

تعیین ارتباط عوامل زایمانی و نوزادی با بهبود زخم اپی‌زیاتومی در زنان نخست زای بیمارستان امالبنین (س) شهر مشهد در سال ۱۳۹۲

مریم آرادمهر^۱، صدیقه اظهري^{۲*}، صدیقه احمدی^۳، الهام آزموده^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان رازی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۴. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۴

خلاصه

مقدمه: تأخیر ترمیم اپی‌زیاتومی منجر به نتایج بد آناتومیکی، افزایش عفونت، کاهش عملکرد جنسی، اختلال روابط عاطفی مادر و نوزاد می‌شود، ولی تحقیقات اندکی در این زمینه انجام شده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط عوامل زایمانی و نوزادی با بهبود اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۹ مادر واجد مشخصات پژوهش مراجعه کننده به بیمارستان امالبنین (س) مشهد انجام شد. اطلاعات مربوط به زایمان، نوزاد و مادر با پرسشنامه‌های مربوطه جمع‌آوری و ارتباط آن‌ها با بهبود زخم اندازه‌گیری شده با فرم ریدا در روزهای اول، هفتم، دهم و چهاردهم بعد زایمان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، آنالیز واریانس یک طرفه، رگرسیون، اسپیرمن و پیرسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در روز ۱۰ و ۱۴ بعد از زایمان طول برش پوست ($p=0/037$, $p=0/026$)، تعداد بخیه‌های با نخ دو صفر ($p=0/042$, $p=0/028$)، میزان فعالیت منجر به کشش و فشار در محل بخیه‌ها ($p=0/037$, $p=0/048$) و میزان نشستن ($p=0/011$, $p=0/030$) با ترمیم اپی‌زیاتومی همبستگی معکوس و رعایت موارد بهداشتی ($p=0/048$, $p=0/039$) با ترمیم اپی‌زیاتومی همبستگی مستقیم داشت. درد با ترمیم اپی‌زیاتومی در روز هفتم ($p=0/015$) و دهم ($p=0/035$) همبستگی معکوسی داشت. تعداد بخیه‌های پوست ($p=0/012$) با ترمیم اپی‌زیاتومی در روز چهاردهم بعد زایمان همبستگی معکوسی داشت، یعنی تعداد بخیه‌های پوستی بیشتر باعث تأخیر در ترمیم زخم اپی‌زیاتومی شد.

نتیجه‌گیری: از میان تمامی متغیرها، برش پوستی وسیع‌تر، تعداد بیشتر بخیه‌های پوستی و بخیه‌های با نخ دو صفر، نشستن طولانی مدت و ایجاد فشار و کشش در محل بخیه‌ها، درد شدیدتر اپی‌زیاتومی و عدم رعایت بهداشت باعث تأخیر ترمیم اپی‌زیاتومی می‌شوند. پیشنهاد می‌شود اهمیت این عوامل به پرسنل بهداشتی و مادران آموزش داده شود.

کلمات کلیدی: اپی‌زیاتومی، ترمیم زخم، پرینه

* نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه اظهري؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱
پست الکترونیک: azharis@mums.ac.ir

مقدمه

اپیزیاتومی^۱ به معنی برش پودندا^۲ است (۱) و شامل برش فورشت^۳، عضلات سطحی، پوست پرینه و دیواره قدامی واژن است که در بافت پرینه داده می‌شود تا خروجی ولو^۴ را در زمان تولد جنین بزرگ‌تر کند (۲-۳) علی‌رغم اینکه نرخ انجام اپیزیاتومی معمول در کشورهای پیشرفته کاهش پیدا کرده است، اما در کشورهای آسیایی زنان به دلیل داشتن پرینه کوتاه و بافتی محکم، مستعد پارگی‌های وسیع می‌باشند، لذا استفاده از این روش هنوز به صورت معمول ادامه دارد (۴، ۵). خاجوی و همکاران (۲۰۱۰) در تهران، شیوع اپیزیاتومی را ۹۷/۳٪ گزارش داده و بیان کردند که شیوع اپیزیاتومی در ایران بسیار بیشتر از سایر نقاط دنیا می‌باشد (۳). همچنین در مطالعه نوابی (۲۰۰۷) میزان اپیزیاتومی انجام شده در بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد در سال ۱۳۸۴ بر اساس مدارک موجود در بیمارستان در زنان نخست‌زا ۸۸/۳٪ گزارش شد (۶). شیوع اپیزیاتومی مدیولترال نیز در ایران علی‌رغم مشکلات آن بیشتر از اپیزیاتومی مدین است، به همین دلیل قاعداً شیوع عوارض آن (درد پرینه، تأخیر ترمیم) در جامعه زنان ایرانی بیشتر است (۷).

با توجه به نحوه قرارگیری عضلات و فاسیا که به شکل گهواره می‌باشند، کف لگن نقش حمایتی را در لگن زنان ایفا می‌کند؛ به طوری که از افتادگی ارگان‌های لگنی جلوگیری کرده و این عمل برای عملکرد صحیح واژن، مثانه، رحم و رکتوم ضروری است و در صورت تضعیف یا تخریب کف لگن، اختلالات و عوارض طولانی مدت بروز می‌کند. هدف کلی از ترمیم پرینه، حفظ استحکام کف لگن مادر و تصحیح پیوستگی و یکنواختی بافتی می‌باشد (۸، ۹). تأخیر در ترمیم زخم منجر به نتایج بد آناتومیکی از جمله حساسیت پوست، تنگ شدن مدخل واژن، پرولاپس^۵ واژن، نامتقارن بودن مدخل واژن و فیستول‌های رکتوواژینال^۶ شده (۷) و نیز باعث ایجاد

اختلال در تشکیل ساختار عضلانی مناسب و در نهایت منجر به کاهش تون عضلانی خواهد شد (۹). همچنین از دیگر عوارض آن تأخیر در ترمیم زخم که باعث افزایش خطر عفونت شده (۹) و نیز خستگی، بی‌خوابی، ایجاد مشکل در نشستن و در آغوش گرفتن فرزند، کاهش عملکرد جنسی و اختلال روابط عاطفی مادر و نوزاد می‌باشد. بنابراین ترمیم زخم اپیزیاتومی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۹، ۱۰). با ترمیم سریع‌تر زخم اپیزیاتومی، یکی از اساسی‌ترین موانع حرکت و فعالیت مادر از بین رفته، ناراحتی مادر کاهش می‌یابد، باعث کاهش هزینه‌ها و برگشت زودتر فرد به فعالیت‌های روزمره می‌شود (۱۱). در صورتی که ترمیم به خوبی صورت نگیرد، سلامتی و بهبودی کوتاه یا طولانی مدت مادر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۹). از سوی دیگر، تأخیر در بهبود زخم می‌تواند طول دوره درد را افزایش دهد (۶). درد ناشی از اپیزیاتومی همواره مشکلی استرس‌زا برای زنان نخست‌زا بوده و اثر منفی بر عملکرد اولین تجربه مادر شدن آن‌ها داشته (۴)، ایجاد ارتباط بین مادر و نوزاد را به تأخیر انداخته (۵، ۱۲، ۱۳) و باعث احساس ناتوانی زن در مراقبت از نوزاد می‌شود (۱۴، ۱۵). عدم توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره به دلیل درد پرینه نیز باعث از دست رفتن آرامش و عزت نفس مادر می‌شود (۱۵). همچنین بی‌خوابی، خستگی، آشفتگی، اضطراب، عدم توجه به آموزش‌های بهداشتی که در رابطه با ارائه مراقبت از مادر و نوزاد ضروری است و ترس مادران از انجام زایمان واژینال و تمایل به انجام سزارین، از پیامدهای درد پرینه به دنبال پارگی و اپیزیاتومی هستند (۵، ۱۶، ۱۷). بنابراین باید جهت بهبودی سریع‌تر زنان در دوران بعد از زایمان، زمینه آسایش و راحتی آنان را با رفع درد و ناراحتی پرینه فراهم آورد (۱۸).

مراحل التیام زخم شامل: مرحله التهاب، مرحله تکثیر سلول (پرولیفراتیو)^۷ و مرحله تغییر شکل می‌باشد. مرحله التهاب با صدمه شروع می‌شود و تا ۳-۵ روز بعد ادامه دارد و بند آمدن خون (هموستاز) و فاگوسیتوز^۸ که دو عامل مهم فیزیولوژیک فعال هستند، در این مرحله

¹episiotomy

²puenda

³fourchette

⁴vulva

⁵prolaps

⁶fistula Rectovaginal

⁷Proliferative

⁸Phagocytosis

وکیلان (۲۰۰۹) وضعیت قرارگیری فرد و میزان نشستن با ایجاد ادم در محل اپی زیاتومی (۲۱)؛ در مطالعه کارولین (۱۹۹۹) درجه آسیب پرینه با شدت درد پرینه (۲۴) و در مطالعه ترک به نقل از دیویس (۱۹۹۷) و در مطالعه گرانت (۱۹۸۸) و لاینگ (۱۹۹۵) رعایت بهداشت با ترمیم اپی زیاتومی ارتباط داشتند (۲۵، ۲۶، ۲۷). از آنجایی که علی‌رغم فراوانی بالای اپی زیاتومی و اهمیت ترمیم اپی زیاتومی، تحقیقات اندکی در زمینه عوامل مرتبط با ترمیم اپی زیاتومی انجام شده است، به نظر می‌رسد شناخت عوامل مرتبط با ترمیم اپی زیاتومی قدم مؤثری جهت کاهش مشکلات مادر بعد از زایمان باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط عوامل زایمانی و نوزادی با بهبود زخم اپی زیاتومی در زنان نخست‌زا انجام شد تا با بکارگیری این یافته‌ها، خدمات مطلوب‌تری جهت تضمین سلامت مادران ارائه شود.

روش کار

این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۵ زن واجد شرایط پژوهش مراجعه‌کننده به بیمارستان ام‌البین (س) مشهد انجام شد. بعد از اخذ مجوز کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه و پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی از بیماران (در صورت تمایل)، افراد واجد شرایط پژوهش به روش نمونه‌گیری آسان در فاز فعال زایمان انتخاب شدند. بر اساس مطالعه مقدماتی، حجم نمونه بر اساس ضریب همبستگی تمام متغیرهای مربوط به مراحل زایمان، اپی زیاتومی و حاملگی فعلی و متغیرهای مربوط به نوزاد تعیین و بیش‌ترین حجم نمونه بر اساس متغیر وزن نوزاد با $(r=0/25)$ و $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ ، به عنوان حجم نمونه نهایی در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا با سن بین ۱۸-۳۵ سال، داشتن زایمان طبیعی همراه با اپی زیاتومی، زندگی با همسر خود، شاخص توده بدنی در محدوده ۱۹/۸-۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، عدم سابقه بیماری‌های مختل‌کننده بهبود زخم، عدم استفاده از داروهای مؤثر بر بهبود زخم، جنین واحد با نمایش سفالیک، نداشتن عفونت علامت‌دار واژن و فرج (ترشح

وجود دارد. مرحله دوم مرحله تکثیر سلولی است. این مرحله تقریباً در سومین روز پس از شروع زخم ایجاد و حدود ۲۱ روز ادامه دارد. در این مرحله فیبروبلاست‌ها^۱ کلاژن را ساخته، نقایص را پر کرده و مویرگ‌های جدید را تولید می‌کنند و بافت گرانولی یا نسج دانه‌دار تشکیل می‌شود. لبه‌های زخم جهت کاهش نقص به طرف هم کشیده می‌شوند. مرحله سوم، مرحله تغییر شکل است که آخرین مرحله التیام زخم است که ۲۱ روز طول می‌کشد و در صورت افزایش تراکم کلاژن و کاهش تشکیل عروق، باعث ایجاد بافت اسکار در محدوده زخم می‌شود (۱۹).

از جمله اقداماتی که پس از زایمان برای تسریع بهبود زخم انجام می‌شود: رعایت بهداشت پرینه، خشک نگه داشتن محل زخم و شستشوی مرتب ناحیه فرج و همچنین استفاده از محلول آب نمک یا ساولن رقیق شده یا یک ماده آنتی‌سپتیک می‌باشد (۹، ۲۰، ۲۱). عوامل متعددی بر التیام زخم مؤثرند که این عوامل شامل: سن، گردش خون، اکسیژن‌رسانی به زخم، وضعیت تغذیه، وضعیت زخم و سلامت عمومی بیمار می‌باشند (۱۹). شایع‌ترین علل نقص در التیام زخم، اختلال در تأمین خون و اکسیژن می‌باشد (۱۹). همچنین عفونت و مجاورت نامناسب بافت‌های اطراف (آناستوموز لگنی، جا نیفتادن شکستگی، بسته نشدن فضای مرده) باعث تأخیر در ترمیم زخم می‌شوند (۸، ۱۹). بیمارانی که تغذیه کافی ندارند، از داروهای استروئیدی استفاده می‌کنند. بیمارانی که بعد از عمل رادیوتراپی می‌شوند و یا یک بیماری مزمن و یا اختلال عملکرد سیستم ایمنی دارند و یا تحت فشارهای روانی هستند، خطر زیادی برای عدم التیام زخمشان وجود دارد و معمولاً زخم آن‌ها همراه با عوارض می‌باشد (۱۷، ۲۲، ۲۳).

پژوهشگر طی جستجو به مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط عوامل زایمانی و نوزادی با ترمیم اپی زیاتومی پرداخته باشد، دسترسی پیدا نکرد. ولی در چند مطالعه محدود اشارات مختصری به ارتباط برخی عوامل زایمانی و نوزادی با ترمیم اپی زیاتومی شده بود. از جمله در مطالعه

¹Fibroblast

عفونی، خارش، سوزش)، عدم ناهنجاری آشکار در نوزاد، نداشتن رکتوسل، سیستوسل شدید (درجه ۲ و بالاتر) دیواره یا توده در واژن، نداشتن سابقه مشکلات مامایی و عدم سابقه جراحی ترمیمی روی مهبل و میان دوره بود. مهم‌ترین معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود گسترش طول محل برش و تبدیل به پارگی درجه ۳ و ۴ و یا وجود پارگی به جز پارگی اپی‌زیاتومی، خونریزی واژینال غیرطبیعی، دیستوشی شانه (که منجر به استفاده از مانورهای غیر از مک رابرت شود)، بستری شدن نوزاد در NICU، خروج جفت با دست، تشکیل هماتوم، داشتن نزدیکی تا پایان پژوهش (در ۱۵ روز اول بعد از زایمان)، انجام عمل کورتاژ یا روزیون در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان، بروز یک حادثه نامطلوب در ۱۴ روز اول پس از زایمان، وجود تب نفاسی، ایجاد عفونت محل اپی‌زیاتومی، نیاز به بخیه زدن مجدد محل اپی‌زیاتومی و انجام اقدام دیگری به جز موارد توصیه شده جهت کاهش درد و بهبود سریع‌تر اپی‌زیاتومی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم انتخاب و حذف واحد پژوهش، مقیاس سنجش یبوست در حاملگی، پرسشنامه کوتاه شده درد مک‌گیل، فرم کنترل ترمیم زخم (REEDA scale)^۱، مقیاس sleep log برای بررسی الگوی خواب، فرم ثبت اطلاعات روزانه (مربوط به مصرف آنتی‌بیوتیک، رعایت نکات بهداشتی، تغذیه و میزان فعالیت فیزیکی مادر)، فرم مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به حاملگی، فرم اطلاعات مربوط به مراحل زایمان، اپی‌زیاتومی و نوزاد بودند.

روایی فرم‌های انتخاب و حذف واحد پژوهش، فرم ثبت اطلاعات مربوط به زایمان و اپی‌زیاتومی، فرم ثبت اطلاعات روزانه و فرم سنجش یبوست به روش روایی محتوا تأیید شد. روایی پرسشنامه کوتاه شده درد مک‌گیل به وسیله روایی ملاکی از طریق مقایسه با ابزار دیداری درد (I=۰/۸۵۴) تأیید شد. روایی ابزار ریدا توسط پازنده (۱۳۸۷) (۲۸) و روایی مقیاس sleep log، برای بررسی الگوی خواب توسط بنداد (۱۳۸۰) با روش روایی محتوا تأیید شده است (۲۹).

فرم انتخاب واحد پژوهش و ثبت اطلاعات روزانه ابزارهایی پایا بوده و پایایی فرم حذف واحدهای پژوهش، فرم اطلاعات مربوط به مراحل زایمان و اپی‌زیاتومی با روش توافق ارزیابان (I=۰/۸۷، I=۰/۹۴، I=۰/۸۹)، پایایی فرم مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به حاملگی به روش آزمون مجدد (I=۰/۸۹) و پایایی پرسشنامه درد مک‌گیل با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) (I=۰/۹۱۱) تأیید شد. همچنین پایایی فرم بررسی بهبود زخم (REEDA) توسط پازنده (۱۳۸۷) (۲۸)، پایایی مقیاس سنجش یبوست توسط بروسارد (۱۹۹۸) (I=۰/۹۲) (۳۰) و طباطبایی چهر در زنان باردار (۱۳۷۹) (I=۰/۸۲) (۳۱) و پایایی مقیاس sleep log توسط بنداد (۱۳۸۰) به صورت آزمون مجدد تأیید شده است (۲۹).

در بدو انتخاب واحدهای پژوهش، فرم مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به حاملگی فعلی تکمیل شد. با فرا رسیدن زمان وضع حمل، مادر به اتاق زایمان منتقل شده و اپی‌زیاتومی در وضعیت لیتوتومی توسط عامل زایمان (مامای مسئول مادر، دانشجوی مامایی و یا زبندت زنان) ایجاد و سپس زایمان نوزاد و جفت انجام شد. پژوهشگر در طول مرحله اول و دوم زایمان بر بالین بیمار حضور داشته و اطلاعات مربوط به این مراحل را ارزیابی و ثبت نمود. همچنین پس از انجام زایمان (در شروع مرحله سوم زایمان) پژوهشگر اطلاعات مربوط به اپی‌زیاتومی شامل طول و عمق برش اپی‌زیاتومی را با استفاده از سوپ استریل و خط‌کش مدرج تعیین و ثبت کرده و پرینه از نظر گسترش برش اپی‌زیاتومی مورد بررسی قرار گرفت.

پس از خروج جنین و ترمیم اپی‌زیاتومی در وضعیت لیتوتومی توسط عامل زایمان، اطلاعات مربوط به نوزاد، اندازه برش اپی‌زیاتومی، نوع نخ و تعداد بخیه‌های استفاده شده، طول مدت ترمیم اپی‌زیاتومی و سایر اطلاعات زایمانی مربوط به مرحله سوم زایمان ثبت شد. پژوهشگر بعد از ترمیم اپی‌زیاتومی در خصوص نحوه مراقبت از میان دوره و بخیه‌ها، بهداشت فردی و نحوه تکمیل فرم ثبت اطلاعات روزانه (شامل اطلاعات استفاده از مسکن، کرم جهت محل بخیه‌ها، آنتی

¹REEDA:Reednes, Edema, Echymosis, Discharge, Approximation

نمره گذاری شده است) در روز هفتم بعد از زایمان و فرم سنجش یبوست (شامل نمره‌ای است که فرد به ۸ خصوصیت تعداد دفعات اجابت مزاج، سختی و سفتی مدفوع، درد مقعد هنگام اجابت مزاج، مدت زمان زور زدن هنگام اجابت مزاج، اتساع شکمی و نفخ، احساس دفع ناکامل مدفوع، احساس پری و فشار لگنی و عدم موفقیت برای عمل دفع در طول ۲۴ ساعت می دهد) در روز هفتم و دهم بعد از زایمان توسط مادر تکمیل شد. در مراجعه مادر در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم بعد از زایمان وجود متغیرهای حذف واحد پژوهش ارزیابی شد.

به تمام واحدهای پژوهش کارتی حاوی شماره واحد پژوهش، تاریخ مراجعه مجدد مادر به منظور یادآوری زمان مراجعه و شماره تماس پژوهشگر داده شد. در روز ششم و نهم و در صورت لزوم در روز سیزدهم بعد از زایمان طی تماس تلفنی زمان مراجعه مادر به بیمارستان یادآوری شد. در صورت عدم مراجعه مادر به بیمارستان، پژوهشگر به منزل مادر مراجعه کرده و چنانچه مادر درد شدید و یا روند بهبود زخم نامناسب بود، جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به پزشک ارجاع داده می شد. در صورت عدم تمایل مادر به ادامه همکاری در هر مرحله ای از مطالعه، واحد پژوهش حذف شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های اسمیرنوف کولموگروف، اسپیرمن و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در طول مطالعه ۶ نفر به دلیل دارا بودن یکی از معیارهای حذف از مطالعه خارج شدند (۲ نفر به دلیل بروز یک حادثه نامطلوب، ۲ نفر به دلیل پارگی درجه ۳ و ۲ نفر به دلیل خروج جفت با دست) و در نهایت ۱۱۹ نفر پژوهش را به پایان رساندند.

میانگین سنی واحدهای پژوهش $20/26 \pm 25/27$ سال بود که همه واحدهای پژوهش در محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال قرار داشتند. سایر مشخصات فردی ارزیابی شده

بیوتیک، بهداشت، تغذیه و میزان فعالیت فیزیکی) آموزش‌های لازم را می‌داد و پمفلت آموزشی نیز در این زمینه در اختیار مادران قرار داده شد. سپس از مادران خواسته شد که روز هفتم، دهم و چهاردهم بعد از زایمان جهت بررسی درد اپی‌زیاتومی و بهبود زخم پرینه توسط پژوهشگر به بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد مراجعه کنند.

درد ناحیه پرینه در زمان‌های ۲ ساعت و ۱۲ ساعت بعد از اتمام ترمیم اپی‌زیاتومی و در روزهای اول، هفتم، دهم بعد از زایمان و در صورت نیاز (یعنی دریافت نمره ۲۰ تا ۶۰ از پرسشنامه کوتاه شده درد مک‌گیل در روز دهم بعد از زایمان، که نشان دهنده وجود درد متوسط تا شدید می‌باشد) در روز چهاردهم بعد از زایمان ارزیابی شد. جهت ارزیابی میزان درد اپی‌زیاتومی، پرسشنامه کوتاه شده درد مک‌گیل توسط مادر تکمیل شد. این پرسشنامه متشکل از سه بخش شامل: توصیف کلامی حسی- عاطفی (در محدوده بدون درد تا شدید)، مقیاس دیداری درد و شدت درد در حال حاضر می‌باشد و مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل شده از تمام مجموعه‌ها در ابعاد مختلف درد است. وضعیت بهبود اپی‌زیاتومی با استفاده از مقیاس ریدا در وضعیت لیتوتومی، در روزهای اول، هفتم و دهم پس از زایمان و در صورت عدم تکمیل ترمیم زخم اپی‌زیاتومی روز چهاردهم پس از زایمان تکمیل شد. پیگیری روند بهبود اپی‌زیاتومی بر اساس معیار عینی سنجش زخم ریدا (REEDA scale) طراحی شد. این ابزار دارای ۵ معیار قرمزی، ادم، کبودی، ترشح و فاصله بین دو لبه زخم می‌باشد که به هر کدام نمره‌ای بین صفر تا سه تعلق می‌گرفت که صفر به معنای عدم وجود متغیر و ۳ بالاترین نمره‌ای است که به حضور متغیر مورد نظر داده می‌شد. نمرات به دست آمده در هر متغیر با هم جمع شده و مجموع نمرات از حداقل صفر تا حداکثر ۱۵ بود که نمرات نهایی بالاتر، نشان دهنده بهبود ضعیف‌تر زخم می‌باشد. همچنین هنگام مراجعه مادر در روزهای پیگیری به بیمارستان، مقیاس sleep log برای بررسی الگوی خواب (این آزمون شامل ۱۰ پرسش است که به صورت مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت بوده و از نمره ۱ تا ۷

واحد‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. اکثر واحد‌های پژوهش دارای تحصیلات متوسطه، خانه‌دار با میزان درآمد خانوادگی در حد کفاف مخارج زندگی بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی (تحصیلات و شغل مادر، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و میزان درآمد خانواده) در زنان زایمان کرده دارای اپی‌زیاتومی

| متغیر | تعداد (درصد) |
|-------------------------|---------------------------------------|
| تحصیلات مادر | ابتدایی ۱۳ (۱۳/۳) |
| | راهنمایی ۲۶ (۲۶/۲۶) |
| | متوسطه ۴۶ (۴۶/۹) |
| | عالی ۱۳ (۱۳/۳) |
| شغل مادر | خانه دار ۹۶ (۹۸) |
| | شاغل ۲ (۲) |
| وضعیت اقتصادی و اجتماعی | طبقه اول ۱ (۱) |
| | طبقه دوم ۵۷ (۵۷) |
| | طبقه سوم ۴۲ (۴۲) |
| | طبقه چهارم و طبقه پنجم ۰ (۰) |
| میزان درآمد خانواده | کمتر از حد کفاف مخارج زندگی ۲۳ (۲۳/۵) |
| | در حد کفاف مخارج زندگی ۷۴ (۷۵/۵) |
| | بیشتر از حد کفاف مخارج زندگی ۱ (۱) |

در مطالعه حاضر بر اساس آزمون اسپیرمن، پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه، بین مشخصات فردی، اطلاعات مربوط به حاملگی فعلی، متغیرهای مربوط به مراحل زایمان و متغیرهای ارزیابی شده مربوط به نوزاد، با ترمیم اپی‌زیاتومی در هیچ‌کدام از روزهای اول، هفتم، دهم و چهاردهم بعد از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$).

فرم اطلاعات مربوط به اپی‌زیاتومی حاوی ۱۳ مورد (شامل طول برش مخاط واژن، طول برش پوست، عمق برش اپی‌زیاتومی، تعداد بخیه‌های با نخ صفر و دو صفر، تعداد بخیه‌های جهت ترمیم واژن و عضله و زیرپوست و پوست، طول مدت ترمیم اپی‌زیاتومی، دوز لیدوکائین قبل برش و قبل ترمیم اپی‌زیاتومی، فاصله زمانی بین تزریق لیدوکائین تا ایجاد برش) بود.

در مطالعه حاضر بر اساس آزمون پیرسون، از میان متغیرهای مربوط به اپی‌زیاتومی، طول برش پوست با ترمیم زخم روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان ($p = 0.037$)، $p = 0.026$) ارتباط معکوس و معنی‌داری داشت. همچنین بر اساس آزمون پیرسون، تعداد بخیه‌های با نخ دو صفر و ترمیم زخم اپی‌زیاتومی در روز دهم ($p = 0.042$) و

فرم مشخصات فردی حاوی ۵ پرسش (سن، تحصیلات مادر، شغل مادر، وضعیت اقتصادی اجتماعی، میزان درآمد خانواده) و فرم اطلاعات مربوط به حاملگی فعلی حاوی ۴ مورد (شامل انجام مراقبت‌های دوران بارداری، خواسته بودن بارداری، انجام ورزش کج‌ل، شیو ناحیه پرینه) بود. همچنین فرم اطلاعات مربوط به مراحل زایمان حاوی ۱۲ مورد (شامل وجود اختلال در پیشرفت زایمان (وجود تعویق یا توقف نزول و دیلاتاسیون)، وضعیت سر جنین هنگام تولد و استفاده از مانور ریتگن، طول مراحل زایمان (طول فاز نهفته و فعال مرحله اول زایمان، طول مرحله اول و دوم فاز فعال مرحله دوم زایمان، طول فاز نهفته مرحله دوم زایمان، طول سوم زایمان)، شدت خستگی و گرسنگی مادر در مرحله دوم زایمان، اتساع دهانه رحم بدو پذیرش در پژوهش، فاصله زمانی بین پارگی پرده‌های جنینی تا زایمان، حجم مایع دریافتی در مرحله اول و دوم و سوم زایمان، تعداد معاینات واژینال مرحله اول و دوم زایمان، فاصله زمانی بین زایمان تا شروع تغذیه دهانی و آغشتگی مایع آمنیوتیک به مکنونیوم) بود. فرم اطلاعات مربوط به نوزاد نیز حاوی ۴ مورد (وزن، قد، دور سر و جنس نوزاد) بود.

متغیرهای مربوط به اپی زیاتومی با ترمیم اپی زیاتومی در روزهای اول، هفتم، دهم و چهاردهم بعد از زایمان ارتباط معنی داری نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۲).

چهاردهم ($p = 0.028$) و تعداد بخیه‌های پوست با ترمیم زخم اپی زیاتومی در روز چهاردهم بعد از زایمان ($p = 0.012$) ارتباط معکوس و معنی داری داشت. همچنین بر اساس آزمون اسپیرمن و پیرسون، سایر

جدول ۲- ارتباط مشخصات برش اپی زیاتومی با ترمیم زخم اپی زیاتومی، در روزهای هفتم و دهم بعد از زایمان

| نوع و نتیجه آزمون در روزهای پیگیری بعد از زایمان | | متغیر | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| روز ۱۰ | روز ۷ | انحراف معیار \pm میانگین | |
| $*p = 0.197$ $x = -0.110$ | $*p = 0.086$ $x = -0.135$ | $56/73 \pm 9/10$ | طول برش مخاط واژن به میلی متر |
| $*p = 0.027$ $x = -0.380$ | $*p = 0.054$ $x = -0.257$ | $51/85 \pm 6/75$ | طول برش پوست به میلی متر |
| $**p = 0.002$ $x = -0.052$ | $**p = 0.104$ $x = -0.094$ | $16/97 \pm 4/99$ | عمق برش اپی زیاتومی به میلی متر |
| $**p = 0.078$ $x = -0.063$ | $**p = 0.069$ $x = -0.185$ | $11/66 \pm 40/52$ | تعداد بخیه‌های با نخ صفر |
| $*p = 0.042$ $x = -0.375$ | $*p = 0.076$ $x = -0.166$ | $11/07 \pm 2/19$ | تعداد بخیه‌های با نخ دو صفر |
| $**p = 0.063$ $x = -0.211$ | $**p = 0.055$ $x = -0.263$ | $5/70 \pm 1/41$ | تعداد بخیه‌ها جهت ترمیم واژن |
| $*p = 0.0720$ $x = -0.054$ | $*p = 0.0540$ $x = -0.059$ | $1/82 \pm 1/37$ | تعداد بخیه‌ها جهت ترمیم عضله |
| $*p = 0.071$ $x = -0.173$ | $*p = 0.062$ $x = -0.180$ | $5/05 \pm 0/96$ | تعداد بخیه‌ها جهت ترمیم زیرپوست |
| $*p = 0.050$ $x = -0.356$ | $*p = 0.058$ $x = -0.349$ | $6/08 \pm 0/85$ | تعداد بخیه‌ها جهت ترمیم پوست |
| $*p = 0.0714$ $x = -0.053$ | $*p = 0.0704$ $x = -0.062$ | $19/64 \pm 5/42$ | طول مدت ترمیم اپی زیاتومی به دقیقه |
| $*p = 0.364$ $x = -0.072$ | $*p = 0.475$ $x = -0.062$ | $4/380 \pm 0/487$ | دوز لیدوکائین استفاده شده قبل ایجاد برش به میلی لیتر |
| $*p = 0.894$ $x = -0.015$ | $*p = 0.711$ $x = -0.049$ | $4/510 \pm 0/822$ | دوز لیدوکائین استفاده شده قبل ترمیم اپی زیاتومی به میلی لیتر |
| $*p = 0.901$ $x = -0.021$ | $*p = 0.874$ $x = -0.029$ | $61/110 \pm 42/421$ | فاصله زمانی بین تزریق لیدوکائین تا ایجاد برش به ثانیه |

* Pearson correlation, ** Spearman Correlation

(کربوهیدرات، لبنیات، مایعات، پروتئین، میوه و سبزیجات، چربی) با ترمیم اپی زیاتومی، در هیچ کدام از روزهای اول، هفتم، دهم و چهاردهم بعد از زایمان ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0.05$).

بر اساس آزمون پیرسون و اسپیرمن در بررسی ارتباط ترمیم اپی زیاتومی با میزان فعالیت فیزیکی مادر در ۱۰ روز اول زایمان، میزان فعالیت منجر به کشش و فشار در محل بخیه‌ها و میزان نشستن با ترمیم اپی زیاتومی در روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان ارتباط معکوس و معنی داری داشت (جدول ۳).

بر اساس نتیجه آزمون اسپیرمن بین شدت درد و میزان بهبود زخم اپی زیاتومی در روز هفتم ($p = 0.015$) و دهم ($p = 0.035$) بعد از زایمان همبستگی معکوس و معنی داری وجود داشت.

در مطالعه حاضر بر اساس آزمون اسپیرمن و پیرسون بین نمره یبوست، نمره کلی مقیاس خواب sleep log (همچنین کیفیت خواب، هوشیاری و بی خوابی سنجیده شده با این مقیاس)، تعداد سفالکسین و سفکسیم استفاده شده بعد از زایمان، تعداد سهم مصرف هر یک از گروه‌های مواد غذایی در ۱۰ روز اول بعد از زایمان

جدول ۳- ارتباط میزان فعالیت فیزیکی مادر در ۱۰ روز اول بعد از زایمان با ترمیم زخم اپی زیاتومی در روزهای دهم و چهاردهم بعد از زایمان

| نوع و نتیجه آزمون در روزهای پیگیری بعد از زایمان | | متغیر | |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| روز چهاردهم | روز دهم | انحراف معیار \pm میانگین | |
| $*p = 0.876$ $x = -0.017$ | $*p = 0.098$ $x = -0.068$ | $9/835 \pm 16/28$ | مدت راه رفتن به ساعت |
| $*p = 0.054$ $x = 0.158$ | $*p = 0.065$ $x = 0.166$ | $34/65 \pm 170/12$ | مدت درازکشیدن به ساعت |
| $*p = 0.030$ $x = -0.270$ | $*p = 0.994$ $x = -0.11$ | $13/30 \pm 15/76$ | مدت نشستن به ساعت |
| $*p = 0.081$ $x = -0.096$ | $*p = 0.157$ $x = -0.069$ | $1/12 \pm 0/676$ | مدت چمباتمه زدن هنگام دفع به ساعت |
| $*p = 0.609$ $x = -0.035$ | $*p = 0.351$ $x = -0.087$ | $1/89 \pm 2/31$ | مدت چهار زانو نشستن به ساعت |

تعداد پله هایی که در ۱۰ روز اول بعد زایمان بالا و پایین رفته اند $31/82 \pm 38/10$ $**p=0/272, r=-0/061$
 تعداد دفعات فعالیت همراه با کشش و فشار در محل بخیه ها $1/12 \pm 1/58$ $**p=0/048, r=-0/199$

* Pearson correlation, ** SpearmanCorrelation

وجود داشت. تست رگرسیون برای تمام متغیرهایی که $p < 0/15$ داشتند، انجام شد. از میان این متغیرها، برخی متغیرهای مربوط به اپی زیاتومی، فعالیت فیزیکی مادر و رعایت موارد بهداشتی با ترمیم اپی زیاتومی در روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان ارتباط داشتند (جدول ۴).

بر اساس آزمون اسپیرمن، بین نمره کل رعایت موارد بهداشتی (شامل شستن دست‌ها قبل و بعد از دفع، شستن روزانه ناحیه تناسلی با آب گرم، خشک کردن محل بخیه ها، کوتاه بودن ناخن ها، تعویض روزانه لباس زیر و تعویض نوار بهداشتی طبق توصیه) با نمره ترمیم زخم اپی زیاتومی در روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان $(p=0/039, p=0/048)$ ارتباط معنی دار و مستقیمی

جدول ۴- ارتباط برخی متغیرهای مربوط به اپی زیاتومی، فعالیت فیزیکی مادر و رعایت بهداشت (متغیرهای با $p < 0/15$) با ترمیم

| نتایج تست رگرسیون | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| متغیر | روز دهم | روز چهاردهم |
| طول برش پوست | $\beta_1=0/152, p=0/020$ | $\beta_1=0/252, p=0/011$ |
| تعداد بخیه‌های با نخ دو صفر | $\beta_1=0/051, p=0/049$ | $\beta_1=0/249, p=0/015$ |
| تعداد بخیه‌های پوست | $\beta_1=0/030, p=0/078$ | $\beta_1=0/303, p=0/004$ |
| میزان فعالیت منجر به کشش و فشار | $\beta_1=0/157, p=0/021$ | $\beta_1=0/049, p=0/064$ |
| میزان نشستن | $\beta_1=0/340, p=0/001$ | $\beta_1=0/200, p=0/038$ |
| رعایت موارد بهداشتی | $\beta_1=0/058, p=0/059$ | $\beta_1=0/146, p=0/022$ |

زخم نیز بهبود زخم را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک زخم بزرگ دیرتر بهبود می‌یابد.

در مطالعه حاضر بین شدت درد و میزان بهبود زخم اپی زیاتومی ارتباط معکوس و معنی داری وجود داشت. احتمالاً درد از طریق انقباض عروقی باعث تأخیر در التیام زخم می‌شود (۳۴)؛ چرا که درد با تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، باعث انقباض عروقی شده (۳۵) و فشار پایین اکسیژن شریانی باعث تغییر ساخت کلاژن و مهار اپی تلیال سازی می‌شود (۸) و از سوی دیگر تأخیر در بهبود زخم می‌تواند طول دوره درد را افزایش دهد (۱۲) و این ارتباط دو طرفه در صورت عدم درمان همچنان ادامه دارد (۳۶). وسانت اندریو (۲۰۰۸)، کلین (۱۹۹۴) و مکارترور (۲۰۱۰) در مطالعات خود نشان دادند که با افزایش درجه پارگی پرینه، نیاز به ضد درد بیشتر و همچنین درد پرینه شدیدتری هنگام استراحت، نشستن و فعالیت وجود خواهد داشت (۳۵، ۳۷، ۳۸). در همین زمینه مطالعه کارولین (۱۹۹۹) نشان داد که رابطه قابل توجهی بین میزان پارگی یا آسیب پرینه و درد وجود دارد؛ به طوری که

بحث

در مطالعه حاضر بین تعداد بخیه‌های با نخ دو صفر و ترمیم زخم اپی زیاتومی در روز دهم $(p=0/042)$ و چهاردهم $(p=0/028)$ و بین تعداد بخیه پوست و ترمیم زخم اپی زیاتومی در روز چهاردهم بعد از زایمان $(p=0/012)$ ارتباط معکوس و معنی داری وجود داشت. لذا وجود تعداد کمتر گره و نخ بخیه، باعث تسریع ترمیم می‌شود (۸). نخ‌های بخیه همانند جسم خارجی عمل می‌کنند (۲۲) و شاید از طریق کاهش PH و کاهش فشار اکسیژن ترمیم زخم را به تأخیر می‌اندازند (۳۲). بنابراین بر اساس نتایج مطالعه حاضر برای به حداقل رساندن التهاب وابسته به بخیه باید حداقل بخیه لازم برای کنار هم نگه داشتن لایه‌های مختلف زخم به کار رود (۳۳).

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر، وجود ارتباط معنی دار و معکوس بین طول برش پوست با ترمیم زخم روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان $(p=0/037, p=0/026)$ بود. این یافته تأییدکننده این موضوع است که وسعت

استفاده از ترکیبات ضد عفونی کننده، با پاک کردن ترشحات و پوسته‌های اضافی زخم باعث افزایش مهاجرت سلول‌های اپی‌تلیال و تسریع بهبود زخم می‌شود (۲۵). در مطالعه گرانت و همکاران (۱۹۸۸) استفاده از نمک، ساولن و آب ساده باعث بهبود معیارهای روند بهبودی یعنی بازشدگی زخم با میزان قرمزی، میزان تورم، میزان درد و جذب بخیه‌های پوستی اپی‌زیاتومی در روزهای اول، پنجم و دهم بعد از زایمان شد (۲۶). لاینگ و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعه خود نشان دادند آموزش صحیح و دقیق در زمینه پاک نگه داشتن میان دوراه از آلودگی‌ها نسبت به استفاده از مواد ضد عفونی کننده، نقش بسیار مهم‌تر و اساسی‌تری در کنترل عفونت دارد و نشان دادند که آب ساده در پیشگیری از عفونت اپی‌زیاتومی و نیز تسریع بهبودی آن مؤثر بوده و با در نظر گرفتن این نکته که این مایع برای مادران ارزان، قابل قبول، بدون عارضه و کاربرد آن راحت می‌باشد، استفاده از آن جهت بهداشت پرینه بعد از زایمان توصیه می‌شود (۲۷).

از نقاط قوت مطالعه حاضر بررسی ارتباط بسیاری از فاکتورهای مربوط به زایمان، اپی‌زیاتومی و نوزاد به طور همزمان با ترمیم اپی‌زیاتومی بود که تاکنون در مطالعه‌ای این مقوله به طور مجزا گزارش نشده است. همچنین کنترل کامل وضعیت تغذیه، میزان تحرک فیزیکی و ویژگی‌های فردی واحدهای پژوهش که مؤثر بر بهبود زخم هستند، از دیگر نقاط قوت مطالعه حاضر بود. به دلیل محیط پژوهش، انجام مراقبت‌های مرحله اول، دوم و سوم زایمان، خارج کردن جفت و نوزاد و ترمیم اپی‌زیاتومی توسط یک فرد واحد برای همه واحدهای پژوهش امکان‌پذیر نبود که سعی شد از طریق حذف برخی متغیرهای مرتبط با اپی‌زیاتومی و زایمان (مانند وجود گسترش طول محل برش و تبدیل به پارگی درجه ۳ و ۴، خروج جفت با دست، آغشته شدن زخم اپی‌زیاتومی با بتادین، طول مرحله دوم زایمان بیش از ۲ ساعت) تا حدی کنترل شود. از محدودیت‌های این مطالعه، عدم امکان بررسی دقیق وضعیت بهبود زخم اپی‌زیاتومی از طریق انجام بیوپسی روی برش‌های تمیز بخیه در انسان بود. از یافته‌های این تحقیق می‌توان در

میزان آسیب پرینه پیشگویی کننده نمره درد بعد از زایمان خواهد بود (۲۴). این مطالعات به طور غیر مستقیم با مطالعه حاضر همخوانی داشتند و نشان دهنده ارتباط معکوس بین ترمیم زخم و درد می‌باشند، زیرا بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین طول برش اپی‌زیاتومی با ترمیم زخم ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت.

در مطالعه حاضر بین میزان فعالیت منجر به کشش و فشار در محل بخیه‌ها با ترمیم اپی‌زیاتومی در روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان ($p=0/037$, $p=0/048$) و بین میزان نشستن با ترمیم اپی‌زیاتومی در روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان ($p=0/011$, $p=0/030$) ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت. احتمالاً کشش ناگهانی از طریق مهار تشکیل شبکه کلاژن و بافت همبند باعث تأخیر ترمیم زخم شده است (۱۹، ۸)، به همین دلیل در مرحله تکثیر ترمیم زخم، جلوگیری از کشیده شدن خط بخیه جزء مراقبت‌های مهم به شمار می‌آیند (۲۳، ۲۲). وکیلیان و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان داد که وضعیت قرارگیری فرد و نشستن او در طول روز در زمینه ایجاد ادم در محل اپی‌زیاتومی مؤثر است (۲۱). ادم بافت باعث ترمیم مشکل‌تر و افزایش احتمال عفونت می‌شود (۸).

در مطالعه حاضر همچنین بین نمره رعایت بهداشت با ترمیم زخم روز دهم و چهاردهم بعد از زایمان ($p=0/039$, $p=0/048$) ارتباط معنی‌دار و مستقیمی وجود داشت. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، تمیز نگه داشتن ناحیه آسیب دیده، شستن دست‌ها قبل از تماس با زخم و پاک کردن اگزودای زیاد، سلول‌های مرده یا صدمه دیده و ارگانسیم‌های بیماری یا سایر مواد که به عنوان مواد خارجی محسوب می‌شوند، باعث تسریع بهبود زخم می‌شود. احتمالاً به این دلیل که عفونت باعث افزایش التهاب و نکروز شده و با ترشح پروتئازها توسط ارگانسیم‌های عفونی بهبود زخم را به تأخیر می‌اندازد و بکارگیری روش‌های عاری از میکروب در زخم باعث کم شدن ورود میکروارگانسیم‌های بیماری‌زا به محل می‌شود (۲۲، ۱۹). مطالعه دیویس و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد که تمیز نگه داشتن زخم و

ارائه خدمات بالینی، آموزش مامایی و پژوهش‌های دیگر، جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی -درمانی استفاده کرد. در این زمینه می‌توان به مادران در مورد تمیز نگه داشتن ناحیه آسیب دیده، شستن دست‌ها قبل از تماس با زخم، همچنین قرار دادن ناحیه جراحی دیده در وضعیت مناسب و اجتناب از نشستن طولانی و فعالیت‌هایی که منجر به فشار و کشش زخم می‌شوند و به ماماها در مورد ایجاد برش اپی‌زیاتومی با حداقل اندازه ممکن، ترمیم اپی‌زیاتومی با حداقل تعداد بخیه‌ها و در صورت امکان بدون بخیه پوست، آموزش‌های لازم داده شود. از این رو به حداقل رساندن آسیب میان دوره باید در رأس مراقبت‌های زایمانی قرار گیرد و داشتن درک روشن از نحوه اداره آسیب وارد شده به میان دوره یک نیاز ضروری برای هر فرد شاغل در امور مامایی است. پیشنهاد می‌شود بعد از ارائه این آموزش‌ها به مادران و ماماها، بهبود اپی‌زیاتومی مادر سنجیده شود و تأثیر این آموزش‌ها بر ترمیم اپی‌زیاتومی ارزیابی شود.

نتیجه‌گیری

برش پوستی بزرگ‌تر، تعداد بخیه‌های پوستی بیشتر و تعداد بخیه‌های بیشتر با نخ دو صفر، نشستن طولانی

مدت و ایجاد فشار و کشش در محل بخیه‌ها، درد شدیدتر محل اپی‌زیاتومی و عدم رعایت بهداشت محل اپی‌زیاتومی توسط مادر باعث تأخیر ترمیم اپی‌زیاتومی می‌شوند. بنابراین هم چگونگی انجام این تکنیک و هم کیفیت مراقبت بعدی از آن دارای اهمیت می‌باشد. لذا از آنجا که استفاده از نتایج این تحقیق می‌تواند در آموزش رهاکارهای بهبود سریع‌تر زخم اپی‌زیاتومی و بدین ترتیب در ارتقاء سلامت مادران در دوره نقاهت پس از زایمان، نقش مؤثری داشته باشد، توصیه می‌شود در خصوص اهمیت این عوامل به پرسنل بهداشتی و مادران آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی با کد طرح تحقیقاتی ۹۱۱۳۲۴ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شد. بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم پژوهشی، کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کادر محترم بیمارستان ام البنین (س) و نیز مادران عزیز، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Cunningham FG. Williams obstetrics. 23th ed. New York: McGraw Hill; 2011. P. 400-6, 831.
2. Myles MF, Ruth B, Linda B. Myles textbook for midwives. 16th ed. London: Churchill Livingstone; 2010. P. 458-63.
3. Rezaei M, Shahoei R, Shahghibi S, Afkhamzade 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 Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(116):8-14. (Persian).
4. Jahdy F, Eghdampour F, Naghizadeh S, Kheyrikhah M, Taghizadeh M. Effect of Aloe vera and Calendula persica ointment on pain intensity of episiotomy in primiparous women. Q Horizon Med Sci 2013; 19(1):23-8. (Persian).
5. Aradmehr M, Azhari S, Shakeri MT. Study of factors associated with postoperative pain following episiotomy in primiparous women at Mashhad Omalbanin hospital in 2012. J Midwifery Reprod Health 2015; 3(1):305-14. (Persian).
6. Navabi Rigi SH, Abedian Z, Poorjavand M, Smaeli H. Comparing the effect of cooling jell pads and ice pack, after episiotomy on the intensity of perineal pain. Tabibe Shargh 2007; 9(1):27-36. (Persian).
7. Shojae KK, 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. (Persian)
8. Johnson R, Taylor W. Skills for midwifery practice. 1th ed. Trans: Shamaeyan N, Hadizadeh F, Ferozi M. Mashhad: Gonabad University Press; 2007. P. 267-300, 440-1. (Persian)
9. Azhari S, Aradmehr M, Rakhshandeh H, Tara F, Taghi Shakeri M. The effects of chamomile cream on wound healing of episiotomy in primiparous women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(93):16-26. (Persian).

10. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2001; 165(9):1203-9.
11. Yari F. The effect of lidocaine 2% and gel Lidocaine 2% during episiotomy on pain perineal area of the city of Khorramabad in primiparous women. [Master's Thesis]. Mashhad, Iran: School of Nursing and Midwifery Mashhad University of Medical Sciences; 1999. (Persian)
12. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(5):365-72.
13. Yahya S, Ozgholi G, Mojab F, Alavi Majd H, Shojaee A, Mirhaghjou N. The effect of Hypericum cream on perineal pain after episiotomy in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(159):1-7. (Persian)
14. Ahmadi Z. Review of effective methods to reduce damage to the perineum during delivery and its recovery. *Iran Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(155-156):19-30. (Persian).
15. Wheeler L. Nurse- midwifery handbook: a practical guide to prenatal and postpartum care. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. P. 242.
16. Boback IM, Jensen MD. Essential of maternity nursing. 10th ed. St Louis: Mosby Elsevier Health Science; 1990. P. 420-617.
17. Delaram M, Dadkhah N. Comparing the effects of lidocaine cream and mefenamic acid on post episiotomy pain. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(96):6-11. (Persian)
18. Macarthur A, Imarengaiy C, Tureanu L, Downey K. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of epidural morphine analgesia after vaginal delivery. *Anesth Analg* 2010; 110(1):159-64.
19. Estaj Z, Toufeghean T, Najjar L. Techniques and Principles of care: according to the latest headlines course of care principles and techniques of the Supreme Council for Planning Emergency Medical Course. 1st ed. Tehran: Andesheh Rafeei; 2008. P. 75-6. (Persian).
20. Klossner NJ. Introductory maternity nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. P. 252-8.
21. Vakilian K, Attarha M, Bekhrady R, Ghebleh F, Hatami Z, Siraj A. The effect of lavender in care of postpartum episiotomy wounds. *Shahrekord Univ Med Sci J* 2009; 10(3):63-9. (Persian).
22. Taylor C, Laylsyn C. Taylor's nursing fundamentals of nursing concepts. Trans: Eftekharianesh A, Larijani F. 2th ed. Tehran: Boshri; 2010. P. 230-6, 316.
23. Nobahar M. Techniques and principles of care: according to the latest headlines course of care principles and techniques of the Supreme Council for Planning Emergency Medical Course. 2nd ed. Tehran: Boshri; 2009. P. 192. (Persian)..
24. Carolyn M, Sandra H, Sampselle F. Spontaneous pushing during relationship to perineal outcomes. *Journal of Nurse-Midwifery* 1999; 44(1): 36-39.
25. Tork Zahrani SH, Amir Ali Akbari S, Vlaei N. Comparison of iodine and water in healing episiotomy. *Journal of Sciences and research Feaz* 2002; (20): 80-85.(Persian)
26. Grant A, Steep J. The Relief of perineal pain following childbirth, A survey of midwifery practice. *Midwifery* 1988;(4): 118-22.
27. Ling W. Nursing or the wound of lateral Episiotomy. *Scand J Nurs* 1995; 9:701-9.
28. Pazandeh F, Savadzadeh S. Effect chamomile essential oil on healing episiotomy in nulliparous women. *J Ardebil Univ Med Sci* 2010; 8(4):364-70. (Persian).
29. Bondar R, Abedian Z, Hassanabady H, Esmaili H. The relationship between sleep pattern and depression in pregnant women in the third trimester. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2005; 9(2):41-4. (Persian)
30. Broussard BS. The constipation assessment scale for pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27(3):297-301.
31. Tabatabae Chehr M. Comparison of the incidence and severity of common gastrointestinal complaints housewives and employed women Referred prenatal care city Bojnourd. [Master's Thesis]. Mashhad, Iran: School of Nursing and Midwifery Mashhad University of Medical Sciences; 2001. (Persian).
32. Mackay D, Miller AL. Nutritional support for wound healing. *Altern Med Rev* 2003; 8(4):359-77.
33. Shwartz SI. Principles of Surgery. Trans: Ahmadi Amoli H, Salemi J, Tavakkoli H. 1th ed. Tehran: Computer Science Publishing in Collaboration with Medical Artin; 2011. P. 185-9. (Persian).
34. Khajavi Shojae K, Dawati A, Zayeri F. Persistent perineal pain after episiotomy in nulliparous women admitted to hospitals in Tehran. *Journal of Medical Sciences Ghom* 2010; 3(2):57-62. [Persian]
35. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171(3):591-8.
36. Ardekani Y, Derakhshanfar A, Esmaeelpour K, Mostafavi A. Effect extracts of chamomile on Ulcerated colitis induced by acetic acid in adult male rats. *Iran Soci Physiol Pharmacol* 2010; 14(3):268-80. (Persian)
37. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4):1199-2042004;191:1199-204.
38. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-- a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 137(2):152-6.