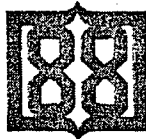




دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی



عنوان

بررسی تاثیر ماساژ پیرینه با وازلین بر میزان اپی زیوتومی و پارگی های پیرینه در هنگام زایمان
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مامایی (گرایش آموزش مامایی)

استاد راهنما:

سرکار خانم مهرناز گرانمایه

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران

استاد مشاور:

سرکار خانم زهره خاکبازان

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران

استاد مشاور آمار:

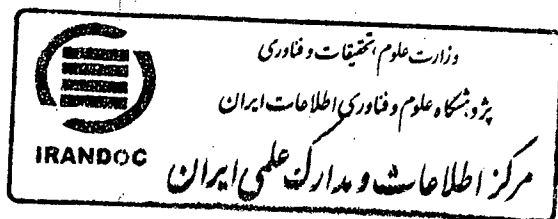
جناب آقای عباس مهران

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران

دانشجو:

زهرا رضایی حبیب آبادی

آذر ماه ۱۳۸۸



۱۵۹۵۸۴

۱۳۹۰/۳/۲۶

مسئولیت

صحت کلیه مطالب مندرج در این پایان نامه به عهده پژوهشگر می باشد.

تاریخ ۸۸/۱۰/۱۹
امضا

سپاس و ستایش مخصوص خداست

که پروردگار عالم است

آفریننده جهان های بی نهایت

پدید آورنده آسمان ها

و

صاحب عزت و جلال

و بزرگواریست.

خدایا

تویی که هر چه ببخشی، نیکوست

و

هر چه عطایت، بزرگ

و

تویی که به قدرت کامل هر چه بخواهی

می کنی

و

تنها تو بر هر چه خواهی قادری

تقدیم به ساحت مقدس وجود

امام سجاد (ع)

9

تقدیم به وجود پربرکت

صاحب الامر (عج)

تقدیم به روح بزرگ

پدر و مادر عزیزم

و

برادران شهیدم

محمود و علیرضا

9

تقدیم به

همسر همیشه همراه و فداکارم

9

فرزندان دلبندم

امین و محسن

سپاس

سپاس بی کران خداوند منان را که نعمت های بی شمارش را آفرید و همواره مرا در نشیب و فرازهای زندگی مورد لطف و مرحمت خویش قرار داد.

سپاس فراوان از استاد راهنمای عزیزم سرکار خانم مهرناز گرانمایه که دست دوستی مرا صمیمانه فشرده و با صبر فراوان کاستی های مرا نادیده گرفتند و نهایت کمک و همکاری را در مراحل مختلف این پژوهش مبذول فرمودند. سعادت و سلامتی ایشان را از خداوند منان خواستارم.

تشکر فراوان از استاد محترم سرکار خانم زهره خاکبازان که صمیمانه و در نهایت دقت در انجام این پژوهش مرا یاری نمودند. توفیق روز افزون ایشان را از خدای مهربان خواهانم.

تشکر فراوان از استاد محترم جناب آقای مهران استاد مشاور آمار که صبورانه مرا مرهون راهنمایی های خویش ساختند. برای ایشان آرزوی سلامتی و سعادت می کنم.

تشکر و قدردانی ویژه از سرکار خانم دکتر دهقان نیری و استادان ناظر گرامی سرکار خانم رحیمی کیان و سرکار خانم گلپان به خاطر وقت و دانشی که صرف این پژوهش نمودند. امیدوارم همیشه در صحت و سلامتی کامل بسر برند. همچنین تشکر و قدردانی خود را از ریاست محترم دانشکده، جناب آقای دکتر نگارنده، پرسنل دفتر تحصیلات تکمیلی، معاونت آموزشی و پژوهشی اعلام می دارم.

تشکر ویژه از پرسنل محترم بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهریار استان تهران و همچنین از همکار پژوهشی این تحقیق سرکار خانم زهره مظاهری فرد کارشناس ارشد مامایی فارغ التحصیل دانشکده پرستاری مامایی تهران که این پژوهش با کمک و مساعدت فراوان آنها تحقق یافت را اعلام می دارم. توفیق و سلامتی همیشگی این عزیزان را از خدای مهربان خواستارم.

از کلیه دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی دوره ۱۷ که خاطرات بسیار خوبی را برایم رقم زدند کمال تشکر را دارم. از زحمات فراوان و بی شائبه همسر عزیزم جناب آقای مهندس محمد افشاری که همواره مشوق و همراه من در تمام طول زندگی مشترکمان بوده اند و همچنین از خانواده محترمشان تشکر می نمایم.

از حاصلان زندگی فرزندان عزیزم امین و محسن به خاطر همه خوبی ها، صبوری ها و کمک هایشان قدردانی و تشکر می کنم و امیدوارم در سراسر زندگی همواره در پناه خداوند متعال بوده و در جهت رضایت او قدم بردارند.

عنوان: بررسی تأثیر ماساژ پرینه با وازلین بر میزان اپی زیوتومی و پارگی های پرینه هنگام زایمان

مقدمه: در هنگام زایمان از اپی زیوتومی به منظور پیشگیری از پارگی پرینه استفاده می شود. مشخص شده است که اپی زیوتومی خود دارای عوارضی چون درد، خونریزی، التهاب، عفونت، بی اختیاری ادرار و مدفوع و ایجاد اشکال در فعالیت جنسی می باشد. این عوارض می تواند از عوارض پارگی خودبخودی پرینه بیشتر باشد. استفاده از روش هایی مثل ماساژ پرینه هنگام زایمان امکان سالم ماندن پرینه را بالا می برد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ماساژ پرینه با وازلین که یک نرم کننده با عوارض ناچیز می باشد بر میزان اپی زیوتومی و پارگی های پرینه انجام گرفته است.

روش پژوهش: این پژوهش یک کارآزمایی تصادفی بوده که بر روی ۹۰ زن نخست زای کم خطر با سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته در بیمارستان امام سجاد شهرستان شهریار استان تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است. نمونه ها به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در هر دو گروه پس از اخذ رضایت نامه از مادر مشخصات دموگرافیک گرفته شد. در گروه مداخله پس از کراونینگ سر جنین و انتقال مادر روی تخت زایمان، ناحیه تناسلی شامل لبیبای کوچک و بزرگ، کلبتوریس و یورترا با وازلین پوشیده شده و ماساژ پرینه با وازلین بصورت جارویی و دورانی شروع گشته و تا خروج سر جنین ادامه یافت. گروه کنترل مراقبت های روتین را دریافت کردند. برای جلوگیری از سوگیری کلیه زایمان ها توسط همکار پژوهشی انجام شد و در صورت نیاز و تشخیص عامل زایمان اپی زیوتومی انجام گردید. پس از انجام زایمان یافته ها مانند میزان انجام اپی زیوتومی، رخداد پارگی و درجه آن و سالم ماندن پرینه ثبت گردید. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد میزان انجام اپی زیوتومی در گروه مداخله کمتر ($P < 0.001$) و میزان سالم ماندن پرینه بیشتر ($P < 0.001$) از گروه کنترل بود. با اینکه میزان ایجاد پارگی اعم از درجه یک و دو در گروه مداخله بیشتر بود ($P = 0.02$)، ولی پارگی درجه یک بیشتر از پارگی درجه دو مشاهده گردید ($33/3\% - 6/7\%$). پارگی درجه سه و چهار در هیچیک از دو گروه دیده نشد.

نتیجه گیری: نتایج حاکی از آن است که در گروه مداخله ماساژ پرینه با وازلین باعث کاهش میزان اپی زیوتومی و افزایش سالم ماندن پرینه گشته است. گرچه میزان پارگی های پرینه در این گروه افزایش دارد اما پارگی درجه یک از میزان بیشتری برخوردار است. بنابراین پیشنهاد می شود ماساژ پرینه با وازلین بعنوان یک روش مؤثر جهت کاهش میزان اپی زیوتومی و پارگی های درجه دو و بیشتر پرینه در هنگام زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه: اپی زیوتومی، پارگی پرینه، ماساژ پرینه، وازلین، زایمان

فهرست مطالب

فصل اول: معرفی پژوهش

۲	.....	زمنیه و اهمیت پژوهش
۸	.....	اهداف پژوهش
۸	.....	فرضیات پژوهش
۹	.....	پیش فرض ها
۱۰	.....	تعریف واژه ها

فصل دوم: دانستنی های موجود در پژوهش

۱۳	.....	چهارچوب پژوهش
۳۹	.....	مروری بر مطالعات

فصل سوم: روش انجام پژوهش

۵۸	.....	نوع پژوهش
۵۸	.....	جامعه پژوهش
۵۹	.....	روش تعیین حجم نمونه
۶۰	.....	روش نمونه گیری
۶۰	.....	معیارهای ورود و خروج از مطالعه
۶۴	.....	محیط پژوهش
۶۱	.....	روش و ابزار گردآوری داده ها
۶۱	.....	روش تعیین روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها
۶۲	.....	روش جمع آوری اطلاعات
۶۶	.....	روش تجربه و تحلیل داده ها
۶۳	.....	محدودیت های پژوهش
۶۴	.....	ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۶۷ جداول

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۹۵ بحث

۱۰۵ نتیجه گیری نهایی

۱۰۷ کاربرد یافته ها

۱۱۰ پیشنهادات

منابع

۱۱۲ فهرست منابع فارسی

۱۱۸ فهرست منابع انگلیسی

پیوست ها

پیوست شماره (۱): چکیده پژوهش به زبان انگلیسی

پیوست شماره (۲): پرسشنامه

پیوست شماره (۳): فرم رضایت نامه آگاهانه

پیوست شماره (۴): فرم تأییدیه کمیته اخلاق

فهرست جداول

- جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر سن در دو گروه مداخله و کنترل ۷۱
- جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وزن فعلی در دو گروه مداخله و کنترل ۷۲
- جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر میزان افزایش وزن در حین بارداری در دو گروه مداخله و کنترل ۷۳
- جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر قد در دو گروه مداخله و کنترل ۷۴
- جدول شماره (۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر میزان تحصیلات در دو گروه مداخله و کنترل ۷۵
- جدول شماره (۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر کفایت درآمد از دید خودشان در دو گروه مداخله و کنترل ۷۶
- جدول شماره (۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی در دو گروه مداخله و کنترل ۷۷
- جدول شماره (۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر سن بارداری بر اساس اولین سونوگرافی در دو گروه مداخله و کنترل ۷۸
- جدول شماره (۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وزن نوزاد در دو گروه مداخله و کنترل ۷۹
- جدول شماره (۱۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر جنس نوزاد در دو گروه مداخله و کنترل ۸۰
- جدول شماره (۱۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر آپگار دقیقه اول نوزاد در دو گروه مداخله و کنترل ۸۱
- جدول شماره (۱۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر مصرف اکسی توسین در طول مرحله دوم زایمان در دو گروه مداخله و کنترل ۸۲
- جدول شماره (۱۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر میزان اکسی توسین دریافتی در دقیقه در طول مرحله دوم زایمان در دو گروه مداخله و کنترل ۸۳
- جدول شماره (۱۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وجود سقط در دو گروه مداخله و کنترل ۸۴
- جدول شماره (۱۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر افزایش فشار خارجی روی فوندوس در مرحله دوم زایمان در دو گروه مداخله و کنترل ۸۵
- جدول شماره (۱۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وجود بند ناف دور گردن جنین در دو گروه مداخله و کنترل ۸۶
- جدول شماره (۱۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر طول مرحله دوم زایمان در دو گروه مداخله و کنترل ۸۷

- جدول شماره (۱۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر طول اپی زیوتومی روی پوست در دو گروه مداخله و کنترل ۸۸
- جدول شماره (۱۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر طول اپی زیوتومی در واژن در دو گروه مداخله و کنترل ۸۹
- جدول شماره (۲۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر عمق اپی زیوتومی در عضله در دو گروه مداخله و کنترل ۹۰
- جدول شماره (۲۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وجود اپی زیوتومی در دو گروه مداخله و کنترل ۹۱
- جدول شماره (۲۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر پارگی پرینه در دو گروه مداخله و کنترل ۹۲
- جدول شماره (۲۳): جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وضعیت پرینه در دو گروه مداخله و کنترل ۹۳
- جدول شماره (۲۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر پرینه سالم یا پارگی درجه یک و وجود اپی زیوتومی یا پارگی درجه دو در دو گروه مداخله و کنترل ۹۴
- جدول شماره (۲۵): جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه از نظر وضعیت قسمت فوقانی پرینه در دو گروه مداخله و کنترل ۹۵
- جدول شماره (۲۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوارض ناشی از مصرف وازلین ایجاد شده در مادر در ناحیه پرینه در واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ۹۶

فصل اول

زمینه پژوهش

زمینه پژوهش

تولد نوزاد شامل دوره شروع انقباضات منظم رحمی تا خروج جفت است. در حین خروج سر پرینه نازک می شود و ممکن است بویژه در زنان نخست زا بطور خودبخودی پاره شود (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام^۱، ۱۳۸۴، ص ۵۰۳). پارگی های پرینه به انواع زیر تقسیم بندی می شود، پارگی نوع اول: فقط صدمه به پوست، پارگی نوع دوم: صدمه به عضلات پرینه، پارگی درجه سوم: شامل پارگی درجه دوم همراه با پارگی اسفنکتر^۲ مقعد، پارگی درجه چهارم: صدمه به پرینه شامل اسفنکتر داخلی و خارجی مقعد و مخاط داخلی (گولد^۳، ۲۰۰۷، ص ۴۲).

اجتناب از پارگی پرینه در طول زایمان مهم و از سال ۱۸۰۰ موضوع بحث های بالینی بوده است. از سال ۱۹۲۰ استفاده روتین از اپی زیوتومی برای جلوگیری از پارگی های پرینه آغاز شد. تا سال ۱۹۷۹ بیش از ۶۲٪ همه زنان و ۵۰ تا ۹۰٪ زنان نخست زا در هنگام زایمان اپی زیوتومی می شدند (دیویدسون^۴، جاکوبی^۵ و براون^۶، ۲۰۰۰، ص ۴۷۴). اپی زیوتومی مترادف پریئوتومی^۷ به معنای برش ناحیه پرینه در هنگام زایمان می باشد. اگر برش در خط وسط داده شود اپی زیوتومی میانی و اگر در خط وسط شروع شده، اما جهت آن به سمت طرفین و پایین دور از رکتوم^۸ باشد، میانی طرفی نامیده می شود (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، ۱۳۸۴، ص ۵۱۰). بعضی از اندیکاسیونهای انجام اپی زیوتومی عبارتست از: جنین بزرگ، زایمان سریع و نداشتن فرصت کافی برای کشش پرینه، قوس ساب پوبیک^۹ باریک با یک تنگه ورودی لگن تنگ و نمایش غیر طبیعی جنین.

زایمان نخست، اکسیپوت^{۱۰} خلفی، زایمان ابزارری، مرحله دوم طولانی شده و دیسترس جنینی می توانند با آسیب پرینه در ارتباط باشند (بوبک^۱ و همکاران، ۱۹۹۹، ص ۷۴۳). یکی از دلایل مقبولیت اپی زیوتومی جایگزین شدن یک برش

1 - Kanningham

2 - Sphincter

3 - Gould

4 - Davidson

5 - Jacoby

6 - Brown

7 - Perineotomy

8 - Rectom

9 - Subpubic

10 - occiput

جراحی مستقیم با قابلیت ترمیم آسانتر به جای پارگی های ناهمواری بود که در صورت عدم استفاده از اپی زیوتومی ایجاد می شدند (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، ۱۳۸۴، ص ۵۱۰). طبق مدارک مستند میزان بهینه اپی زیوتومی که می تواند باعث پیامد خوب مادری و نوزادی شود، از هر ۱۰۰ زایمان فقط ۱۰ مورد و یا کمتر است. میزان انجام اپی زیوتومی بیشتر از اینکه به فاکتورهای کلینیکی بستگی داشته باشد به ترجیح پزشک بستگی دارد (وبر^۲ و مینل^۳، ۲۰۰۲، ص ۱۱۷۲). در انگلستان ۴۰٪، در آمریکای شمالی ۵۴٪ و در اروپای شرقی ۹۹٪ زایمان ها همراه با اپی زیوتومی هستند (فردی آذر، ظاهری، صادقی خامنه، علیزاده و کوشاور، ۱۳۸۵، چکیده).

در پژوهشی که غفاری و رضازاده با هدف تعیین درصد فراوانی اپی زیوتومی و عوارض آن در بیمارستان میرزا کوچک خان انجام دادند، از تعداد ۴۵۲ زایمان واژینال انجام شده در این مدت، میزان فراوانی اپی زیوتومی در نخست زایمان ۱۰۰٪ و بطور کلی ۸۸٪ تعیین شد (چکیده، ۱۳۷۶). در حال حاضر در ایران بیش از ۸۰ درصد زایمانهای شکم اول و دوم با اپی زیوتومی همراه است (خانی، مکانی، مهران و مظلوم، ۱۳۸۴، چکیده).

این عقیده قدیمی مبنی بر درد کمتر بعد از اپی زیوتومی و التیام بهتر آن در مقایسه با پارگی ظاهرنا نادرست است (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، ۱۳۸۴، ص ۵۱۰). تحقیقاتی در سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ روشن ساخت که اپی زیوتومی نه تنها بعنوان جلوگیری کننده از پارگی پرینه عمل نکرده است، بلکه واقعا با یک افزایش در تعداد و شدت پارگی ها ارتباط داشته است (دیویدسون، جاکوبی و براون، ۲۰۰۰، ص ۴۷۶).

اپی زیوتومی از جسم پرینه محافظت نمی کند و به دلیل افزایش خطر پارگی های درجه سوم و درجه چهارم انجام آن در ایجاد بی اختیاری اسفنکتر مقعد نقش دارد. بی اختیاری مدفوع و گاز در زنان اپی زیوتومی شده ۴-۶ برابر افزایش یافته است (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، ۱۳۸۴، ص ۵۱۱ و هیرچ^۴، ۲۰۰۷، ص ۶۰ و کارول^۵ و بلیزان^۶، ۲۰۰۸، چکیده) سینرلو

-
- 1 - Bubac
 - 2 - Weber
 - 3- Meynl
 - 4 - Hirsch
 - 5 - Carole
 - 6 - Belizan

و همکارانش متوجه میزان بالاتری از بی اختیاری مدفوع در میان زنانی که اپی زیوتومی شده بودند نسبت به پارگی های خودبخودی شدند (ایزان و همکاران به نقل از سینرلو، ۲۰۰۶، ص ۱۶۶).

در مطالعه سیستماتیکی که در سال ۲۰۰۵ انجام شد، مدارکی مبنی بر حمایت از وجود منافی از اپی زیوتومی روتین بدست نیامد، درحقیقت صدمات اپی زیوتومی با یک برش جراحی می تواند از صدمات پارگی خود به خودی پرینه بیشتر باشد (هارتمن^۱، ویسواناتان^۲، پالمیری^۳، گارتلهنر^۴، ترپ^۵ و لهر^۶، ۲۰۰۵، ص ۲۱۴۲). اجتناب از اپی زیوتومی و محدود کردن آن باعث کاهش آسیب پرینه می شود (ایزان^۷، لابسکو^۸، ولس^۹ و فلدمن^{۱۰}، ۲۰۰۰، ص ۴۶۶ و استپ^{۱۱}، سیدیکویی^{۱۲}، امری^{۱۳} و باربر^{۱۴}، ۲۰۰۶، ص ۳۶۴). انجام آزادانه اپی زیوتومی صدمات جدی پرینه را افزایش می دهد و ممکن است سبب بی اختیاری، درد مزمن و ایجاد اشکال در عملکرد جنسی شود، بدون اینکه برای نوزاد سودی داشته باشد (آلن^{۱۵} و هانسون^{۱۶}، ۲۰۰۵، ص ۸). جاکوبی می گوید: مدرکی که نشان دهنده ترمیم آسانتر اپی زیوتومی نسبت به پارگی خودبخودی باشد، وجود ندارد. نیاز به زدن بخیه بیشتر و افزایش زمان و مواد مصرفی موجب افزایش هزینه ها می شود (۲۰۰۳، ص ۵۸۲).

سینرلو^{۱۷}، هارلو^۱، چکوز^۲ و ریپک^۳ می گویند که در از سرگیری رابطه جنسی بین کسانی که پارگی درجه ۲ داشتند و کسانی که اپی زیوتومی شده بودند تفاوتی دیده نشد. سه ماه پس از زایمان درد ۳۳٪ افرادی که پرینه سالم داشتند و یا دچار

- 1- Hartman
- 2-Viswanathan
- 3-Palmieri
- 4-Gartlehner
- 5- Thorp
- 6-Lohr
- 7-Eason
- 8 - Labrecque
- 9-Wells
- 10-Feldman
- 11-Step
- 12-Siddiqui
- 13-Emery
- 14-Barber
- 15-Allen
- 16-Hanson
- 17-Signorello

پارگی درجه یک شده بودند هنگام نزدیکی درد داشتند. در حالیکه این میزان در زنانی که اپی زیوتومی و یا پارگی های درجه دو داشتند ۴۸٪ بود (۲۰۰۱، ص ۸۸۳). درد در هنگام نزدیکی ۲ تا ۳ ماه پس از زایمان به ترتیب در اپی زیوتومی ۱۶٪ و در پارگی خودبخودی ۱۱٪ گزارش شده است. (سینرلو و همکاران به نقل از لارسن^۴، ۲۰۰۱، ص ۸۸۷)

در پژوهش هایی که در ساری و کرمانشاه انجام شده است مشخص گردید که در هنگام استفاده انتخابی از اپی زیوتومی نسبت به روش استفاده روتین، میزان انجام اپی زیوتومی و بروز پارگی های پرینه کمتر بوده است (کبودی و کبودی، ۱۳۸۰، ص ۲۱ و خانی و همکاران، چکیده، ۱۳۸۰) عابدی می نویسد: در گروه اپی زیوتومی شده علائمی مانند درد در ۱۲ ساعت اول، تورم در روز سوم و عفونت در روز دهم پس از زایمان بیش از گروه پارگی پرینه مشاهده شده است و موارد دیگری مثل قرمزی و بازشدگی لبه های زخم در دو گروه یکسان بوده است (۱۳۷۵، چکیده).

آرالکوماران^۵ می نویسد: در زنانی که اپی زیوتومی روتین دریافت نمی کنند، دادن زمان برای کشش پرینه و مراقبت از آن ممکن است باعث اجتناب از پارگی های درجه ۳ و ۴ شود (۲۰۰۶، ص ۹۳). تأثیر ماساژ قبل از زایمان پرینه در اجتناب از آسیب پرینه نشان داده شده است (گوم، شریدان^۶ و بولی^۷، ۲۰۰۳، ص ۷۰۷). استفاده از کمپرس گرم، حمایت و ماساژ پرینه در میزان اپی زیوتومی و درجات مختلف پارگی کاهش ایجاد می کند (بوبک و همکاران، ۱۹۹۹، ص ۳۹۶). ماساژ درمانی می تواند باعث کاهش استرس و فشار، افزایش گردش خون و کاهش درد شود. استفاده از ماساژ پرینه در طول لیبر موجب کشش عضلات پرینه اطراف مدخل واژن شده و می تواند باعث جلوگیری از پارگی بافت در طول زایمان شود (اویدز^۸، ۲۰۰۴، ص ۵۸). تحقیقات چندی نشان داده است که ماساژ پرینه در دوران بارداری^۹ (پره ناتال) بر کاهش اپی زیوتومی و

1 - Harlow

2 - Chekos

3 - Repke

4 - Larsson

5 - Arulkumaran

6 - Seridon

7 - Bewley

8 - Oids

9 - Prenatal