجزیه و تحلیل زیرگروه برای انواع مختلف مطالعه انجام شد. بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل زیرگروه در شکل ۳، شیوع کلی اپی‌زیاتومی در مطالعات مقطعی، کوهورت و گذشته‌نگر به ترتیب ۸۴٪ (۹۶-۶۷)،

۲۹٪ (۳۰-۲۸) و ۳۸٪ (۵۶-۲۱) بود. همانطور که نتیجه تجزیه و تحلیل زیرگروه نشان داد، به نظر می‌رسد نوع مطالعات دلیل ناهمگنی نبود. خطر نسبی کلی برای مقایسه شیوع اپی‌زیاتومی در پرایمی‌پار و مولتی‌پار محاسبه شد (شکل ۴).



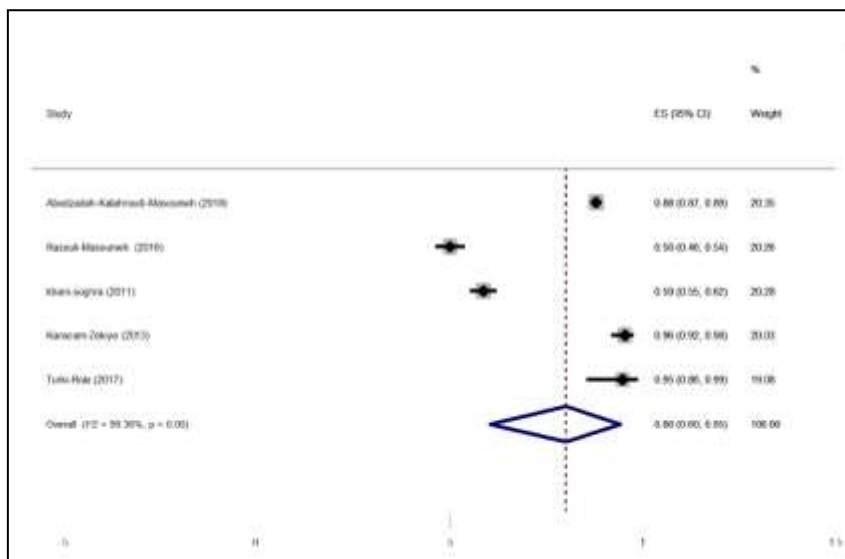
شکل ۳- نتایج برآورد شده از اندازه اصلی اثر و زمان مطالعات شیوع اپی‌زیاتومی در خاورمیانه



شکل ۴- متآنالیز اثرات تصادفی ارزیابی میزان شیوع اپی‌زیاتومی در زنان پرایمی و مولتی‌پار در خاورمیانه

(شکل ۴). همچنین شیوع کلی اپی‌زیاتومی در بین ۵ مطالعه‌ای که ارتباط شیوع اپی‌زیاتومی و استفاده از اکسی‌توسین گزارش شده بود، تخمین زده شد. همانطور که نتایج شکل ۵ نشان می‌دهد، شیوع ترکیبی اپی‌زیاتومی و استفاده از اکسی‌توسین ۸۰٪ بود (۹۵-۶۰٪، $I^2=36/99$). سوگیری در انتشار نتایج با استفاده از آزمون بگ مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس آن، هیچ شواهدی از سوگیری در انتشار وجود نداشت ($p=0/451$).

با فرض مدل اثر تصادفی، خطر اپی‌زیاتومی در پرایمی‌پار حدود ۲ برابر بیشتر از مولتی‌پار بود که از نظر آماری معنی‌دار بود ($RR=2/01$ ، $RR=2/01$ ، $95\% CI: 0/87-4/63$ ، $p<0/001$). در این مطالعه از روش متارگرسیون برای ارزیابی رابطه بین اندازه اصلی اثر و زمان مطالعه که ممکن است بر آن تأثیر بگذارد یا منجر به کشف منبع مشکوک ناهمگنی شود، استفاده شد. نتیجه مدل متارگرسیون نشان داد که زمان، تأثیر معنی‌داری بر شیوع اپی‌زیاتومی ندارد ($p=0/227$).



شکل ۵- نتایج تخمینی حاصل از شیوع اپی‌زیاتومی در مطالعات همراه با استفاده از اکسی‌توسین در خاورمیانه

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، شیوع اپی‌زیاتومی در منطقه خاورمیانه ۶۷٪ بود. این مطالعه نشان داد که علی‌رغم توصیه‌های ارائه شده توسط دستورالعمل‌ها و مطالعات مختلف، همچنان شیوع اپی‌زیاتومی در خاورمیانه بالا است. در مطالعه گسلارد و همکاران (۲۰۱۸) در فرانسه، میزان اپی‌زیاتومی از ۲۶/۷٪ در سال ۲۰۰۷ به ۱۹/۹٪ در ۲۰۱۴ کاهش یافته بود. این کاهش به دلیل اعمال محدودیت انجام اپی‌زیاتومی است و فقط در صورت مفید بودن برای مادر و نوزاد باید انجام شود (۳۴). نتایج مطالعه بلاندل و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد میزان اپی‌زیاتومی در اروپا متغیر است و در برخی کشورهای اروپایی مانند قبرس، پرتغال، رومانی و لهستان که از روش اپی‌زیاتومی روتین پیروی می‌کنند، میزان اپی‌زیاتومی بیش از ۶۰٪ و در دانمارک، سوئد و ایسلند که از روش اپی‌زیاتومی انتخابی استفاده می‌کنند، کمتر از ۱۰٪ بود. در اکثر کشورهای اروپایی میزان کلی اپی‌زیاتومی بین ۳۸-۱۶٪ از کل زایمان‌های طبیعی بود. این میزان نشان‌دهنده استفاده از آخرین دستورالعمل‌های به‌روز در زمینه اپی‌زیاتومی است (۳۵). عوامل خطر بسیاری مانند عوامل مادری، جنینی، تکنیکی، شخصی و شغلی بر میزان انجام اپی‌زیاتومی مؤثرند (۳۶). نتایج متآنالیز این مطالعه نشان داد عوامل خطر مادری و تکنیکی، بیشترین تأثیر را بر میزان شیوع اپی‌زیاتومی در خاورمیانه دارد. بررسی نتایج ۸ مقاله این متآنالیز نشان داد که در منطقه خاورمیانه، تعداد زایمان (عامل مادری) بیشترین ارتباط را با اپی‌زیاتومی دارد. زنان پرایمی‌پار، ۲ برابر بیشتر از زنان مولتی‌پار اپی‌زیاتومی را تجربه می‌کنند (۱۴، ۴۳-۳۷). تفرها و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند در میان عوامل مؤثر بر عمل اپی‌زیاتومی، احتمال انجام آن در زنان پرایمی‌پار در مقایسه با زنان مولتی‌پار، ۳ برابر بیشتر است (۹). در مطالعات مشابهی در بزرگ بریتانیا و ایتالیایی، این میزان ۶ برابر بیشتر گزارش شده بود (۴، ۴۴). در تعداد زیادی از مطالعات، پرایمی‌پار بودن، یک عامل خطر اصلی از عوامل مادری محسوب می‌شود (۴، ۱۴، ۳۶، ۴۵، ۴۶). علت این عامل خطر ممکن است به دلیل سفتی پرینه در زنان

پرایمی‌پار باشد (۴، ۴۹-۴۷). این نشان‌دهنده تمایل ماماها به انجام اپی‌زیاتومی برای زنان پرایمی‌پار است. ماماها به‌طور سنتی (صرف نظر از دستورالعمل‌های ملی و بین‌المللی) برای انجام اپی‌زیاتومی روتین برای زنان پرایمی‌پار دارای "پرینه سفت و سخت" آموزش دیده‌اند (۱۴، ۳۸، ۴۰، ۵۰، ۵۱). مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد در تمان زنان پرایمی‌پار از اپی‌زیاتومی استفاده می‌شود که این امر ناشی از اعتقاد عاملین زایمان جهت جلوگیری از پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه از طریق انجام اپی‌زیاتومی می‌باشد (۵۲).

روش‌هایی که برای شروع یا تقویت دردهای زایمانی (استفاده از اکسی‌توسین یا میزوپروستول) مورد استفاده قرار می‌گیرند، از جمله عوامل خطر تکنیکی اپی‌زیاتومی محسوب می‌شوند (۳۶). بررسی نتایج ۵ مقاله این متآنالیز نشان داد که شیوع اپی‌زیاتومی در زایمان‌های همراه با استفاده از اکسی‌توسین ۸۰٪ است (۱۴، ۱۷، ۳۷، ۳۸، ۴۳). مطالعه براگا و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که اکسی‌توسین پیش‌بینی‌کننده انجام اپی‌زیاتومی است و رابطه معنی‌داری بین القاء زایمان با اکسی‌توسین و افزایش دفعات اپی‌زیاتومی وجود دارد (۵۳). نتایج مطالعه ریسون و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد در صورت تقویت دردها توسط اکسی‌توسین و طولانی‌شدن مدت زایمان، احتمال اپی‌زیاتومی افزایش می‌یابد (۵۴)، اما برنیتس و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که حتی در زنان پرایمی‌پار کم‌خطر و فاقد دیستوشی لیبر نیز بین استفاده از اکسی‌توسین و افزایش احتمال اپی‌زیاتومی ارتباط معناداری وجود دارد (۵۵). سازمان جهانی بهداشت بر لزوم بازنگری در مدل ارائه مراقبت‌های پزشکی در دوران بارداری و زایمان که با اقدامات و مداخله بیش از حد پزشکی مشخص می‌شود، تأکید کرده است. در این توصیه‌ها برخی از مداخلات هنگام زایمان طبیعی از جمله استفاده منظم از اکسی‌توسین غیرضروری و نامناسب تلقی می‌شود (۵۶).

گزارش کاملی از فقدان داده‌های علمی در مورد انجام اپی‌زیاتومی روتین و خطرات بالقوه مانند تشکیل هماتوم، درد پرینه، عفونت‌ها و اختلالات جنسی در سال ۱۹۸۳ به وضوح نشان داده شد (۵۷). از آنجایی که اپی‌زیاتومی

از نقاط قوت این مطالعه انجام متاآنالیز و تخمین اولین مرتبه شیوع اپی‌زیاتومی در منطقه خاورمیانه و عوامل مؤثر بر این میزان بود. از محدودیت‌های این پژوهش، عدم بررسی سایر عوامل و مداخلات بالینی مؤثر بر میزان اپی‌زیاتومی به دلیل عدم گزارش در برخی مطالعات بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در زمینه مداخلات بالینی و عوامل مؤثر بر اپی‌زیاتومی و ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش آن در منطقه خاورمیانه انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به میزان بالای اپی‌زیاتومی در خاورمیانه علی‌رغم استاندارد تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت، نیاز مبرم به برنامه‌ریزی در جهت کاهش این میزان می‌باشد. بنابراین توصیه می‌شود از روش‌های مؤثر در کاهش نیاز به اپی‌زیاتومی در زنان پرایمی‌پار استفاده شود و از انجام مداخلات غیرضروری بالینی نظیر استفاده از اکسی‌توسین اجتناب گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

روتین به‌عنوان یک اقدام پزشکی به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، نگرانی‌هایی را در مورد کیفیت مراقبت از زنان در این زمینه ایجاد کرده است (۵۸). میزان اطلاعات نادرست در مورد اپی‌زیاتومی به حدی رسیده است که سازمان‌های مهم آن را به‌عنوان نوعی "خشونت زایمان" تلقی می‌کنند که زن به‌صورت غیرارادی به یک بیمار تبدیل می‌شود و اقدامات پزشکی روتین بدون اینکه حق تصمیم‌گیری در مورد بدن خود را داشته باشد، انجام می‌شود (۱۰).

باید توجه داشت که اپی‌زیاتومی نباید به‌عنوان یک تابو در نظر گرفته شود، اما باید به‌صورت انتخابی و بر اساس اندیکاسیون‌های جنینی یا مادری استفاده شود (۵۹). از طرفی می‌توان از روش‌های کاهش نیاز به اپی‌زیاتومی (ورزش‌های گگل، ماساژ پرینه) در دوران بارداری و حین زایمان استفاده کرد (۶۰). اخیراً این موضوع مطرح شده است که اگر اپی‌زیاتومی به‌صورت انتخابی و محدود انجام شود، می‌تواند فوایدی را به همراه داشته باشد (۶۱). بررسی کارکنان در کشورهای پیشرفته نشان داده است که محدود کردن اپی‌زیاتومی دارای مزایای مختلفی مانند کاهش ترومای شدید خلفی پرینه، بخیه کمتر و کاهش خطر انتقال HIV از مادر به کودک است (۱۲).

منابع

1. Ekwempu C. Maternal injuries. In: Agboola A, editors Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Medical Students 2nd ed. Ibadan: Heinemann Educational Book; 2006.
2. Izuka EO, Dim CC, Chigbu CO, Obiora-Izuka CE. Prevalence and predictors of episiotomy among women at first birth in Enugu, south east Nigeria. Annals of medical and health sciences research 2014; 4(6):928-32.
3. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane database of systematic reviews 1999(3).
4. Carvalho CC, Souza AS, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992) 2010; 56(3):333-9.
5. Beyene F, Nigussie AA, Limenih SK, Tesfu AA, Wudineh KG. Factors Associated with Episiotomy Practices in Bahirdar City, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Risk Management and Healthcare Policy 2020; 13:2281.
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: Mc Grow-Hill; 2005.
7. Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified?. American journal of obstetrics and gynecology 1996; 174(5):1399-402.
8. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010; 111(3):201-202.
9. Tefera T, Kebede B, Mekonen T. Prevalence of episiotomy and factors associated with Practice of episiotomy at Saint Paul's Hospital Millennium Medical College: a cross sectional study. Ethiopian Journal of Reproductive Health 2019; 11(3):8.
10. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth 2005; 32(3):219-23.

11. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *Bmj* 2002; 324(7343):945-6.
12. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. World Health Organization; 2016.
13. Kropp N, Hartwell T, Althabe F. Episiotomy rates from eleven developing countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 91(2):157-9.
14. Rasouli M, Keramat A, Khosravi A, Mohabatpour Z. Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, northeast of Iran. *Int J Womens Health Reprod Sci* 2016; 4(3):125-9.
15. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities 2016.
16. Khajavi Shojae K, Dawati A, Zayeri F. Frequency and Side Effect of Episiotomy in Primiparous Women: A Three- Month Longitudinal Survey. *Qom Univ Med Sci J* 2009; 3(2):47-50.
17. Karaçam Z, Ekmen H, Çalişır H, Şeker S. Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2013; 18(3):237.
18. Khani S, Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M. The view of delivery by practitioners in routine episiotomy: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2009; 18(68):27-36.
19. Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Archives of gynecology and obstetrics* 2012; 286(3):591-7.
20. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.
21. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-7.
22. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth. Geneva: World Health Organization; 2000. Access at: <http://www.who.int/reproductive-health/procedures/episiotomy>.
23. Borrito F, Comparetto C. Episiotomy: a too often unnecessary and harmful practice. *MOJ Womens Health* 2016; 2(1):25-6.
24. Group AE. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *The lancet* 1993; 342(8886-8887):1517-8.
25. Owa OO, Eniowo AR, Ilesanmi OS. Factors associated with episiotomy among parturients delivering in a tertiary care centre in Nigeria. *Int J Res Med Sci* 2015; 3:836-40.
26. Fikadu K, Boti N, Tadesse B, Mesele D, Aschenaki E, Toka E, et al. Magnitude of Episiotomy and Associated Factors among Mothers Who Give Birth in Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia: Observation-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Pregnancy* 2020; 2020.
27. Al-Ghamari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, Al-Marjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatiri A, et al. Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. *Applied Nursing Research* 2016; 29:131-5.
28. Saadia Z. Rates and indicators for episiotomy in modern obstetrics—a study from Saudi Arabia. *Materia socio-medica* 2014; 26(3):188.
29. Oraif A. Routine episiotomy practice at a tertiary care center in Saudi Arabia. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2016; 6(13):794-7.
30. Wells GA, Shea B, O'Connell DA, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses 2014.
31. Luchini C, Stubbs B, Solmi M, Veronese N. Assessing the quality of studies in meta-analyses: Advantages and limitations of the Newcastle Ottawa Scale. *World J Meta-Anal* 2017; 5(4):80-4.
32. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews* 2015; 4(1):1-9.
33. Harris RJ, Deeks JJ, Altman DG, Bradburn MJ, Harbord RM, Sterne JA. Metan: fixed-and random-effects meta-analysis. *The Stata Journal* 2008; 8(1):3-28.
34. Goueslard K, Cottenet J, Roussot A, Clesse C, Sagot P, Quantin C. How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18(1):1-10.
35. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff- Roos J, Novak- Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro- Peristat Project. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2016; 95(7):746-54.
36. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health care for women international* 2018; 39(6):644-62.
37. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2019; 39(2):206-11.
38. Khani S, Zare K, Ramezannezhad SE. The Frequency of Episiotomy and Its Related Factors. *Iran Journal of Nursing (2008-5923)* 2012; 24(74).
39. Ahmed HM, Abdollah WH, Al-Tawil NG. Prevalence and risk factors of episiotomy and perineal tear in the maternity teaching hospital of erbil city, iraq. *Erbil Journal of Nursing and Midwifery* 2019; 2(1):44-50.

40. Zimmo K, Laine K, Fosse E, Zimmo M, Ali-Masri H, Zucknick M, et al. Episiotomy practice in six Palestinian hospitals: a population-based cohort study among singleton vaginal births. *BMJ open* 2018; 8(7):e021629.
41. Kartal B, Kızılırmak A, Calpbınici P, Demir G. Retrospective analysis of episiotomy prevalence. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 2017; 18(4):190.
42. Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Archives of gynecology and obstetrics* 2012; 286(3):591-7.
43. Turki R, Abduljabbar HS, Manikandan J, Thiagarajan J, Bajou O, Gauthaman K. Severe perineal lacerations during childbirth in Saudi women-a retrospective report from King Abdulaziz University Hospital. *Biomedical Research* 2017; 28(8).
44. Kiros K, Lakew Z. Magnitude of episiotomy in a teaching hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian medical journal* 2006; 44(3):205-9.
45. Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader G. Maternal and neonatal consequences induced by the French recommendations for episiotomy practice. Monocentric study about 5409 vaginal deliveries. *Gynecologie, obstetrique & fertilité* 2009; 37(9):697-702.
46. Chuilon AL, Le Ray C, Prunet C, Blondel B. Episiotomy in France in 2010: Variations according to obstetrical context and place of birth. *Journal de gynécologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2016; 45(7):691-700.
47. Ogunyemi D, Manigat B, Marquis J, Bazargan M. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. *Journal of the National Medical Association* 2006; 98(11):1874.
48. Hornemann A, Kamischke A, Luedders DW, Beyer DA, Diedrich K, Bohlmann MK. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Archives of gynecology and obstetrics* 2010; 281(1):59-64.
49. Ali HJ, Zangana JM. Rate of Perineal Injuries and Episiotomy in a Sample of Women at Maternity Teaching Hospital in Erbil City. *Journal of Education and Practice* 2016; 7(20):12-7.
50. Rezaie M, Shahoei R, Shahgibi S, Afkhamzadeh A, Farhadifar F. Comparison of perineal lacerations in routine vs. selective mediolateral episiotomy among women referring to the obstetrics department of besat hospital in Sanandaj in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(116):8-14.
51. Wu LC, Malhotra R, Allen JC, Lie D, Tan TC, Østbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Archives of gynecology and obstetrics* 2013; 288(6):1249-56.
52. Rezaie M, Shahoei R, Shahgibi S, Afkhamzadeh A, Farhadifar F. Comparison of perineal lacerations in routine vs. selective mediolateral episiotomy among women referring to the obstetrics department of besat hospital in Sanandaj in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(116):8-14.
53. Braga GC, Clementino ST, Luz PF, Scavuzzi A, Noronha Neto C, Amorim MM. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2014; 60(5):465-72.
54. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011; 115(1):26-30.
55. Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery* 2014; 30(3):364-70.
56. Technical Working Group, World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. *Birth* 1997; 24(2):121-3.
57. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstetrical & gynecological survey* 1983; 38(6):322-38.
58. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Manaseki-Holland S. Birth-related perineal trauma in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Maternal and child health journal* 2019; 23(8):1048-70.
59. Thakur M, Bal H, Tambe V, Singireddy N. Evaluation of episiotomy in present day obstetric practice. *Medical Journal of Dr. DY Patil Vidyapeeth* 2020; 13(5):529.
60. Ahmadi Z. Review of effective methods to reduce damage to the perineum during delivery and its recovery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(155, 15):19-30.
61. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive health* 2017; 14(1):1-10.