

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شماره ۳۹۳

رویکردهای غیر دارویی تسکین درد زایمان

تألیف:

معصومه کمالی

کارشناس ارشد مامایی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آذر گلیمانی

کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی - مشهد نیشابور

الهامه ربیعی مطلق

کارشناس ارشد مامایی

طاهره زاهدی فرد

کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان

با نظارت:

دکتر شاپور بدیعی اول

متخصص طب سنتی، سوزنی و ماساژ - استادیار دانشکده طب سنتی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان و نام پدیدآور:	رویکردهای غیر دارویی تسکین درد زایمان/تألیف معصومه کردی ... [و دیگران]؛ با نظارت شاپور بدیعی اول.
مشخصات نشر:	مشهد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مشهد، ۱۳۹۵
مشخصات ظاهری:	۳۱۶ ص.: مصور، جدول.
فروست:	(انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ شماره ۳۹۳)
شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۳۶۹-۰۵۱-۶
وضعیت فهرست‌نویسی:	فیا.
یادداشت:	ص.ع. به انگلیسی: Masoumeh Kordi ... [et. al] Nonpharmacological approaches of relieve labor pain
یادداشت:	تألیف معصومه کردی، آذر گل‌مکانی، الهامه ربیعی مطلق، طاهره زاهدی فرد
موضوع:	زایمان -- درمان جایگزین
موضوع:	Labor (Obstetrics) – Alternative treatment
شناسه افزوده:	کردی، معصومه، ۱۳۴۰-
شناسه افزوده:	بدیعی اول، شاپور، ۱۳۵۱-
شناسه افزوده:	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مشهد
شناسه افزوده:	Mashhad University of Medical sciences & Health Services
رده‌بندی کنگره:	R ۶۶۱/۹ ۱۳۹۵
رده‌بندی دیویی:	۶۱۸/۲
شماره کتابشناسی ملی:	۴۳۷۳۷۹



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شماره ۳۹۳

رویکردهای غیردارویی تسکین درد زایمان

تألیف:

معصومه کردی - آذر گل‌مکانی - الهامه ربیعی مطلق - طاهره زاهدی فرد

وزیری، ۳۱۶ صفحه، ۳۲۰ نسخه، چاپ اول، پاییز ۱۳۹۵

امور فنی و چاپ: مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد

بها: ۲۸۰۰۰۰ ریال

بسمه تعالی

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد - به عنوان یک نهاد علمی - فرهنگی، چاپ و نشر، کتابهای مورد استفاده استادان و دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی را از وظایف اساسی خود می‌داند و به آن است تا با انتشار متون مربوط به علوم پزشکی، هم بر اعتبار و اعتلای آنها بیفزاید و هم به نیازات علمی و شوق و نشاط امر تحقیق را در پی جوییهای علمی فراهم آورد.

به یقین چاپ و نشر آثار معتبر علمی، امکان دستیابی اهل تحقیق را به منابع مختلف و گوناگون علمی آورد تا به بهترین صورتی میسر و ممکن خواهد ساخت و راه را برای تحقیقات بعدی هموار خواهد کرد.

باید گفته شود که در تدریس فقه‌های مربوط به نشر، در قلمرو ناشران خصوصی، نه تنها از مسئولیت مراکز معتبر دانشگاهی، به‌کوشش در این زمینه‌ها با تکیه بر جنبه‌های علمی و فرهنگی موضوع نمی‌کاهد، بلکه در این نوع ناگون، از جمله لزوم بررسیهای دقیق کارشناسی، ویرایشهای علمی و فنی، و نیز توجه حداکثر به تیراژ مالی مخاطبان آثار، به‌ویژه دانشجویان، ایجاب می‌کند که دانشگاه‌های دولتی دامنه خدمات خود را با تکیه بر جنبه‌های کیفی، و گاه صرف‌نظر از بازده اقتصادی گسترش دهند.

مسئولان انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، با اثبات راجع خلاص تمام می‌خواهند تا جدیدترین آثار مربوط به دانشهای پزشکی را به بهترین شیوه فراهم آورند و بکوشند تا آثار منتشر شده با کیفیت مطلوب عرضه گردد. در عین حال انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مترصد دریافت نظرها و انتقادهای بهجا و سازنده اهل نظر می‌باشد تا از این طریق به کمال آثار منتشره خویش بیفزاید.

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با استعانت از الطاف خداوندی امیدوار است که نشر این اثر همانند دیگر آثار انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد با نظارت همه‌جانبه این معاونت، و با تکیه بر ابتکار و کوشش اعضا و کارشناسان دانش‌آموخته خویش و نیز ایجاد ارتباط محکم و پایدار با جامعه پزشکی و دانشجویان پژوهشگر، در جهت ارتقای کیفی و تنوع موضوعات مورد نیاز دانش‌پژوهان رشته‌های علوم پزشکی گامهای مؤثر بردارد تا مورد استفاده دانشجویان و مقبول طبع صاحب‌نظران و دانشگاهیان نکته‌بین قرار بگیرد.

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فهرست مطالب

۷	پیش‌گفتار
۹	مقدمه
۱۹	فصل ۱: شناخت درد
۵۵	فصل ۲: ماساژ و لمس نیروانی
۸۷	فصل ۳: طب سنتی چین
۱۴۳	فصل ۴: بازتاب‌شناسی
۱۶۳	فصل ۵: دما درمانی
۱۷۵	فصل ۶: آب درمانی
۱۸۷	فصل ۷: رایحه درمانی
۲۰۳	فصل ۸: هومیوپاتی
۲۲۳	فصل ۹: تن آرامی و الگوهای تنفسی
۲۳۹	فصل ۱۰: وضعیت قرارگیری مادر
۲۶۱	فصل ۱۱: حضور همراه
۲۷۱	فصل ۱۲: موسیقی درمانی
۲۸۱	فصل ۱۳: خواب‌گیری (هیپنوتیزم)
۲۹۳	فصل ۱۴: طب سنتی ایرانی
۳۱۱	واژه‌نامه

پیش گفتار

زایمان روند جسمی روانی و آمیزه‌ای از احساسات است که در آن هیجاناتی از جمله ترس، شادی، انتظار، تردید، اضطراب و درد بطور همزمان توسط زانو تجربه می‌شود. برای اکثر زنان زایمان طبیعی یکی از دردناکترین وقایع زندگی است. به طوری که ترس از درد زایمان به عنوان دلیل اصلی انتخاب سزارین مطرح شده است و بر هیچکس پوشیده نیست که زایمان با سزارین با عوارض جدی همراه است. برخلاف تصور قدیمی که بروز درد در طول زایمان طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است و باید تحمل شود امروزه تسکین درد زایمان به عنوان یک تفکر جدید مطرح است. با توجه به اینکه برنامه سلامت مادران انجام زایمان طبیعی را یک اولویت می‌داند، انتظار می‌رود شرایط لازم جهت اداره مناسب درد زایمان و کاهش سزارین‌های بی‌مورد به علت ترس از درد زایمان فراهم گردد. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ حذف مداخلات غیر ضروری از جمله استفاده بی‌رویه از داروها در امر زایمان را عنوان کرد و توصیه به کاهش میزان سزارین در حد ۱۵ درصد زایمان‌ها نمود و در راستای این موضوع بحث زایمان‌های فیزیولوژیک مطرح گردید. با انجام زایمان فیزیولوژیک از مداخلات حین زایمان اجتناب می‌شود و این دستیابی به مراقبت بهتر، هزینه‌های کمتر و سلامت بیشتر ممکن می‌گردد.

این کتاب که حاصل شش سال تلاش شبانه روزی مولفان آن است، مجموعه‌ای از روش‌های مختلف غیردارویی کاهش درد زایمان را معرفی می‌کند و نحوه عمل را در اختیار پزشکان، ماماها و دانشجویانی قرار می‌دهد که خواهان مداخلات کمتر در امر زایمان و انجام زایمان به صورت فیزیولوژیک هستند. این کتاب به کلیه کسانی که در امر سلامت جامعه می‌کوشند کمک می‌کند تا در جهت توسعه، حمایت و حراست از زایمان فیزیولوژیک و به تبعیت از آن سلامت مادران و کودکان قدم بردارند. آشنایی مراقبین سلامت، ماماها و پزشکان متخصص زنان با تکنیک‌های معرفی شده در این مجموعه، منجر به آشنایی مادران باردار با روش‌های کاهش درد زایمان می‌شود و توانایی آنان را در مقابله با درد افزون می‌سازد و در نتیجه، تجربه زایمان به خاطره‌ای دلپذیر برای مادر تبدیل می‌شود و صد البته هیچ تبلیغی به اندازه تجربه خوشایند زایمان در جهت کاهش آمار سزارین موثر نیست.

قدر مسلم است که این مجموعه خالی از عیب و نقص نیست و بر شما خواننده گرامی است تا ما را در این امر یاری کنید، خطای خود را به دیده منت می‌پذیریم و در انتظار راهنمایی‌های شما هستیم.

نیست شوم نیست شوم تا بر جانان برسم
خانه بسوزم بروم تا به بیابان برسم
در دل کفر آمده‌ام تا که به ایمان برسم
من همگی درد شده‌ام تا که به درمان برسم
و من الله التوفیق

تیز دوم تیز دوم تا به سواران برسم
خوش شده‌ام خوش شده‌ام پاره‌ی آتش شده‌ام
عالم این خاک و هوا گوهر هر کفرست و فنا
هیچ طبیبی ندهد بی‌مرضی حب و دوا

مقدمه

زایمان فیزیولوژیک

علی‌رغم پدیده‌های گسترده علم پزشکی، مکانیسم دقیق شروع زایمان همچنان ناشناخته باقی مانده است. به نظر نمی‌رسد یک عامل منفرد و خاص مسئول شروع آن باشد. زایمان حاصل اثر تجمعی مجموعه‌ای از تغییرات بیوشیمیایی در رحم و دهانه رحم است که از پیام‌های هورمونی و عصبی مادر و جنین منشاء می‌گیرد (۱، ۲، ۳). اهمیت تشخیص زایمان به این دلیل است که اگر زنان زودتر از موعد در زایشگاه بستری شوند، احتمال مداخلات پزشکی و سزارین افزایش می‌یابد. در صورتی که به زنان در مورد علائم شروع زایمان آموزش داده شود و به موقع مراجعه نمایند، بسیاری از مداخلات غیر ضروری و تهاجمی کاهش می‌یابد و زنان زایمان ایمن‌تر و راحت‌تر را تجربه خواهند کرد. دیدگاه‌های متعددی در برخورد با مسأله تشخیص شروع زایمان وجود دارد، اما پذیرش زائنه زایشگاه بر اساس اتساع دهانه رحم ۳ تا ۴ سانتی‌متر، همراه با انقباضات منظم و دردناک رحم، نشانه معتبری برای تشخیص شروع زایمان محسوب می‌شود (۱، ۴، ۵).

زایمان حرکات موزون و پویای هورمونی، عصبی و جسمی است که سبب تغییر در روح، روان و جسم زن می‌شود (۶). زایمان را می‌توان به مثابه ارتباط بین سیستم‌های فیزیولوژیک: بیولوژی و آگاهی، شخص و محیط پیرامون او، مادر و نوزاد (دوتایی) یا مادر و نوزاد و همراه یا عامل زایمان (رسمه با هم) معنا کرد. تمام سیستم‌های فیزیولوژیک بین دو قطب متضاد: انقباض/آرامش و انقباض عمل می‌کنند و با توجه به تحریک اعصاب سمپاتیک (واکنش جنگ و گریز) یا اعصاب پاراسمپاتیک (انقباض و آرامش) یکی از قطب‌ها غالب می‌شوند و تعادل بین این دو قطب در طی لیبر لازم است. اولین جنبه‌ای که از بارداری باید در نظر گرفت، فیزیولوژی لیبر است. در دوران بارداری مهم‌ترین پیش‌درآمدهای لیبر ایجاد می‌شوند که شامل: تنظیم هورمون‌ها، نرمی بافت‌های بدن و لگن، ایجاد گیرنده‌های اکسی‌توسین و اندورفین، سلامتی و واکنش‌پذیری جنین، توانایی سازگاری مادر با تغییرات بارداری و نقش مادری، پیوند مادری - جنینی، وجود انقباضات رحم در سه ماهه سوم، رسیدگی ریه جنین، هستند. این تغییرات سبب محافظت مادر و کودک در طی لیبر و هفته‌های اول سازگاری با محیط خارج رحمی می‌گردند و همچنین ذهن و جسم مادر و نوزاد را جهت فرآیند عمیق عاطفی، روانی و فیزیولوژیکی که باید در هفته‌های اول پس از تولد رخ دهد،

آماده می‌کنند. این موضوع بیانگر آن است که یک بارداری فیزیولوژیک با شروع خودبخودی لیبر، پیش‌شرط زایمان فیزیولوژیک است. با این همه امکان زایمان فیزیولوژیک علی‌رغم بارداری سخت و مشکل وجود دارد. در رویکرد مرسوم مربوط به زایمان، پزشکان پیشرفت زایمان را به صورت خطی و برطبق زمان و مراحل کاملاً واضح تعریف می‌کنند و تأکید بر میزان پیشرفت زایمان دارند (۷).

زایمان با شروع دردهای زایمانی آغاز و با خروج جنین و جفت خاتمه می‌یابد. لیبر زمانی آغاز می‌شود که انقباضات رحم دارای تناوب، مدت و شدت کافی برای کوتاه و متسع کردن پیش‌رونده دهانه رحم باشند و پایان آن زمانی است که دهانه رحم حدود ۱۰ سانتی‌متر باز شده باشد. درد زایمان در نتیجه انقباضات رحم و تغییرات دهانه، رحم ایجاد می‌شود و ناشی از یک روند پاتولوژیک نیست، بلکه قسمتی از یک فرآیند فیزیولوژیک است که در نهایت منجر به تولد می‌شود (۱۸). بیولوژی زنان جزء ریتمیک و دوره‌ای دارد که بین تضادهای هورمونی در حرکت است. ریتم زایمان جریانی از فعالیت و عدم فعالیت، فرازها و فرودها است، که توسط نیازهای بین‌رمار، سرشت فیزیولوژیکی، شرایط عاطفی، ذخائر غذایی، رابطه مکانیکی پویای لگن مادر و عضو مانش جنین هدایت می‌شود. در طی لیبر از هردو چرخه فیزیولوژیکی و روانی گذر می‌شود. بدن زن دستخوش گشایش می‌گردد و حتی ممکن است خطر مرگ را احساس کند. روح و روان او دستخوش تغییر است و متوجه بچه است. این فرآیندها نمی‌توانند خطی باشند، زیرا بین جنبه‌های متضادی از خود محافظتی تاب‌آوری توجیهی به خود، توجه به زنان با فرار از آن حرکت می‌کنند. به موازات آن در جسم، دهانه رحم متسع یا جمع می‌شود، جنین در کاس زایمان نزو می‌کند یا به بالا بر می‌گردد، از وضعیت خلفی به قدامی می‌چرخد یا به خلف بر می‌گردد. زن می‌تواند درد لیبر مقابله کند، دچار ناامیدی گردد و دوباره مقابله کند. مهم این است که به نوسان کاهشی یا منفی این چرخه‌ها، شش از حد واکنش نشان داده نشود.

یک رویکرد، استفاده از مداخلات و داروها است که سبب متوقف شدن فیزیولوژیکی و روانی و تحریک بیش از حد سیستم سمپاتیک می‌شود، در نتیجه باعث اثر دومینویی بر بخش‌های جسمی و هورمونی زن می‌شود. بطوری که با انجام یک مداخله، مداخلات دیگری انجام می‌شود مثلاً چنانچه برای تسریع زایمان از اکسی‌توسین استفاده شود و اکسی‌توسین سبب درد شدید و عدم کنترل مادر می‌شود، اگر برای کاهش درد از بی‌حسی اپیدورال استفاده شود، بی‌حسی اپیدورال باعث اختلال در نزول حرحش سر جنین و زور زدن مادر می‌شود، در نتیجه خروج جنین با مشکل مواجه می‌گردد و ناگزیر برای خروج جنین مداخله دیگری انجام می‌گیرد. رویکرد دیگر، مشاهده و انتظار، حمایت و پشتیبانی، استراحت، تغذیه و تمرکز بر شکوفایی فیزیولوژیکی بالقوه و موج مثبت بعدی لیبر است. این رویکرد به لیبر و زایمان، شرایط روانی فیزیولوژیکی مطلوب لیبر را بیان می‌کند و تولید هورمون‌های ناشی از ترس و سرخوشی را متعادل می‌سازد. بطوری که ترس از درد زایمان باعث ترشح هورمون‌های استرسی می‌شود و به موازات آن با پیشرفت فیزیولوژیک زایمان، هورمون اندورفین ترشح می‌شود که سبب آرامش مادر می‌گردد (۷).

بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی زایمان وقتی فیزیولوژیک تلقی می‌شود که خودبخود شروع شود، مادر در شروع، طی لیبر و هنگام زایمان کم خطر باقی بماند. جنین بطور خودبخودی با نمایش قله سر طی ۳۷-۴۲ هفته کامل متولد شود و مادر و نوزاد پس از تولد، از سلامتی و وضعیت خوبی برخوردار باشند. یکی از مراقبت‌های اولیه و کلیدی حین زایمان ارزیابی پیشرفت زایمان است. دلیل اصلی این ارزیابی شناسایی و پیش‌بینی مشکلاتی است که ممکن است در حین زایمان رخ بدهد، تا بتوان با انجام مداخله به‌موقع بهبود سلامت مادر و جنین را فراهم ساخت. همچنین در فرآیند زایمان فیزیولوژیک باید دلیل مبتنی بر شواهد برای انجام مداخله وجود داشته باشد. عوامل مختلفی از جمله انقباضات رحم، لگن استخوانی، وضعیت روحی و روانی مادر و عوامل مربوط به جنین در پیشرفت زایمان نقش دارند (۹، ۱۸).

در حال حاضر، معاینه مهبل و تعیین اتساع دهانه رحم استاندارد طلایی برای ارزیابی پیشرفت زایمان است (۱۱، ۱). بهترین وسیله ارزیابی پیشرفت زایمان بر اساس معاینه مهبل، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه پارِتوگراف سازمان بهداشت جهانی است که برای تشخیص پیشرفت طبیعی زایمان از پیشرفت غیر طبیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۲). سازمان بهداشت جهانی تأکید می‌کند که تعداد معاینات مهبل باید محدود شوند و در مواردی که واقعاً ضروری است انجام شوند. اخیراً دانشکده زنان و مامایی سلطنتی انگلستان، معاینه مهبل را به عنوان یک مداخله پزشکی معرفی نموده است و توصیه کرده است فقط باید زمانی انجام شود که واقعاً لازم است (۱۰). این توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی معاینه مهبل باید هر ۴ ساعت یکبار انجام گیرد لذا در هر ریسک بیش از ۳-۲۰ معاینه نیاز نیست (۱۲).

اگرچه پیشرفت علم پزشکی در قرن ۲۱ ایمنی زایمان را افزایش داده ولی همزمان با آن، دخالت‌های بی‌شماری در زایمان رواج یافته، به طوری که مفهوم زایمان به عنوان یک پدیده فیزیولوژیک از بین رفته است. در رویکرد طبی شدن زایمان، مدیریت پزشکی بر کارکرد طبیعی بدن ارجحیت دارد (۱۳). متأسفانه برخی مداخلات از قبیل: تزریقات وریدی، آمنیوتومی، مصرف اکسیژن، تراشیدن موهای ناحیه پرینه، محدودیت غذا و مایعات، معاینات مکرر مهبل، پایش مداوم قلب جنین، محدودیت حرکت مادر (۱۴) به طور بسیار معمول در روند زایمان به کار گرفته می‌شوند اما این اقدامات نه تنها منفعتی برای مادر و نوزاد ندارند، بلکه به صورت بالقوه می‌توانند برای مادر و نوزاد خطراتی را ایجاد کنند (۱۵).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ۸۵ درصد از زایمان‌های طبیعی نیاز به مداخله پزشکی ندارند و فقط با ارائه آموزش به مادران و مراقبت و پایش آنان طی انجام زایمان، این روند فیزیولوژیک و طبیعی به سلامت سپری می‌شود (۱۶). سازمان بهداشت جهانی در روند زایمان فیزیولوژیک و ایمن، ۴ اقدام مراقبتی شامل: حضور همراه، سمع متناوب ضربان قلب جنین، تحرک و تغییر وضعیت زانو، انجام کمترین مداخلات و معاینات واژینال را مورد تأکید قرار می‌دهد. زایمان فیزیولوژیک و ایمن با ارائه مجموعه‌ای از خدمات شامل: اقدامات حمایتی، توجه به خواسته‌ها و نیازهای مادر و اجتناب از اقدامات معمول و بی‌مورد می‌تواند زایمان را به تجربه‌ای مطلوب و رضایت بخش برای مادر تبدیل کند (۸، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

بر اساس تحقیقات انجام شده موسسه لاماز ۶ اقدام مراقبتی سبب ترویج، حفظ و حمایت زایمان فیزیولوژیک می‌شود:

- اجازه داده شود زایمان خودبخود شروع شود.
- مادر طی زایمان آزادانه حرکت کند و تغییر پوزیشن دهد.
- حمایت مداوم مادر در طی لیبر انجام شود.
- مادر در طی لیبر در وضعیت خوابیده به پشت قرار نگیرد.
- از مداخلات بی‌رویه و غیرضروری پرهیز شود.
- پس از زایمان مادر از نوزاد جدا نگردد (۱۸).

در واقع بازگشت زایمان از رویکرد طبی به روند فیزیولوژیک و با توجه بیشتر به جنبه‌های احساسی و انسانی زنان و عدم مداخلات بی‌مورد می‌تواند باعث خشنودسازی روند زایمان برای مادران شود (۱۵)، به گونه‌ای که مادر به راحتی قادر به تحمل زایمان تبدیل شده و زایمان را صرفاً روندی مکانیکی برای تولد نمی‌داند. به طور کلی زایمان فیزیولوژیک، به زایمانی با درد کم و بدون استفاده از مداخلات دارویی اطلاق می‌شود که با رعایت حریم خصوصی مادر، مداخلات مداخلات زایمانی صورت می‌گیرد (۱۷، ۸). در این شیوه زایمانی، مادر اجازه راه رفتن، حرکت کردن، همچنین نوشیدن مایعات و خوردن مواد انرژی‌زا مثل خرما، شکلات، موز و ... را دارد و حتی می‌تواند با همراه زایمان شود. در این شرایط، زایمان در فضا و اتاقی انجام می‌شود که مادر احساس خوشایندی داشته و در تمام مراحل، آزادی عمل دارد (۱۹).

هورمون‌های اکسی‌توسین، اندورفین و پرولاکتین که هورمون‌های عشق و محبت نامیده می‌شوند در طی لیبر افزایش می‌یابند که در پیشرفت زایمان و فرآیند طاق بطنی و نوزادی در ساعات اولیه بعد از تولد و دلبستگی مادر و نوزاد نقش دارند. فراهم کردن شرایطی برای تسکین زایمان فیزیولوژیک با درد کم سبب افزایش این هورمون‌ها می‌شود (۷). بیش از ۹۰٪ تنش و اضطراب دوران بارداری مربوط به فرآیند زایمان است (۵). عدم آگاهی و ترس از ناشناخته‌های دوران بارداری و زایمان، باعث اضطراب مادران در این دوره می‌شود. در نتیجه ترس و اضطراب، ترشح هورمون‌های استرسی افزایش یافته و می‌تواند منجر به زایمان زودرس، عدم پیشرفت زایمان، تولد نوزاد کم وزن و هیپوکسی جنین شود (۸).

"دیک رید"^۱ نظریه خود را مبنی بر آن که درد زایمان به دنبال انقباض عضلات ناشی از ترس افزایش می‌یابد، بیان نمود. با دادن اطلاعات مناسب در مورد روند زایمان و تمرین‌های عملی و تن آرامی ترس و انقباض عضلانی و به دنبال آن درد زایمان کاهش می‌یابد. بعد از آن لاماز نظریه سایکو پروفیلاکسی^۱ را بیان نمود. استفاده از تکنیک تن آرامی در زمان دردهای زایمان، همراه با الگوهای تنفسی مناسب، سبب بهبود اکسیژناسیون شده و با انتقال پیام‌های درد از رحم به مغز مقابله می‌کند (۲۰، ۱۱).

1. Dick Read
2. psychoprophylaxis

درد زایمان یک تجربه حسی ناخوشایند است که تحت تأثیر عوامل زیست شناختی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی و آموزشی می‌باشد. عده‌ای معتقدند که درد یک عملکرد بیولوژیک در روند زایمان است و آن را "علامت حیاتی پنجم" نام‌گذاری کرده‌اند. بر خلاف تصور قدیمی که بروز درد در طول زایمان بدیهی و اجتناب‌ناپذیر است و باید تحمل شود، امروزه تسکین درد زایمان به عنوان یک تفکر جدید مطرح شده است و توجه به درد زایمان و تسکین آن از اجزاء مهم مراقبت از مادر طی زایمان به شمار می‌آید (۲۱، ۲۲). درد و رنج کشیدن^۱ از عواطف منفی هستند و اغلب همزمان رخ می‌دهند. اگر زن متشاء درد زایمان را بداند، درک او از وقایع زایمانی مثبت می‌شود و درد را علامتی مثبت تلقی می‌کند. چرا که وی را به هدف مورد نظر یعنی تولد نوزاد نزدیک می‌سازد و دیگر درد زایمان را تهدید محسوب نخواهد کرد؛ در نتیجه او درد می‌کشد ولی احساس نجش نمی‌کند (۲۳). لذا درد "فرآیندی توانمندساز" محسوب می‌شود که با زایمان، زن احساس سادگی، ناشی از پیروزی و موفقیت می‌کند (۲۴). زمانی که فرد حمایت کافی نمی‌شود و در تطابق با درد ناتوان است احساس درماندگی و رنج کشیدن تجربه می‌شود (۲۵). ناتوانی در تطابق با درد زایمان سبب ترس از زایمان در بسیاری از زنان شده که خود منجر به افزایش درخواست سزارین می‌شود (۲۶، ۲۷). جوهره فن مامایی در کنار ارائه دادن آرام‌بخشی و حمایت در هنگام درد زایمان است. بنابراین لازم است که ماما نحوه کنترل درد را به زنان آموزش دهد و وی کمک کند تا بتواند درد را تحمل نماید. مطالعات، رابطه‌ای را بین رضایت از تجربه زایمان و کنترل داشتن سیر زایمان نشان داده‌اند (۲۴). والدینگ (۱۹۹۱) نظریه منبع کنترل را مطرح و بیان کرد: اگر زنان معتقد باشند که وقایع زایمان تحت کنترل آنهاست زایمان کمتر تهدیدآمیز به نظر می‌رسد و درد با شدت کمتری احساس می‌شود (۲۸).

درد زایمان دردی حاد و دارای اجزای حسی و عاطفی می‌باشد و اقدامات گوناگونی جهت تسکین آن صورت می‌گیرد. هدف استفاده از هر کدام از این روش‌ها کاهش یا تعدیل درد زایمانی بدون اثرات مضر بر مادر و جنین می‌باشد. اقدامات دارویی معمولاً مؤثر ولی در درازمدت درد دارای اثرات مضر هستند (۲۹). روش‌های دارویی فقط جنبه حس جسمی درد را از بین می‌برند، در صورتی که روش‌های غیر دارویی از طریق بهبود جنبه‌های روانی و عاطفی زایمان، از رنج کشیدن مادران در حین زایمان جلوگیری می‌کنند (۳۰). از جمله اثرات زیانبار این داروها می‌توان به تضعیف سیستم عصبی مرکزی جنین، کاهش بیداری قلبی مادر، اتساع بیش از حد مثانه و طولانی شدن مرحله دوم زایمان اشاره کرد (۳۱، ۳۲). در صورتی که اقدامات غیر دارویی اغلب ساده و ارزان هستند و می‌توانند به عنوان درمان جایگزین یا درمان فرعی همراه با داروها استفاده شوند. در روش‌های غیردارویی کاهش درد، تصمیم‌گیرنده خود زانو است، در چنین شرایطی احساس قوی بودن و کنترل داشتن بر خود، در او ایجاد می‌گردد که در پیشرفت زایمان اثرگذار است (۳۳).

در بیشتر جوامع و از زمانی که تجربه بشری مکتوب گردیده، تخفیف درد زایمان همیشه موضوعی با اهمیت شمرده شده است. با سیری در تاریخچه کاهش درد، به نظر می‌رسد که در تحقیقات و مراقبت‌های بالینی، تمرکز اولیه بر روی انتقال حسی و بعد جسمانی درد، بیشتر از بعد عاطفی آن است و احتمالاً کمک

به زن برای مقابله با درد زایمان با روش هایی که بر بعد عاطفی درد موثرند؛ از سوی مراقبانی که فقط بر انتقال حسی درد تکیه می کنند (با فرض بی تاثیر بودن این روش ها) فراموش شده است. (۲۳)

۵ نقش ماما در زایمان فیزیولوژیک

نقش ماماها و تیم بهداشتی درمانی در زایمان فیزیولوژیک را می توان بدین صورت تعریف کرد که: آنان سعی در به حداقل رساندن مداخلات غیر ضروری در روند زایمان را دارند. برای رسیدن به این هدف تیم مراقبتی و درمانی و اعضای خانواده باید به دیدگاه زنان در زمینه زایمان فیزیولوژیک کمک کنند. همچنین اعضای تیم با همکاری هم برای برآوردن نیازهای فیزیولوژیک، هیجانی، آموزشی زنان در طی لیبر تلاش می کنند. در زایمان فیزیولوژیک تمرکز بر اداره زایمان بدون هیچ مداخله ای است. اما در صورت انحراف از روند طبیعی به برخی مداخلات نیاز است و تیم درمانی و ماماها باید علم کافی و مهارت لازم برای انجام مراقبت های طبیعی، سودمند در مواقع نیاز به مداخلات داشته باشند. بطور کلی به وجود آوردن شرایط مناسب برای ثابت نگه داشتن روند فیزیولوژیک لیبر از وظایف اصلی تیم درمانی و ماماها می باشد. ماماها باید به محیط زایشگاه توجه کنند و فضایی را برای استراحت و حرکت کردن زانو به وجود بیاورند و به آنها اجازه دهند که در لیبر فعال باشند و بتوانند وضعیت دلخواه خود را بیابند (۸).

به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و بهبود کیفیت مراقبت های زایمان فیزیولوژیک، اصطلاح "بیمارستان دوستدار مادر" در دهه ۱۹۹۰ در سوئد رواج یافت. "بیمارستان دوستدار مادر" مکانی است که هر مادری، در هر زمانی از بارداری و زایمان و پس از آن با هر وضع سلامتی که مراجعه کند، خدمات اثربخشی دریافت خواهد کرد تا سلامت جنین و نوزاد تامین شود. خطای خوشایند از بارداری و زایمان باقی بماند. اصول بیمارستان دوستدار مادر طبیعی بودن روند زایمان، تسکین نازی، مادر، آزادی عمل و استقلال مادر، انجام مداخلات بر اساس اندیکاسیون های مشخص و نه به صورت روتین و مسئولیت پذیری ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت است.

اقدامات ده گانه بیمارستان های دوستدار مادر در ایران شامل موارد زیر است:

۱. ارائه مراقبت های معمول دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان بر اساس پروتکل های وزارت بهداشت و شواهد علمی موجود در کتب معتبر.
۲. ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی مامایی برای مادران در هنگام زایمان، ارتباط با سطوح بالاتر و پایین تر بیمارستانی و سطوح خارج بیمارستانی.
۳. امکان ارائه خدمات مراقبتی و پاراکلینیکی در فوریت های مامایی و زایمان مانند تزریق خون، آزمایش های تخصصی، حضور متخصص کودکان در زایمان پرخطر.
۴. آموزش به کارکنان در مورد روش های زایمان بی درد دارویی و غیر دارویی.
۵. ارائه آموزش های آمادگی زایمان به مادران و همراهان با تاکید بر افزایش آگاهی و استفاده از تکنیک های تنفس، تن آرامی و تمرینات اسکلتی و عضلانی.

۶. ارائه خدمات با توجه به باورها و ارزش‌های مذهبی، مادر و رعایت حریم خصوصی مادر.
۷. انجام زایمان فیزیولوژیک به روش‌های دارویی و غیر دارویی کاهش درد زایمان.
۸. امکان وجود همراه آموزش دیده در کنار مادر در هنگام زایمان و لیبر.
۹. خودداری از اعمالی که به صورت روتین کاربردی ندارد مانند: ناشتا بودن، رگ گرفتن، تراشیدن موهای ناحیه پرینه، انما، القا و تقویت لیبر، اپیزیاتومی، عدم حرکت آزادانه در لیبر، انجام زایمان به روش لیتوتومی.

۱۰. پیاده‌سازی ده اقدام بیمارستان‌های دوستدار کودک مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۳۴).

با توجه به نرم آگاهی مراقبت‌کنندگان مادر در طی دوران بارداری و زایمان از روش‌های غیر دارویی تسکین در زایمان، این کتاب در ۱۴ فصل نوشته شده است: فصل ۱ "شناخت درد" است که در این فصل به تعریف، فیزیولوژی، کتب درد و همچنین علل و عوامل موثر بر درد زایمان و ابزارهای سنجش درد اشاره شده و در فصل‌های ۲ تا ۱۴ به موضوع "روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان" پرداخته شده و در مورد کاربرد روش‌های مختلف مانند: ماساژ و لمس درمانی، طب سنتی چینی شامل طب سوزنی و طب فشاری، بازتاب‌شناسی، دما در آب، درمانی، رایحه درمانی، هومیوپاتی، تن آرامی و الگوهای تنفسی، وضعیت قرارگیری مادر، حضور همراه، مریضی درمانی، هیپنوتیزم و طب سنتی و گیاه درمانی توضیحاتی داده شده است.

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics, 23th ed. New York: McGraw-Hill;2010.p.535-46,881-92
2. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility: New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2005
3. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics: normal and problem pregnancies in: Divon MY. High risk pregnancy, 6th ed ed, New York: Churchill Livingstone; 2012.p931-937,980-841
4. Gross MM, Hauschild T, Stoexen T, Methner V, Guenter HH. Women's recognition of the spontaneous onset of labor. 2003 Dec; 30(4):267-71.
5. Gross MM, Petersen A, Hille U, Hillemanns P. Association between womens self diagnosis of labor and labor duration after admission. J perinat med.2010;38(1):33-38
6. Simkin P. The Birth Partner: A Complete Guide to Childbirth for Dads, Doulas, and all other labor companions. 4th ed. Boston :The Harvard common press;2013.p.111-118
7. Walsh D, Downe S. Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care. 1st ed.Iowa:Willey-Blackwell;2010 .p.160-169
8. Avery MD. Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth: A Practical Guide. 1st ed. Wiley-Blackwell; 2013.p.50-53
9. Dixon I, Foureur M. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? Newzland College of midwives.2010;42:21-6