

زایمان در آب

وجیهه طزری (دانشجوی کارشناسی مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار)

نسرین فاضل (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار)

به کار گرفته می‌شود. ولی در ایران به این مسأله به طور جدی پرداخته نشده است. در حال حاضر زایمان در آب توسط دکتر علی اخلاقی در قالب یک طرح پژوهشی در بیمارستان شهید اکبر آبادی در تهران از مرداد ماه سال ۱۳۸۳ انجام می‌شود. تاکنون شصت زائو از این روش استفاده کرده اند. (۱)

تعریف زایمان در آب

دو واژه در این باره به کار گرفته می‌شود:

۱- لیبر (درد زایمان) در آب:

زائو در مراحل قبل از زایمان در آب غوطه‌ور است، و در زمان خروج جنین در خارج از آب قرار می‌گیرد.

۲- زایمان در آب:

خروج جنین در آب انجام می‌شود. در واقع مادر تحت نظر پزشک زمانی که دهانه‌ی رحم به اندازه‌ی چهار تا پنج سانتی متر باز شده است (مرحله فعال زایمان) وارد آب می‌شود. ورود به آب قبل از این زمان به دلیل اثرات تسکین دهنده زیاد آب ممکن است منجر به تأخیر مراحل بعدی زایمان شود. قابل ذکر است که در تمام مراحل کنترل لیبر (قبل از زایمان) از قبیل کنترل قلب جنین و... با کیفیت و کمیت زایمان عادی انجام می‌شود. (۲)

وضعیت قرارگیری

آب منجر به احساس سبکی و شناوری مادر می‌شود. در نتیجه تحرک و تغییر وضعیت برای مادر فراهم می‌شود که به فعال بودن مادر در روند زایمان کمک می‌کند. ما اجازه می‌دهیم مادر در آب وضعیت آزاد داشته باشد، که عموماً مادران وضعیت

درد زایمان دردی جسمانی است که فرایند فیزیولوژیک به حساب می‌آید. این درد یکی از شدیدترین دردهاست. درد زایمان مهم‌ترین و شایع‌ترین درد در سطح جامعه تلقی می‌شود. با توجه به اینکه روش‌های مختلفی اعم از دارویی و غیردارویی برای کاهش درد زایمان به کار گرفته شده است، هنوز در ایران ترس از درد زایمان از مهم‌ترین علت‌های امتناع زنان از زایمان طبیعی است. این مسأله در کنار باورهای نادرست روند زایمان و آگاهی کم در رابطه با شیوه‌های مختلف کاهش درد زایمان باعث افزایش آمار سزارین انتخابی در کشور ما شده است. (۱)

تاریخچه زایمان در آب

زایمان در آب از روش‌های علمی غیردارویی موفق کاهش درد زایمان است. سابقه این نوع تسکین درد زایمان به سال ۱۸۰۳م. در فرانسه بر می‌گردد. زمانی که یک زن پس از تحمل ۴۸ ساعت درد زایمان برای تسکین درد وارد وان آب گرم شد و ادامه‌ی زایمان آن‌قدر سریع و کم درد انجام گرفت، که فرصت خروج از آب را پیدا نکرد، و در همان جا نوزادش متولد شد. بعدها محقق روسی به نام ایگور چارکوفسکی روی زایمان در آب حیوانات مطالعه کرد. سپس تحقیقاتش را گسترش داده و دخترش و تا در سال ۱۹۶۳م. با وزن ۶۷/۲ پوند نارس در آب به دنیا آمد. در سال ۱۹۸۵م مرکز زایمان خانواده توسط دکتر مایکل روزنتال راه اندازی شد، و فعالیت خود را در این زمینه آغاز کرد. هم‌اکنون در بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکایی این روش

چمباتمه زدن را به خود می گیرند. اما وضعیت هایی نظیر درازکشیده، نیمه نشسته و ... نیز در مادران مشاهده می شود. (۳)

دمای مناسب آب

بنابراعتقاد اغلب پزشکان دمای مناسب آب ۳۶ تا ۳۷/۵ درجه سانتی گراد در نظر گرفته می- شود، که در مرحله ی اول زایمانی می تواند تا ۴۰ درجه سانتی گراد نیز افزایش یابد. ولی دمای بالاتر باعث بالا رفتن زیاد از حد دمای بدن (هیپر ترمی) و در نتیجه از دست رفتن آب بدن مادر و نوزاد می- شود. (۳)

استفاده از نوشیدنی ها

در این روش از مایعات داخل وریدی استفاده نمی شود. در نتیجه احتمال از دست رفتن مایعات بدن وجود دارد. چون احتمال از دست دادن مایعات در مراحل مختلف زایمانی وجود دارد و به دنبال آن ممکن است با کاهش حجم خون و در نتیجه پایین آمدن فشارخون مواجه شویم. بنابراین مایعات (حاوی گلوکز) با کنترل فشار خون به زائو می شود. در صورت نیاز به اتاق عمل و سزارین از لوله گذاری داخل تراشه استفاده می کنیم. (۳)

برش اپی زیوتومی

در صورت نیاز به اپی زیوتومی - برش در پرینه (میان دو راه) برای گشاد کردن کانال زایمانی اگر قوام واژن و پرینه برای زایمان نا مناسب باشد، مراحل لیبر(قبل از زایمان) داخل آب طی می شود. و هنگام زایمان زائو از آب خارج شده، برش اپی زیوتومی و زایمان خارج از آب انجام می شود. (۳)

وضعیت تنفس نوزاد در آب

در دوران بارداری جنین داخل مایع آمنیونی است. زایمان در آب محیطی مثل دوران بارداری برای نوزاد فراهم می کند. بنابراین تنفس نوزاد داخل آب مشابه دوران جنینی مهار است، و خطر ورود آب به داخل ریه ها (آسپیراسیون) وجود

ندارد. در حالی که تماس نوزاد با هوا و تغییر دما باعث شروع تنفس نوزاد می شود. از این زمان به بعد نوزاد داخل آب قرار نگرفته و بلافاصله از آب خارج می شود. در رابطه با عوامل مهار کننده تنفس در زیر آب نکات زیر دارای اهمیت است:

۱- جنین در رحم از طریق جفت و بند ناف اکسیژن رسانی می شود. حرکات ریتمیک تنفسی جنین توسط دیافراگم و عضلات بین دنده ای است، که بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از شروع درد زایمان، سطح پروستاگلاندین E2 آزاد شده از جفت افزایش یافته و منجر به آهسته یا متوقف شدن حرکات تنفس جنین می شود. یعنی در زمان زایمان عضلات تنفسی جنین فعال نیستند.

۲- اختلاف دما یک عامل مهم دیگر است. زمانی که جنین از مایع آمنیونی مادر به مایعی با همان دما وارد می شود نوزاد تغییری را دریافت نکرده و بنابراین تنفس او شروع نمی شود. یعنی خود اختلاف دما می تواند به عنوان آغازگر تنفس مطرح شود.

۳- آب یک مایع هیپوتونیک (فشاراسمزی آن کم است) است. در حالی که مایع ششی جنین یک محلول هیپرتونیک (دارای فشار اسمزی بالا) می- باشد محلول هیپرتونیک به علت دانسیته بیشتر مانع ورود مایع هیپوتونیک می شود.

۴- رفلکس اتونومیک یا رفلکس غوطه وری در آب پستانداران در بدو تولد به وجود آمده و تا ۶ تا ۸ ماهگی ادامه دارد. این رفلکس با جوانه های چشایی حنجره ارتباط دارد. هنگامی که محلول به این جوانه ها در حنجره برخورد می کند. دریچه ی گلوت خود به خود بسته شده و بنابراین محلول بلعیده می شود، ولی وارد نای و ریه ها نمی شود.

بنابر گفته های وی نوزاد هنگام تولد در آب چشم های باز دارد، و به طور شیطنت آمیزی

کنترل اندیکاسیون‌ها

- الف- برای سیر لیبردر آب
- ۱- تب بالاتر از ۴/۱۰۰ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سانتیگراد) یا شک به عفونت مادر؛
 - ۲- آمینونیت؛
 - ۳- دیسترس تنفسی تایید شده؛
 - ۴- هر شرایطی که مانیتورینگ الکترونیکی جنین بصورت مستمر لازم باشد و جایی که سمع FHR به تنهایی مناسب نباشد.
 - ۵- خونریزی بیش از حد واژینال.
 - ۶- مایع آمنیوتیک بطور واضح به مکنونیوم آغشته شده باشد.
 - ۷- بیمار VHI مثبت (بیمار مبتلا به ایدز می‌تواند از دوش آب گرم استفاده کند).

الف- مزایای فیزیولوژیک برای مادر:

- کاهش چشمگیر درد؛
- افزایش انقباضات موثر؛
- افزایش گردش خون و اکسیژن رسانی رحم؛
- افزایش ترشح اکسی توسین اندوژن؛
- کاهش استرس هورمون‌ها (آدرنالین و نورآدرنالین)؛
- افزایش اندروفین‌ها؛
- کاهش تحریکات حسی؛
- نیاز کم‌تر به اپیزیوتومی (برش میان دوره)؛
- کاهش مداخلات پزشکی از جمله سزارین؛
- کاهش نیاز به مسکن‌ها و ضد دردها؛
- کاهش قابل توجه طول مدت لیبر (پیشرفت سریعتر دیلاتاسیون سرویکس)؛
- افزایش آستانه درد؛
- افزایش متابولسم بافتی؛
- ذخیره انرژی و جلوگیری از هدر رفتن انرژی مادر جهت مرحله دوم زایمان؛

دست‌ها و پاهای خود را در آب تکان داده و به جلو حرکت می‌کند. نوزاد در آب با سادگی بیشتری بدن مادر را ترک می‌کند. اندام‌هایش به آسانی از هم باز می‌شوند. نور و صدایی که در زیر آب دریافت می‌کند ملایم‌تر است. تماس پوست به پوست مادر با پوست نوزاد در آب ملایم‌تر می‌باشد. (۴)

خروج جفت

مرحله سوم زایمان (خروج جفت) به دلیل احتمال عوارضی نظیر آمبولی در خارج از آب انجام می‌گیرد. در حالی که تا کنون مطالعات خطری را نشان نداده است. (۳)

پیگیری مادران

دکتر اخلاقی می‌گوید: زائو با دریافت آنتی-بیوتیک و در صورت نیاز مسکن دوازده تا بیست و چهار ساعت بعد از زایمان ترخیص می‌شود. چهل و هشت ساعت بعد از زایمان و بیست و هشت ساعت بعد با تماس تلفنی کنترل می‌شوند. روز دهم با مراجعه حضوری فرد، مادر از لحاظ خون ریزی، عفونت، مسایل شیردهی... بررسی می‌شود. (۳)

احتمال عفونت برای مادر و نوزاد

برای مطالعات تا کنون افزایش خطر عفونت با این روش گزارش نشده است. با استفاده از وان یک بار مصرف یا مواد ضد عفونی کننده وان، استفاده از آب جدید برای هر مادر، آنتی‌بادی‌های نوزادی مشابه آنتی‌بادی مادری، همچنین حرکت رو به خارج نوزاد در کانال زایمانی شانس ایجاد عفونت کم‌تری شود. در بیمارستان شهید اکبر آبادی برای هر بیمار یک بار آب وان عوض می‌شود و طی سه مرحله وان با ماده‌ی ضد عفونی کننده دکونکس شست و شو داده می‌شود. (۱)

- کاهش خفیف فشارخون؛
- افزایش دیامتر لگنی؛
- کاهش فشار بر بزرگ سیاهرگ زیرین (وناکوااینفریور)؛
- متوقف ساختن لیبر کاذب،
- مزایای روان‌شناختی برای مادر
 - احساس سبک وزنی و شنواری و توانائی
 - تحرک بیشتر و قابلیت قرارگرفتن در وضعیت‌های مختلف؛
 - تجربه مثبت و مفیدی از لیبر و زایمان
 - کاهش ترس، خشم و اضطراب؛
 - افزایش سطح خودآگاهی و هوشیاری در حین لیبر و زایمان؛
 - افزایش حس پذیرش نوزاد؛
 - اثرات آرام‌بخش اطمینان بخش و لذت بخش
 - افزایش ارتباط متقابل مادر و کودک (رابطه سمبلیک)؛
- توانایی بالاتر تمرکز در آب. (۳)
- مزایای زایمان در آب برای نوزاد
 - ورود ملایم و آسانتر نوزاد به محیط خارج از رحم؛
 - امن‌تر بودن در مقایسه با روش‌های دیگر؛
 - افزایش جریان خون بهتر نوزاد به علت جریان خون بهتر مادر؛
 - ایجاد یک محیط حد واسط و جلوگیری از برخورد نوزادان با استرس‌های ورود ناگهانی به محیط خارج از رحم؛
 - کاهش ضربه و تروما (ترومای کمتر مادر یعنی ترومای کمتر نوزاد)؛
 - کاهش نیاز به تحریک‌های تهاجمی جهت شروع تنفس؛
 - استفاده بهتر و سریع‌تر از شیر مادر. (۳)

منابع :

- ۱- آزادبیانی فاطمه. هفته نامه پزشکی امروز، چهارشنبه ۲۱ شهریور ۱۳۸۶، ۱۷ (۶۷۹)، ۱۰.
- ۲- ویلیامز جان. بارداری و زایمان ویلیامز، ویراست بیست و دوم، جلد دوم، ترجمه‌ی دکتر بهرام قاضی‌جهانی، تهران، انتشارات علوم پزشکی گلبن، ۲۰۰۵، ۵۸۸.
- 3- <http://www.iranwatherbirth.com/web/main.htm>
- ۴- میرلاشاری شیلا، رسولی مریم. پرستاری کودکان کودک بیمار. تهران، اندیشه رفیع، ۱۳۸۶، ۱۶۲.