

بسم الله الرحمن الرحيم

مداخلات غیر ضروری در لیبر و زایمان


دکتر نسیمه شریفی

استادیار گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

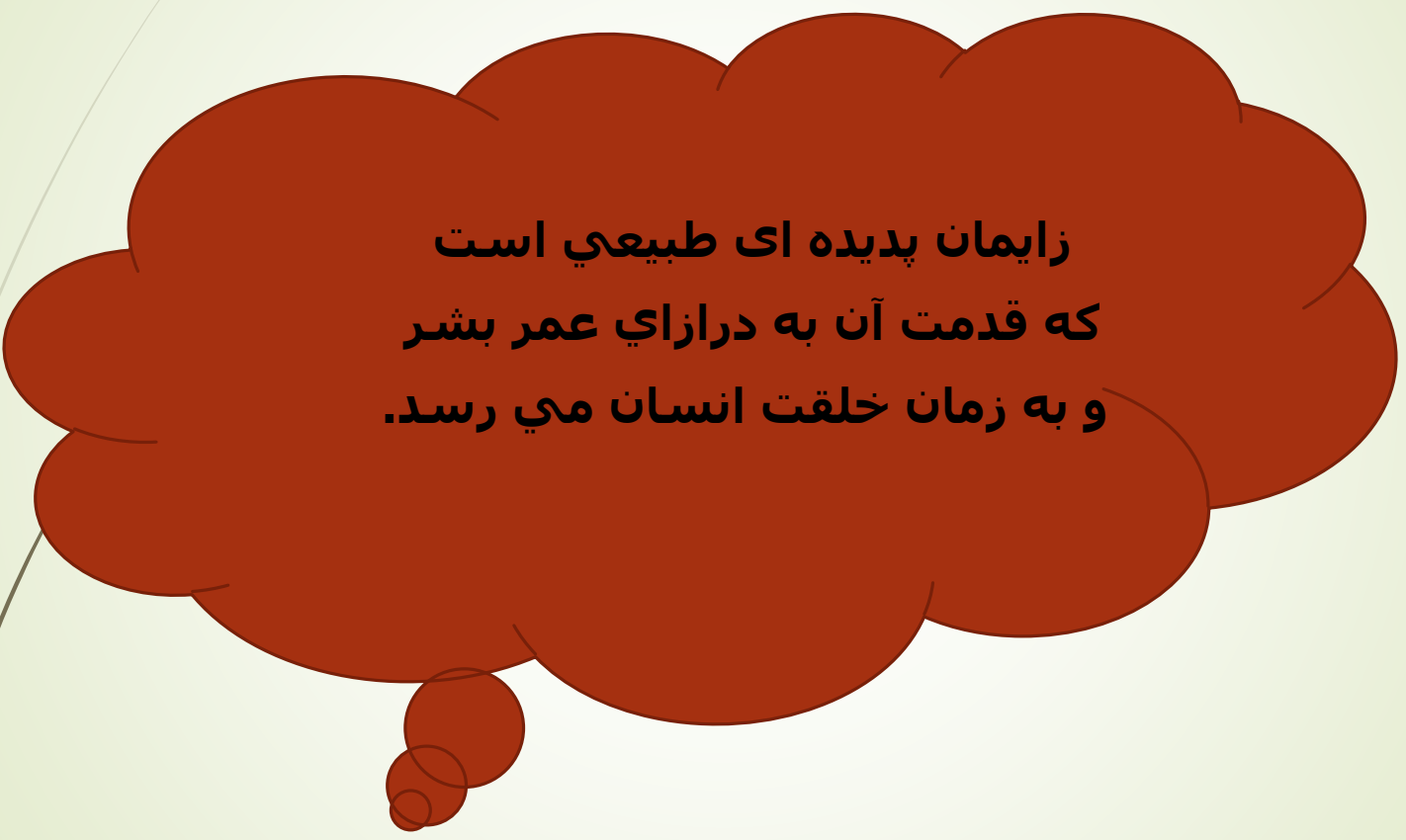
زایمان فیزیولوژیک

SPONTANEOUS VAGINAL BIRTH







کنترل مادر در لیبر و زایمان بدون مداخلات طبی غیر ضروری



**زایمان پدیده ای طبیعی است
که قدمت آن به درازای عمر بشر
و به زمان خلقت انسان می رسد.**


- 
- 
- **Childbirth is a significant event in a woman's life, with important implications for her physical and psychosocial wellbeing.**




Every minute a woman dies from complications of pregnancy or childbirth.


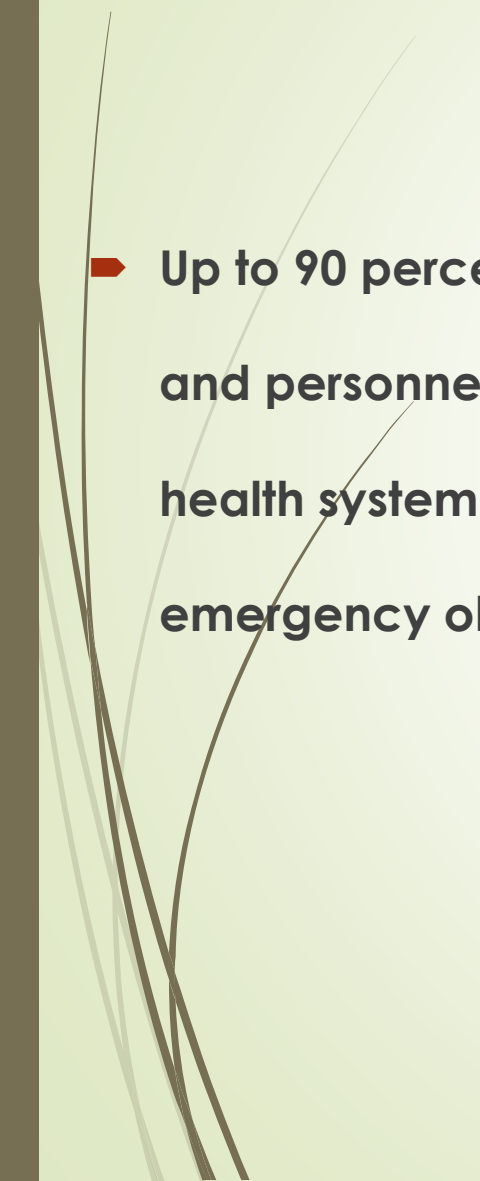
99 percent of these deaths occur in the Each year developing world.






**Most of these deaths could be avoided only if
appropriate care was available throughout pregnancy, childbirth and
the post-natal period.**



- 
- 
- **Up to 90 percent of maternal deaths can be prevented when midwives and personnel with midwifery skills are authorized and supported by the health system to practice their full set of competencies, including basic emergency obstetric and newborn care.**



Normal birth is defined by the WHO as:

spontaneous in onset, low-risk at the start of the labour and remaining so throughout labour and delivery.

The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy.

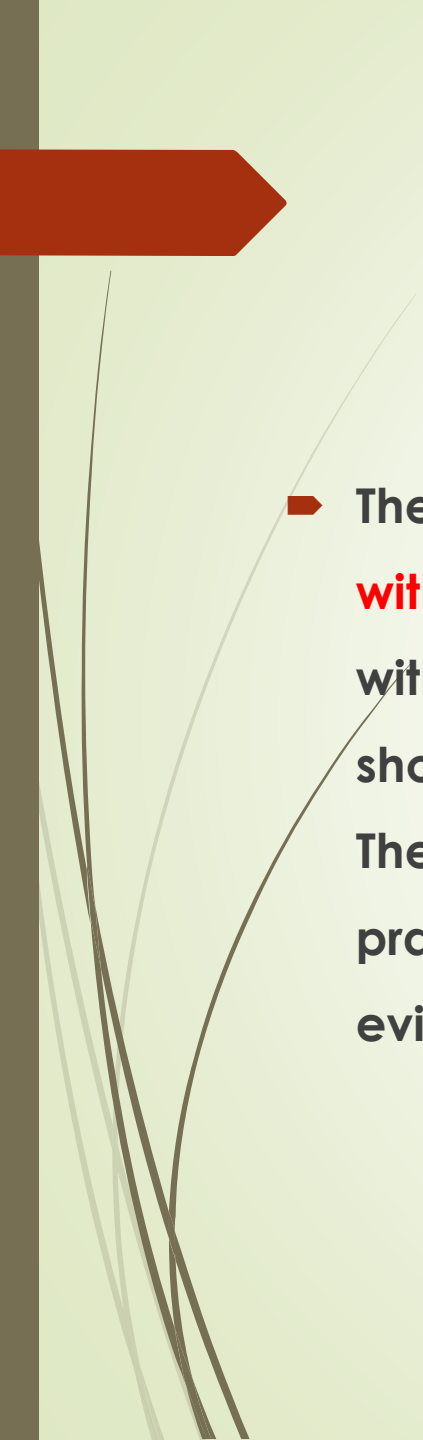
After birth mother and infant are in good condition”.







به نظر شما زایمان آسان است یا سخت ؟

آیا انسان در هنگام زایمان نیاز به کمک دارد ؟

یا بر طبق شرایط از پیش تعیین شده طبیعت
بدون کمک من و شما مسئولیت خود را به انجام
می رساند ؟

- 
- The aim of the care is to **achieve a healthy mother and child with the least possible level of intervention** that is compatible with safety. This approach implies that in normal birth there should be a valid reason to interfere with the natural process. Therefore, efforts should be done in order to abandon practices that are painful, potentially harmful and have no evidence to benefit, for a better experience of childbirth.

- 
- 
- Studies have shown that one **unnecessary intervention** in the physiological process of childbirth is associated with **an increased risk of precipitating another intervention.**

- 
- 
- **In 1996, the World Health Organization called for the elimination of unnecessary intervention in childbirth, yet currently there are few resources to assist maternity care providers in achieving this goal.**





نکات مهم برای عاملین زایمان

➡ اقدامات (روتین (بلی یا خیر)

➡ کدام اقدام موثر است

➡ کدام اقدام برای مادر فاطره قوش به جا می گذارد



CLASSIFICATION OF PRACTICES IN NORMAL BIRTH

This chapter classifies the practices common in the conduct of normal childbirth **into four categories**, dependent on their usefulness, effectiveness and harmfulness.


The classification reflects the views of the Technical Working Group on Normal Birth. Arguments for this classification are not given here; the reader is referred to the preceding chapters, which are the outcome of the reflection and debates of the Working Group, based on the best currently available evidence (numbers of chapters between brackets).



CATEGORY A:


**Practices which are Demonstrably Useful and Should be
Encouraged**





1. A personal plan determining where and by whom birth will be attended, made with the woman during pregnancy and made known to her husband/partner and, if applicable, to the family .


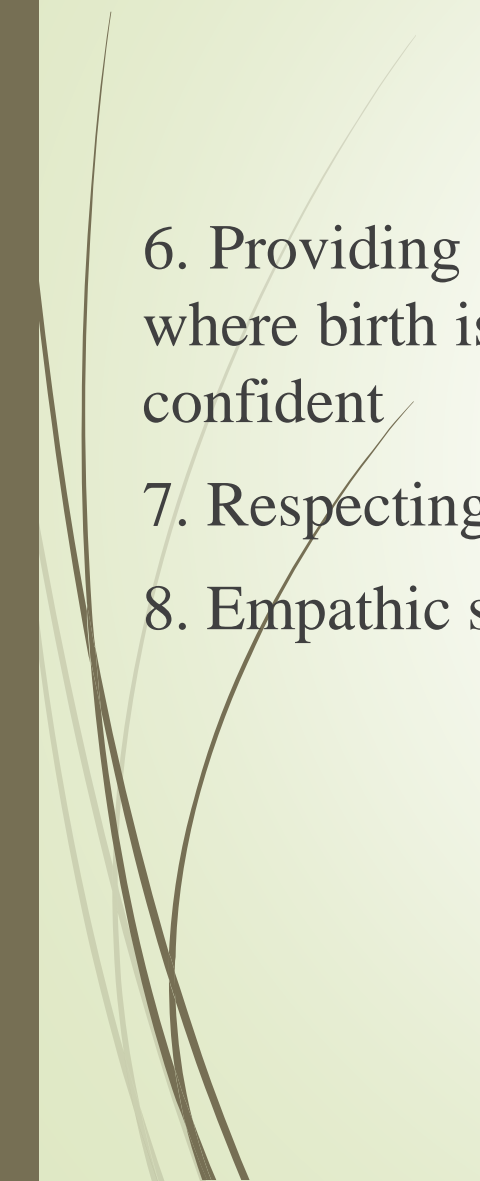
2. Risk assessment of pregnancy during prenatal care, reevaluated at each contact with the health system and at the time of the first contact with the caregiver during labour, and throughout labour .




3. Monitoring the woman's physical and emotional well-being throughout labour and delivery, and at the conclusion of the birth process

4. Offering oral fluids during labour and delivery

5. Respecting women's informed choice of place of birth

- 
- 
6. Providing care in labour and delivery at the most peripheral level where birth is feasible and safe and where the woman feels safe and confident
 7. Respecting the right of women to privacy in the birthing place
 8. Empathic support by caregivers during labour and birth.



9. Respecting women's choice of companions during labour and birth

10. Giving women as much information and explanation as they desire

11. Non-invasive, non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as massage and relaxation techniques



12. Fetal monitoring with intermittent auscultation

13. Single use of disposable materials and appropriate decontamination of reusable materials throughout labour and delivery


14. Use of gloves in vaginal examination, during delivery of the baby and in handling the placenta



15. Freedom in position and movement throughout labour

16. Encouragement of non-supine position in labour


17. Careful monitoring of the progress of labour, for instance by the use of the WHO partograph



18. Prophylactic oxytocin in the third stage of labour in women with a risk of postpartum haemorrhage, or endangered by even a small amount of blood loss

19. Sterility in the cutting of the cord

20. Prevention of hypothermia of the baby



21. Early skin-to-skin contact between mother and child and support of the initiation of breast-feeding within 1 hour postpartum in accordance with the WHO guidelines on breast-feeding


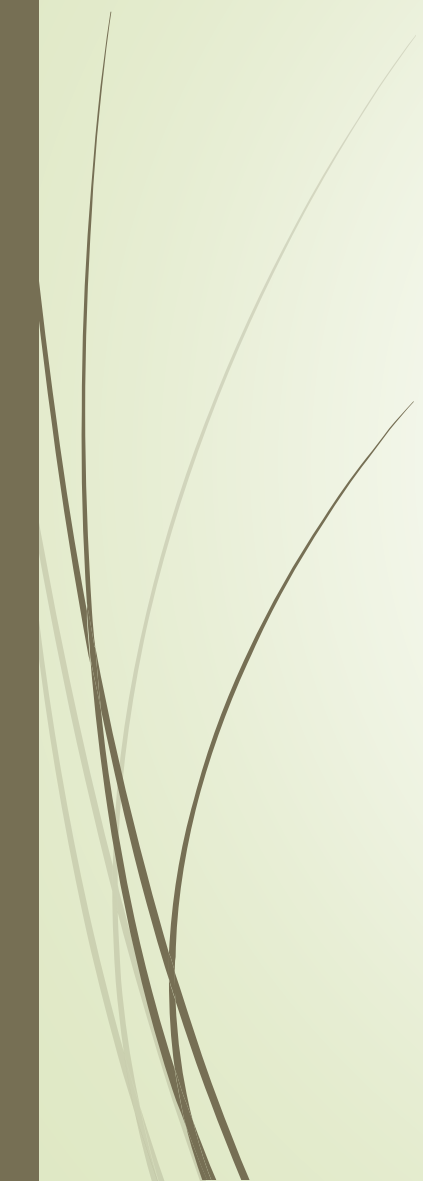
22. Routine examination of the placenta and the membranes



CATEGORY B:

**Practices which are Clearly Harmful or Ineffective and Should be
Eliminated**



- 
- 
1. Routine use of enema
 2. Routine use of pubic shaving
 3. . Routine intravenous infusion in labour
 4. Routine prophylactic insertion of intravenous cannula
 5. Routine use of the supine position during labour.



6. Rectal examination

7. Use of X-ray pelvimetry .

8. Administration of oxytocics at any time before delivery in such a way that their effect cannot be controlled.

9. Routine use of lithotomy position with or without stirrups during labour



10. Sustained, directed bearing down efforts (Valsalva manoeuvre) during the second stage of labour .

11. Massaging and stretching the perineum during the second stage of labour .

12. Use of oral tablets of ergometrine in the third stage of labour to prevent or control haemorrhage .



13. Routine use of parenteral ergometrine in the third stage of labour .


14. Routine lavage of the uterus after delivery .


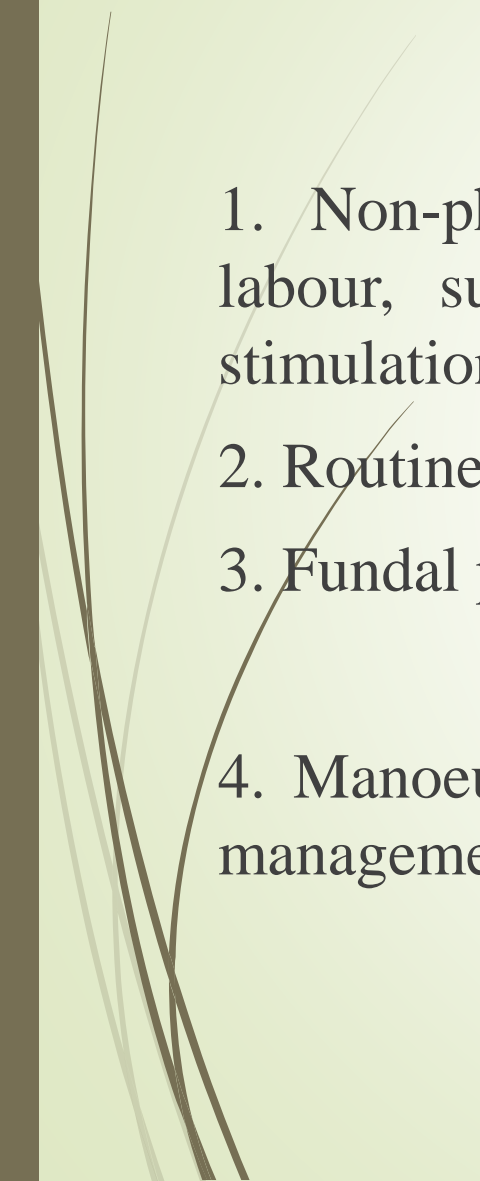
15. Routine revision (manual exploration) of the uterus after delivery .


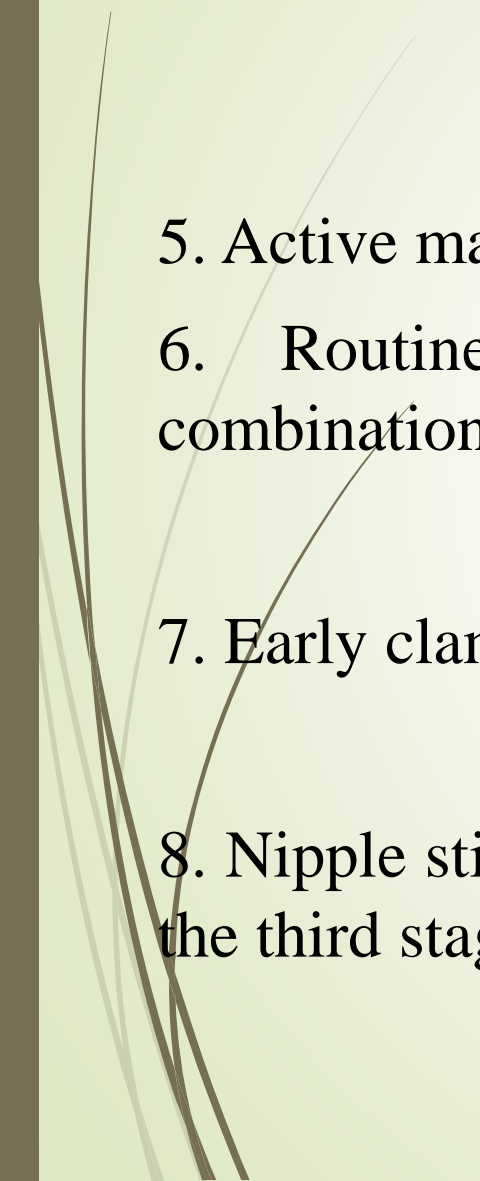


CATEGORY C:

**Practices for which Insufficient Evidence Exists to Support a
Clear Recommendation and which Should be Used with Caution
while Further Research Clarifies the Issue**



- 
- 
1. Non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as herbs, immersion in water and nerve stimulation .
 2. Routine early amniotomy in the first stage of labour .
 3. Fundal pressure during labour .
 4. Manoeuvres related to protecting the perineum and the management of the fetal head at the moment of birth .


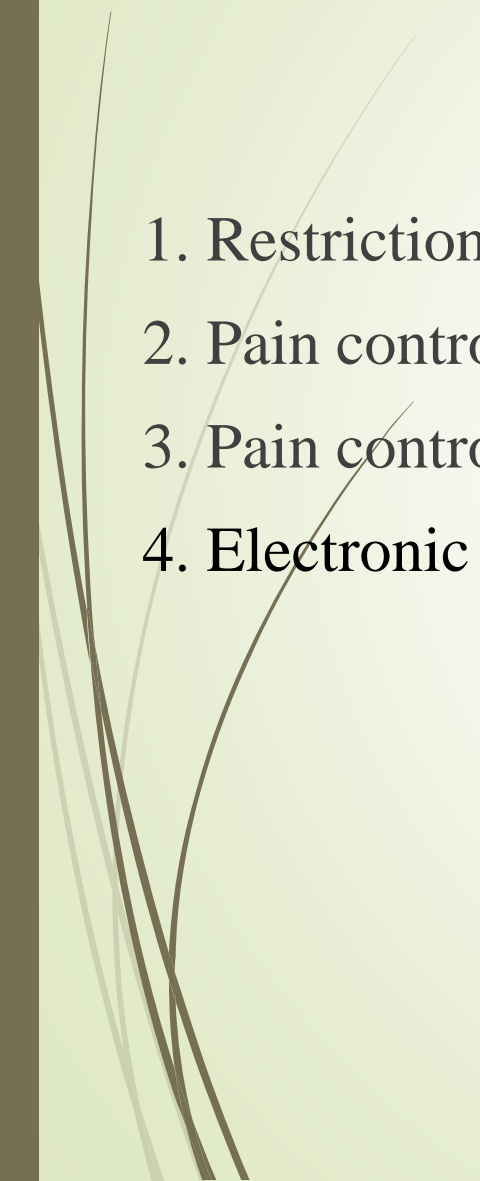
- 
- 
5. Active manipulation of the fetus at the moment of birth
 6. Routine oxytocin, controlled cord traction, or combination of the two during the third stage of labour .
 7. Early clamping of the umbilical cord .
 8. Nipple stimulation to increase uterine contractions during the third stage of labour .


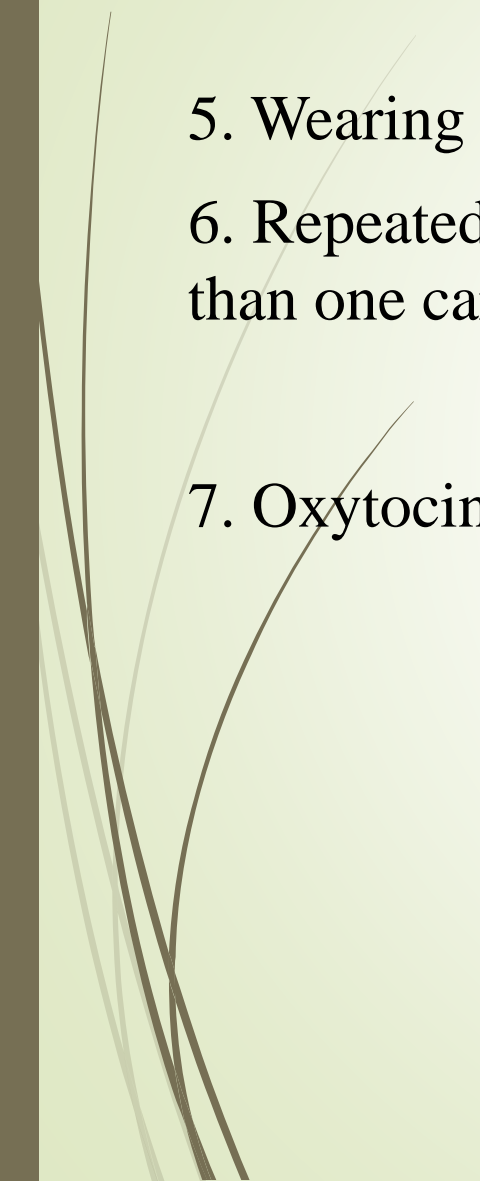


CATEGORY D:

Practices which are Frequently Used Inappropriately



- 
- 
1. Restriction of food and fluids during labour .
 2. Pain control by systemic agents .
 3. Pain control by epidural analgesia .
 4. Electronic fetal monitoring .


- 
- 
5. Wearing masks and sterile gowns during labour attendance
 6. Repeated or frequent vaginal examinations especially by more than one caregiver
 7. Oxytocin augmentation .



8. Routinely moving the labouring woman to a different room at the onset of the second stage .

9. Bladder catheterization .

10. Encouraging the woman to push when full dilatation or nearly full dilatation of the cervix has been diagnosed, before the woman feels the urge to bear down herself .



11. Rigid adherence to a stipulated duration of the second stage of labour, such as 1 hour, if maternal and fetal conditions are good and if there is progress of labour

12. Operative delivery

13. Liberal or routine use of episiotomy

14. Manual exploration of the uterus after delivery

مداخلات غیر ضروری روتین

- شیو
- انما
- تعویض لباس مادر
- ناستا بودن
- بستری در تفت لیبر
- رگ گرفتن
- سرم وصل کردن
- سوند مثانه
- اینداکشن و استیمولیشن
- فشار روی قله رحم
- لیتاتومی
- اپی زیاتومی
- معاینه مکرر واژینال

پذیرش زود هنگام زن باردار

پذیرش در فاز نهفته ی زایمان

انما

- بر اساس شواهد علمی نیست.
- موجب کاهش عفونت در مادر و نوزاد نمی شود.
- تفاوتی در طول لیبر گزارش نشده است.
- بدون خطر و ایجاد تروما نمی باشد.
- ناراحت کننده برای مادر به خصوص هنگام خروج مدفوع می باشد.
- باعث بر هم خوردن تعادل هورمونها می شود.
- وجود میکروب های طبیعی در ناحیه پرینه و تماس نوزاد هنگام زایمان با این میکروبها از نظر فیزیولوژیک و طبیعت برای نوزاد مهم است.
- نیاز به نیروی انسانی دارد.

مزایای انما

درخواست مادر

(به علت ترس از دفع مدفوع هنگام زایمان)

شیو

- شواهد علمی مبنی بر فواید آن برای مادر و نوزاد در دست بر اساس شواهد علمی نیست.
- شواهدی مبنی بر افزایش کلونیزاسیون باکتری های گرم منفی در مادرانیکه شیو می شوند وجود دارد.
- دخالت در خلوت مادر می باشد.
- ناراحت کننده است و موجب اضطراب می شود.
- مادر فکر می کند بدون کمک دیگران توانایی بدنیا آوردن فرزند را ندارد.
- پس از زایمان موجب احساس خارش در محل زخم می شود.
- نکته: از سال ۱۹۷۴ انجام شیو منسوخ شده است.
- حتی برای سزارین هم پوست را نمی تراشند فقط موها را کوتاه می کنند.

ناشتا بودن مین لیبر

- بر اساس شواهد علمی موجب کاهش اسپیراسیون نمی شود.
- موجب دهیدراتاسیون مادر می شود.
- برای مادر ناراحت کننده است.
- حرکت در لیبر مشکل است.

رگ گرفتن

- دریافت مایعات اضافی
- عدم حرکت مادر
- افزایش اضطراب مادر
- عدم راحتی مادر
- افزایش درد
- به هم خوردن تعادل هورمونی

اینداکشن

➤ شواهد نشان می دهد که نیمی از زنان تا روز EDC زایمان می کنند

➤ بنابراین ۵۰ درصد از زنان بعد از این تاریخ باردارند

➤ اجازه بدهید درد زایمان خودبخود شروع شود این نشاندهنده آماده بودن مادر و نوزاد می باشد

➤ تنها بر اساس اندیکاسیون اینداکشن کنید

- بعد از ۴۱ هفته تمام

- دیابت بارداری و ترم

- پره اکلامپسی متوسط و شدید

- بارگه، کسه آب بعد از ۹۶ ساعت

معاینه واژینال

- موجب دخالت در خلوت مادر می گردد
- برای مادر ناراحت کننده است
- در ساعات اول لیبر نیازی نمی باشد
- نیاز به مهارت دارد
- نتیجه معاینه هر فرد با فرد دیگر تفاوت دارد

نکته: تنها روش تشخیصی برای پیشرفت لیبر نمی باشد

عدم حرکت مادر در لیبر

- شواهدی مبنی بر فواید بستری شدن در تخت وجود ندارد
- موجب فشار روی عروق می گردد و کاهش جریان خون جفتی و رحمی می گردد
- انقباضات کمتر موثرند و باعث طولانی شدن لیبر می گردد
- درد بیشتر احساس می شود
- ناراحت کننده است

A



Walking



Sitting/leaning



Tailor sitting



Semirecumbent



Hands and knees



Standing



Squatting



Kneeling and leaning forward with support

Fig. 18-12A Positions for labor.
© 2004, Mosby, Inc. All rights reserved.

اپی زیاتومی

➤ مطالعات هیچگونه مزایایی را نشان نداده است

➤ تروما به پرینه بیشتر و بخیه زدن بیشتر

➤ پارگی درجه ۳ بیشتر

➤ عدم کارایی برای جلوگیری از افتادگی

➤ وجود اندیکاسیون محدود برای انجام آن

➤ محدود شدن ارتباط مادر با نوزاد

➤ عفونت

چند توصیه برای سالم نگه داشتن پرینه

1. مهم ترین : انتخاب عامل زایمانی که مهارت داشته باشد
2. به مادر پوزیشن خوب بدهید به مادر بگوئید وضعیت راحت را انتخاب کند.
3. در مورد زور زدن یا نزدن با اوصحبت نکنید. خودش می داند کی زور بزند و چه موقع استراحت کند.
4. عجله نکنید به مادر فرصت دهید.
5. فشار از روی رحم (Fundal Pressure) به مادر ندهید
6. از بی حسی موضعی استفاده نکنید چون تزریق مواد بی حسی موجب تورم محل می شود و بافت نمی تواند خوب کشش پیدا کند. موقعیکه پرینه کشش پیدا می کند مادر احساس سوزش می کند

پوزیشن لیتاتومی در مرحله دوم زایمان

- افزایش استفاده از فورسپس و وکیوم
- افزایش دیستوشی شانه
- افزایش نیاز به اپی زیاتومی
- افزایش طول مرحله دوم زایمان
- به جز وضعیت لیتاتومی وضعیتهای Upright موجب ۲۸ درصد افزایش در ابعاد لگن می گردند

راحت برای عامل زایمان

توصیه برای بهبود وضعیت مرحله دوم زایمان

1. انتخاب پوزیشن مناسب برای مادر: پوزیشن های Upright بسیار برای این مرحله مناسب است چون هم باعث افزایش اقطار لگن می شود و هم مداخله استفاده از نیروی جاذبه را داریم. در این وضعیت پرینه دستکاری نمی شود
2. به مادران نگوئید کی زور بزند اجازه دهید که خود مادر هر وقت نیاز شد زور بزند
3. به مادر بگوئید چشم و گوش خود را ببندد تا بتواند تمرکز داشته باشد بارها دیده اید که هنگام انقباض مادر نافود آگاه چشمش را می بندد بنابراین تمرکز و آگاه به بدن در این لحظه مهم است
4. به مادر وقت بدهید هیچ عجله ای برای خروج نوزاد نداشته باشید حتی اگر مادری ندانسته مرتب زور می زند به او یاد بدهید که نیاز به زور زدن پیوسته نمی باشد.

B



Lithotomy



Semirecumbent



Lateral recumbent



Squatting

Fig 18-12B Positions for birth.
© 2004, Mosby, Inc. All rights reserved.



مراقبت‌های موثر در لیبر و زایمان

روش‌های کاهش استرس و اضطراب
در زمان لیبر و زایمان

- High oxytocin levels > Efficiency
- High levels of Endorphin > comfort
- Low levels of Adrenaline > Faster Labour

OXYTOCIN



کارایی و اثربخشی مطلوب رحم

ENDORPHIN



راحتی و آسایش

ADRENALIN



زایمان سریعتر

مراقبت‌های موثر در لیبر و زایمان

۱- مراقبت یک به یک

۲- برقراری ارتباط چشمی، کلامی و عاطفی مناسب با مادر

۳- راهنمایی مادر در بدو ورود و معرفی پرسنل و مامای
مربوطه به مادر

۴- برقراری امکان پوشش مورد نظر مادر و انتخاب رنگ مورد نظر
لباس توسط مادر

۵- تزئین اتاق و یا Unite زایمان طبق خواسته مادر









۶- حفظ Privacy مادر تا حد امکان

۷- کاهش مداخلات غیر ضروری در زمان لیبر و زایمان

۸- آموزش و ترغیب مشارکت مادر در زایمان

۹- آموزش مختصر روند زایمان به مادر

۱۰- برقراری امکان نوشیدن و خوردن خوراکی و توجه به عدم لزوم سره تراپی



۱۱- برقراری امکان راه رفتن مادر در زمان زایمان

۱۲- برقراری امکان داشتن پوزیشن های مختلف طبق خواسته مادر و توجه به راحتی او در زمان زایمان

۱۳- یادآوری تکنیک های تنفس و Relaxation در صورت آموزش قبلی در دوران بارداری



۱۴- برقراری امکان شیردهی مادر بلافاصله پس از زایمان

۱۵- برقراری امکان ارتباط پوستی نوزاد با مادر

۱۶- قرار دادن وسایل اورژانس (مثل ترالی آمیاء) و بقیه وسایل دور از دید مادر (در قفسه ای که دید نداشته باشد)

حقایق:

- در صورت خم شدن به جلو فضای لگن **بزرگتر** می شود و فاصله سمفیز پوبیس و ساکروم افزایش می یابد.
- در صورت ایستادن روی زانو و باز کردن پاها **۲۸ درصد** به فضای لگن افزوده می شود.
- در صورت فشار وارد آوردن به برجستگیهای ایسکیال به صورت عمودی، ساکروم به عقب متمایل شده و فضای لگن **افزایش** می یابد. این فشار در صورت طولانی شدن مرحله دوم، OP و OT مفید است.
- در صورت آزاد گذاشتن مادر در انتخاب پوزیشن، اکثر مادران پوزیشن **ایستاده** و گاهی قرار گرفتن روی زانو را انتخاب می کنند.



در پوزیشن خوابیده به پشت دو مشکل عمده کلینیکی وجود دارد:

۱- تاثیر جاذبه روی **اکستانسیون سر**، آن را به طور متناوب به عقب می راند.

۲- بروز **Supine Hypotension**

➤ در زایمان طبیعی بدون مداخله اولین دستی که نوزاد را لمس می کند **دست مادر** است.

➤ برای جلوگیری از آسیب پرینه می توان **هوله ای با آب گرم** فیس کرد و روی پرینه گذاشت و بدون هیچ فشاری آن را گرم و مرطوب نگه داشت.

➤ حفظ **Privacy** مادر نقش به سزایی در پیشرفت مناسب زایمان دارد و او را در اداره زایمانش توانمندتر می سازد.



**THE LESS YOU DO, THE MORE
YOU GIVE.**

نتیجه

1. مادر مین لیبر فعال باشد نه عامل زایمان
2. اقدامات بر اساس اندیکاسیون باشد نه روتین
3. مراقبت موثر مهم است نه طول مدت لیبر
4. به رضایتمندی مادر اهمیت دهیم نه

