

تجنب التدخلات اثناء الحمل الا اذا كانت ذات ضرورة طبية

جوديث.أ. لوثيان

Judith A. Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE

ملخص:

رعاية الامومة في الولايات المتحدة الامريكية تعتمد بشكل اساسي على التدخلات المكثفة، فمثلا الاستخدام الروتيني للسوائل الوريدية ، الحد من الطعام والشراب، المراقبة الالكترونية المستمرة للجنين، التخدير فوق الجافية، تسريع المخاض وغيرها تميز عمليات الولادة في الولايات المتحدة بالاضافة الى استخدام شق الفرج دون تقييد. كل هذه التدخلات تعيق عمل الاعضاء الطبيعي في المخاض واثناء الولادة وتحد من قدرة النساء على تحمل اعباء المخاض والنتيجة تكون سلسلة من الاختلاطات تزيد من المخاطر بما في ذلك مخاطر الولادة القيصرية على الامهات والاطفال. هذه المقالة هي مراجعة محدثة تابعة لمؤسسة لاماز انترناشيونل للممارسات الصحية هدفها التشجيع على الولادة الطبيعية،و الممارسات الصحية 4: تجنب التدخلات الروتينية التي نشرت في مجلة تعليم فترة ما حول الولادة. 200، 716(3)

مجلة تعليم فترة ما حول الولادة، 23 (4)

الكلمات الرئيسية: السوائل الوريدية اثناء المخاض، الحد من الطعام والشراب اثناء المخاض، المراقبة الالكترونية للجنين ، تسريع المخاض ، التخدير فوق الجافية ، شق الفرج، سلسلة التدخلات، عملية قيصرية، العناية المثلى.

رعاية الامومة في الولايات المتحدة الامريكية عبارة عن تدخلات مكثفة، فمن خلال دراسة الاستماع الى الامهات III (Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., et al., 2013) وبناء على اخر مسح وطني عن النساء الحوامل والولادة والتجارب التي تمر بها الامهات في فترات ما بعد الولادة اشارت التقارير الى ان النساء اللواتي انجبن في الفترة ما بين حزيران 2011 وحزيران 2012 89% منهن اختبرن المراقبة الالكترونية للجنين (66% بشكل مستمر) ، 62% منهن تلقين سوائل عبر الوريد، و 79% منهن اختبرن الامتناع عن الاكل و 60% اختبرن الامتناع عن الشرب اثناء المخاض. 67% من النساء اللاتي انجبن عن طريق المهبل تعرضن للتخدير فوق الجافية و 31% منهن اعطين هرمون الأوكسيتوسين لتسريع المخاض و 20% منهن تعرضن لتمزق مصطنع للأغشية، 17% تعرضن لشق الفرج و 31% انجبن بعملية قيصرية. استخدام هذه التدخلات بصورة كبيرة وبحسب فلسفات رعاية الامومة يؤدي الى التنبؤ بالمزيد من المشكلات وهناك مجموعة متزايدة من البحوث التي تشير الى ان الاستخدام الروتيني والمتكرر لهذه التدخلات يزيد المخاطر والمشكلات التي تواجه النساء اثناء المخاض والولادة ويزيد المضاعفات على الامهات والاطفال بدلا من خفضها. الهدف من هذا المقال هو استعراض الادبيات المتعلقة بالادلة والنتائج المرتبطة بالاستخدام المتكرر للتدخلات اثناء المخاض والولادة في الولايات المتحدة مع العلم ان هذه النتائج تساعد رعاية الامومة على الحد من استخدام هذه التدخلات.

العملية الطبيعية للولادة

العملية الفسيولوجية للمخاض والولادة تتأثر بشكل كبير نتيجة الهرمونات، الا ان التوازن الهرموني لهذه العملية يسهل

تعطيله. لذلك تقدم باكلي (2014) مراجعة منهجية مهمة لهذا التفاعل الهرموني المعقد الذي يجهز جسم المرأة للولادة ويبدأ في الاسابيع الاخيرة من الحمل بحيث يتأثر عنق الرحم بفعل زيادة كمية الأوكسيتوسين والبرولاكتين مما يؤدي الى تليينه وتمدده. في هذه المرحلة تزداد درجة تحفيز الرحم بفعل هرمون الاوكسيتوسين وهذا التحضير مهم لتسهيل عملية المخاض. اثناء المخاض زيادة افراز الاوكسيتوسين تؤدي الى زيادة قوة ونجاعة الانقباضات وبالتالي زيادة قوة الانقباضات تؤدي الى زيادة مستوى الالم ومع تحمل المرأة للالم المتزايد يتم انتاج كميات اكبر من الاوكسيتوسين ، فاذا تم على سبيل المثال ازالة الالم باستخدام ابرة التخدير فوق الجافية فإن مستوى الاوكسيتوسين سوف ينخفض وبالتالي التقلصات تنقص وتصبح اقل فعالية لذلك في معظم الاوقات زيادة مستوى الاوكسيتوسين ضرورية لاستكمال عملية الولادة. وفي مرحلة ما عندما تكون مستويات الاوكسيتوسين مرتفعة يتم انتاج الإندورفين وهو مسؤول عن تخفيف الالم حيث يعمل على انتاج حالة اشبه بالحلم. يطلق على الإندورفين (المخدر الطبيعي) ولكن في حال طلبت المرأة حقنة التخدير فوق الجافية وزيادة دواء الاوكسيتوسين عندها لا يتم افراز الإندورفين لان الاوكسيتوسين الخارجي لا يعبر الحاجز الدموي الدماغي. في حال كانت المرأة خائفة او لاتشعر بالامان يتم افراز الكاتيكولامينات او هرمونات التوتر وفي مرحلة مبكرة اثناء المخاض يمكن للكاتيكولامينات ان تبطل او ان توقف عملية الولادة بالكامل ومع ذلك في نهاية المخاض يكون هناك زيادة طبيعية للكاتيكولامينات من شأنها ان تسرع عملية الولادة حتى لو كانت الام مرهقة واذا لم تتم اعاقبة العملية الفسيولوجية للولادة يتم افراز كمية كبيرة من الاوكسيتوسين و الكاتيكولامينات للام والطفل معا حيث يعمل هذان الهرمونان كتنبيه للام الحريصة والطفل فيبدأان بتقدير بعضهما بهدوء بعدها يبدأ الطفل بالرضاعة من امه.

الرعاية المثلى في الولادة هي الرعاية التي من شأنها ان تسهل عملية الولادة الطبيعية لا ان تعيقها وهناك ادلة بحثية ملموسة لخمسة من ممارسات الولادة التي من شأنها ان تسهل العملية الطبيعية (الفسيولوجية) : السماح للولادة ان تبدأ لوحدها بشكل طبيعي(حيث تكون الام والطفل مستعدان لهذه العملية)، حرية وسهولة الحركة (لمساعدة النساء على تحمل الالم وحماية قناة الولادة والحفاظ على الطفل اثناء الدوران وعند النزول)، دعم عملية الولادة (لتقليل الشعور بالخوف وزيادة الهدوء العاطفي والجسدي وتوفير الخصوصية)، الدفع العفوي اثناء الولادة في الاوضاع العمودية (لتسهيل دوران الجنين وعملية نزوله) ، وبقاء الام والطفل معا (لتسهيل انتقال الطفل الى الحياة خارج الرحم وتسهيل عملية الرضاعة وانفصال المشيمة). اما بالنسبة للتدخلات الروتينية فمن الممكن ان تتضارب مع عملية المخاض والولادة مسببة سلسلة من التدخلات الاخرى مما تؤدي الى زيادة المخاطر على المهات والاطفال ولهذا السبب طرق الرعاية المثلى تعمل على تجنب التدخلات الروتينية ما لم يكن هناك دواعي طبية واضحة.

التدخلات الروتينية

الحد من الاكل والشرب اثناء الولادة

دراسة الاستماع الى الامهات III ذكرت ان 79% من النساء حرمن من تناول الطعام و 60% حرمن من الشرب اثناء الولادة، تقييد الاكل والشرب اثناء الولادة استندت الى ملاحظات مندلسون عام 1940 حيث لاحظ مندلسون انه اثناء التخدير العام يزيد خطر القيء بحيث يمكن ان تصل محتويات المعدة الى الرئتين مما يؤدي الاصابة بامراض الرئة الحادة او حتى الموت لذلك لقد تغيرت طريقة التخدير كليا منذ عام 1940 فقد اصبح من النادر استخدام التخدير العام اثناء الولادة وتم الاستعانة بما يعرف بالتخدير الموضعي وعلى العكس من وقت مندلسون فإن مجرى الهواء يكون محمي اثناء التخدير العام مما يقلل خطر انتشار محتويات المعدة ومن المهم معرفة ان المعدة لا تكون خالية تماما حتى في حالات الصوم حيث يكون هناك عصارة هضمية في المعدة لذلك تقييد عدد السعرات لا يجعل المعدة خالية ونظرا لهذه التطورات يصبح من المنطقي الغاء فكرة الحرمان من الاكل والشرب اثناء الولادة بالإضافة الى ان الصوم اثناء الولادة هو شيء مكروه لانه يمكن ان

يصعب على النساء متطلبات الولادة و يمكن ان يسبب ولادة اطول واكثر ايلاما.

(Singat, Tranme & Gyte, 2013) قاموا بتعديل مراجعة كوكرين بما يخص الأكل والشرب اثناء المخاض، المراجعة اخذت بعين الاعتبار جميع الدراسات التي لها علاقة في الحد من دخول السوائل والطعام للجسم اثناء الولادة ومقارنتها مع دراسة ما يمكن اكله او شربه، المراجعة شملت خمس دراسات على 3,130 امرأة بحثت معظم الدراسات عن الاغذية الموصى بها ما عدا دراسة واحدة ، والسماح للنساء باختيار ما يفضلن من طعام وشراب فلم يكن هناك اي فوائد او اضرار جراء الحد من الاكل او الشرب اثناء المخاض و استنادا إلى النتائج، وبناء على توصية كوكرين للنساء حرية الاختيار

وصل Goer و Romano بعد مراجعة الادبيات الى نفس النتيجة (2012). كما ان منظمة الصحة العالمية (1996) والكلية الامريكية للممرضات والقابلات توصي بضرورة الاكل والشرب اثناء المخاض ولكن وبالرغم من الادلة الا ان الجمعية الامريكية لاطباء التخدير (2007) و الكلية الامريكية لاطباء النساء والتوليد (1999) توصي النساء بأن تناول الاغذية عن طريق الفم يفضل ان تكون سوائل.

السوائل الوريدية :

(Dawood, Dowswell, and Quenby 2013) بعد ان اجروا مراجعة كوكرين عن تأثير السوائل الوريدية طوال فترة المخاض اشاروا الى ان هناك احتمالية ضئيلة جدا لتعرض النساء للخطر اثناء استخدام التخدير العام وحيث لا يوجد دليل واضح على الضرر المرتبط بالتناول عبر الفم اثناء المخاض لذلك حثوا على ضرورة ترك ممارسة اعطاء السوائل عن طريق الوريد واستخدامها فقط في الحالات العيادية كما اشاروا الى احتمالية تعرض النساء والاطفال حديثي الولادة للأمراض بسبب الاستخدام الغير ضروري للسوائل الوريدية ما في ذلك فقدان حاد في الوزن عند الاطفال الذين تعرضت امهاتهم للسوائل الوريدية كما ان نتائج المراجعة المنهجية لا توفر ادلة على ان استخدام السوائل له تأثير طوال فترة المخاض . مراجعة Goer و Romano تشمل دراسات تشير الى ان السوائل الوريدية اثناء المخاض يمكن ان تسبب اعراض الحمل الزائد مما يؤدي الى اضعاف عضلة الرحم كما ان هناك ادلة تشير الى بعض السوائل الوريدية تحتوي على سكر الجلوكوز فإذا لم تعطى ببطء يمكن ان تسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم للام والجنين بالاضافة الى ان الاستخدام الزائد للسوائل الوريدية يؤدي الى حدوث وذمة الصدر وبالتالي تؤثر على الرضاعة. لا يوجد اساس للأدلة على استخدام الروتينيني للسوائل عن طريق الوريد اثناء المخاض الا ان هناك مخاطر مرتبطة بهذه الممارسة وعلى الرغم من ذلك فإن دراسة الاستماع الى الامهات تشير الى ان 62% من النساء يختبرن السوائل الوريدية اثناء الولادة.

المراقبة الالكترونية للجنين:

بدأ استخدام المراقبة الالكترونية للجنين عام 1970 وقد استخدم لتخفيض الشلل الدماغي والحد من معدل وفيات فترة الولادة وبالرغم من عدم وجود دراسات تدعم جودته لا ان ممارسته اصبحت قاعدة منتشرة . قبل استخدام المراقبة الالكترونية للجنين كان يتم فحص معدل ضربات قلب الجنين بواسطة سماعة الطبيب بشكل متقطع. ولكن في الوقت الحاضر اغلبية الفحوصات تستخدم موجات دوبلر فوق الصوتية (Doppler Ultrasound) وذكرت دراسة الاستماع الى الامهات 3 ان 89% من النساء اختبرن المراقبة الالكترونية للجنين 66% منهن بشكل مستمر فقط 11% استخدمن الفحص المتقطع. (Declercq, Sakala, Corry, et al. 2013) وقد وجدت تجارب عشوائية عام 1970 ان استخدام المراقبة الالكترونية لا يؤثر على الرضع وانما تؤثر على نسبة انتشار الامراض عند امهات والمرتبطة بارتفاع العمليات القيصرية عند النساء اللاتي اختبرن المراقبة الالكترونية للجنين اكثر منها عند النساء اللواتي استخدمن الفحص المتقطع. وفي الاونة الاخيرة Alfirvic,

Devane و Gyte اجروا مراجعة منهجية ل 13 تجارب عشوائية وتحكيم الشواهد في النتائج المترتبة على استخدام المراقبة الالكترونية ومقارنتها مع استخدام الفحص المتقطع اثناء المخاض وشملت التجارب 37,715 امرأة وجاءت النتائج بأنه ليس هناك اختلاف في معدل وفيات فترة الولادة ومعدلات الشلل الدماغي ولكن اوجدت النتائج زيادة نسبة العمليات القيصرية والولادة المهبلية عند النساء اللواتي تعرضن للمراقبة الالكترونية المستمرة (EFM) وأشارت النتائج الى ان نوبات المرض عند حديثي الولادة اللذين تعرضوا للمراقبة الالكترونية اكثر منها عند حديثي الولادة الذين تعرضوا للفحص المتقطع بسبب كمية الاوكسيتوسين العالية وكما اشار Goer و Romano (2012) في مراجعتهم ان المراقبة الالكترونية تزيد احتمالية حدوث العمليات القيصرية وفشلها ايضا في الحد من الشلل الدماغي. كما وحددت هذه المراجعة ان اجراء المراقبة الالكترونية بشكل روتيني لفترة محددة يزيد من احتمالية حدوث التدخلات دون تحسين النتائج الوليدية فالمراقبة الالكترونية المستمرة للجنين تعيق عمل الاعضاء الفسيولوجية الطبيعية للولادة من خلال تقييد القدرة على الحركة والتدخل في عملية الولادة الطبيعية حيث ان عائلة المرأة ومقدمي الرعاية يشاهدون المراقبة. كما ان المراقبة الالكترونية تحد من قدرة المرأة في الوصول الى تدابير الراحة مثل الاستحمام واستعمال كرات الولادة مما يزيد احتمالية تعرضها للحقن فوق الجافة وسلسلة من التدخلات الاخرى. يرجع ارتفاع نسبة العمليات القيصرية الى مشاكل في تفسير العملية، ACOC and SMFM (2014). من اجل المنع الامن للعمليات القيصرية يكون متغير التباطؤ متكرر بفعل الضغط على الحبل السري ولكنه ليس بشكل مرضي وتعد هذه العملية تغيرا في الفكر الطبي لذلك تقدم هذه الورقة تحليل عميق لانماط فحص معدل ضربات قلب الجنين والتدخلات المصحوبة في العملية القيصرية من اجل محاولة علاجها اكلينيكيًا ولكنهم فشلوا في محاولة تطبيق استخدام الفحص المتقطع بدلا من استخدام المراقبة الالكترونية للجنين (EFM) للنساء قليلات التعرض للخطر وفي الوقت الحالي هناك بحث مقلق للادبيات ان اطباء التوليد قد فشلوا في حث النساء على ترك استخدام المراقبة الالكترونية. و (Sartwelle, 2012) من مجلة الطب القانوني يقول عن المراقبة الالكترونية للجنين (EFM): " على الرغم من ان المراقبة الالكترونية للجنين منتشرة في كل مكان ومستخدمة في العيادات لكن هناك اسرار خفية لهذه الالية فالاساس العلمي لهذه الطريقة ضعيف وطريقة عملها من الداخل اي المراقب الداخلي والمراقب بين دقات القلب ضعيفة و التنبؤ الايجابي الكاذب لمعدل الضائقة الجنينية بنسبة 99% يؤدي الى ازدياد الولادات القيصرية المصحوبة بالامراض وحالات الوفاة و بذلك تكون هذه الطريقة قد فشلت في تحقيق هدفها الرئيسي وهو تقليل نسبة الشلل الدماغي الى النصف ، الحد من التخلف العقلي و خفض معدلات الوفيات فترة الولادة" (Sartwelle, 2012, p. 313). هناك قلق مستمر من قبل اطباء التوليد من الدعاوي القضائية المقامة ضدهم اذا لم يستخدموا المراقبة الالكترونية للجنين (EFM) ولكن LENT (1999) في مراجعة قانون ستانفورد احتجت على انه بدلا من حماية اطباء التوليد يجب الحذر من ان استخدام المراقبة الالكترونية بشكل دائم يزيد من المخاطر بسبب مشاكل التشخيص. كما تحث على ان الكثير من الادبيات التي تدعم استخدام الفحص المتقطع بدلا من المراقبة الالكترونية يجب ان المحاكم بأن الفحص المتقطع خيار مساوي ومقبول. حسب نتائج بيان ACOG (2009) اظهرت البيانات انه ليس هناك فوائد او افضلية للمراقبة الالكترونية على حساب الفحص المتقطع وان كلا الخيارين متاحان للنساء دون مضاعفات. جمعية صحة المرأة و اطباء التوليد و العناية بالاطفال حديثي الولادة (2000) توصي بضرورة استخدام الفحص المتقطع بدلا من استخدام المراقبة الالكترونية المستمرة من اجل حماية النساء من اية مضاعفات وبالرغم من كل هذه التوصيات والادلة الدامغة على عدم وجود منافع من استخدام المراقبة الالكترونية وبالرغم من ارتفاع نسبة المخاطر الا انها تعد من اهم اشكال الرعاية. العناية المثلى يجب ان تشمل الفحص المتقطع للنساء مع المخاطر المنخفضة لذلك لا يجب اجراء اختبار الحمل المنزلي واذا كان هناك دواعي طبية للمراقبة الالكترونية فيجب ان تستخدم من اجل تسهيل الحركة على المرأة.

التخدير فوق الجافية:

على الرغم من ان حقنة التخدير فوق الجافية تعتبر مسكن ممتاز لالام الا انها تعيق العملية الطبيعية للولادة بعدة طرق، فبدون الم ينزل مستوى الاوكسيتوسين الطبيعي بشكل كبير لذلك يتم حقن النساء بهرمون الاوكسيتوسين الصناعي عبر الوريد مما يؤدي الى عدم مرور الاوكسيتوسين الصناعي الى الحاجز الدموي الدماغي وبالتالي لا يتم افراز الاندروفين الذي يساعد على استرخاء العضلات وتصبح عملية نزول الطفل صعبة ونتيجة لذلك تزداد المضاعفات الغير مقصودة. قد استعرض كل من

Jones (2011) Anim-Somuah, Smyth, and في مراجعة لدراسة عشوائية شملت 9658 امرأة ان 33 دراسة قارنت بين فعالية حقنة التخدير فوق الجافية و فعالية المواد الافيونية والدراسات الخمس الباقية قارنت بين التخدير فوق الجافية او عدم استخدام مسكنات على الاطلاق واطهرت النتائج ان حقنة التخدير فوق الجافية تعد احسن مسكن للام مقارنة بالعقاقير الاخرى. كما انه لم يطرأ اختلاف على العمليات القيصرية وكان هناك ارتفاع في نسبة الولادات القيصرية نتيجة الضائقة الجنينية عند النساء اللواتي تعرضن للتخدير فوق الجافية , ولم تكن هناك اية اثار للحقنة على الاطفال بعد الولادة مباشرة. النساء اللواتي استخدمن التخدير فوق الجافية يختبرن ولادة اطول (المرحلة الثانية من المخاض) ويحتجن الى تحفيز التقلصات باستخدام الاوكسيتوسين، انخفاض ضغط الدم بشدة ، عدم القدرة على التحرك لفترة من الزمن بعد الولادة(انسداد القنوات) يعانين من مشاكل احتباس السوائل وحصى اثناء الولادة. و جد Goer و Romano من خلال مراجعة البحث ان التخدير فوق الجافية يقلل امكانية حدوث الولادة المهبلية بطريقة عفوية كما وجدوا ان الاستخدام المبكر للتخدير فوق الجافية يؤدي الى سوء تموضع الجنين مما يزيد خطر احتمالية حدوث ولادة قيصرية مهبلية. بالاضافة الى ان التخدير فوق الجافية يؤدي الى حدوث حصى عند الام مما يزيد من العواقب المباشرة والغير مباشرة بما في ذلك الفصل بين الام والرضيع ووضع حديثي الولادة في حاضنة العناية المركزة للتقييم. التخدير فوق الجافية يزيد ايضا من خطر حدوث مشاكل الرضاعة الطبيعية بسبب الفتنانيل (Goer & Romano, 2012,p.286). تأخر الدفع عند الولادة يؤدي ايضا الى تقليل نسبة الولادات المهبلية. التموضع بشكل عمودي خلال المرحلة الثانية من المخاض يؤدي الى انخفاض الولادات القيصرية والولادات بالمساعدة . في الكثير من المستشفيات يكون الخيار الوحيد امام النساء للتخفيف الالم هو استخدام التخدير فوق الجافية وما ان يسري مفعول حقنة التخدير حتى يؤدي الى حدوث تدخلات اضافية: تدخلات السوائل والمراقبة الالكترونية المستمر للجنين والحد من القدرة على الحركة وبتوفير مجموعة من التدابير التي من شأنها رفع القدرة على تحمل الالم و رفع تدابير الراحة مثل الاستحمام وحرية الحركة والدعم النفسي اثناء المخاض كل هذه الامور تساعد النساء على تحمل الولادة دون الحاجة الى حقنة التخدير فوق الجافية. يؤدي توافر واستخدام التدابير الغير دوائية اثناء الولادة الى تأخر الحاجة للتخدير فوق الجافية حتى المرحلة الثانية من المخاض وتقلل من خطر دوران الجنين للخلف وتحمي الام من الحمى التي تسببها الحقنة. وبناء على الادلة المتاحة اذا كانت المرأة بحاجة الى التخدير يوصى باستخدام جرعة مخففة اثناء التخدير، ويؤدي الاستلقاء الجانبي بشكل عمودي الى خفض خطر الولادة المساعدة.

تسريع المخاض والولادة

تستغرق عملية الولادة وقتا طويلا لذلك النساء اللواتي يدخلن المشفى في وقت مبكر فمن المرجح ان يجدن انفسهن تحت ضغط كبير لتحفيز المخاض. وحتى قريبا لم يكن يوضح تعريف عسر الولادة الوقت الكبير واللازم حتى تبدأ عملية الولادة. ادت النسبة العالية لاجراء العملية القيصرية في الولايات المتحدة الى حث الجامعة الامريكية لاطباء النساء والتوليد والمجتمع الطبي للامهات والاجنة لكي يقوموا باجراء بحث ممنهج في محاولة جاهدة لتشكيل استراتيجيات تقلل من نسبة استخدام العملية القيصرية (2014).

ان مراعاتهم للابحاث وتشكيلهم لمجموعة من التوصيات سوف يساهم الى تخفيض نسبة تسريع عملية الولادة، وتقليل من نسبة اللجوء للعملية القيصرية.

ومن اهم التوصيات التي تتعلق بمنحنى الولادة، بان ادارة عملية الولادة يجب ان تتم بحسب المعلومات من اتحاد الولادة الامنة وليس بحسب مقاييس فريدمان. حيث انه لا يجب ان يتم اعتبار البطء في المخاض كعذر للتسريع الطبي للمخاض او للجوء الى العملية القيصرية. مع العلم بوجود بعض الحالات الاستثنائية الا انه لا يجب اللجوء الى العملية القيصرية حتى في الحالات الكامنة الطويلة (اكثر من 20 ساعة للام من مرة الاولى، او اكثر من 14 ساعة للام المنجبة من قبل). لذلك طالما كانت الام وابنها بصحة سليمة يجب على نقطة البداية لعملية المخاض عند توسع عنق الرحم ل6 سم . ويتم تعريف عسر المرحلة النشطة عندما يصاب اتساع عنق الرحم لدى النساء ل6 سم او اكثر من ذلك ومع حدوث تمزق للاغشية وفشل في الاستمرار بالمخاض مع الرغم من 4 ساعات من نشاط الرحم الكافي، او على الاقل من افراز الاوكسيتوسين في الجسم لمدة 6 ساعات مع نقص في نشاط الرحم وعدم حدوث تغيير في اتساع العنق. ويشدد التقرير أيضا على أهمية الدعم عند الولادة وتحديدًا يذكر تأثير

القابلات على نتائج الولادة بما في ذلك معدلات العملية القيصرية. لذلك ان الدعم المستمر، بما في ذلك الدعم الذي تقدمه القابلات، هي واحدة من أكثر الطرق فعالية لخفض معدل القيصرية. ويلاحظ المؤلف بأن هذا المورد هو على الأرجح لا يتم استغلاله بشكل كافي. من المرجح أن نرى انخفاضا في تسريع عملية الولادة على أساس هذه المبادئ التوجيهية، على الرغم من أنه من المحتمل أيضا أن التغيير سوف يستغرق بعض الوقت.

ان التدخلات الطبية لتسريع عملية الولادة هي بضع السلى، بيتوكن ، أو كليهما. وهناك عدد من المراجعات المنهجية لكل من هذه التدخلات. وكان بضع السلى من الممارسات المعتادة في بعض المستشفيات وتم اجرائه بشكل روتيني على جميع النساء. في الولايات المتحدة اوضحت 20% من النساء عن حدوث تمزق للأغشية لهم (ديكليرك، السقالة، كوري، وآخرون، 2013) مع العلم بأنه هذا العدد قد يكون أقل من العدد الحقيقي لأنه غالبا ما تكون النساء غير مدركات أن بضع السلى قد تم. وهناك عدد من المخاطر الناتجة عن تسريع الولادة عن طريق بضع السلى ،على الرغم من انها نادرة، بما في ذلك مشاكل مع الحبل السري ومعدل ضربات قلب الجنين. وبالإضافة إلى ذلك، فبمجرد أن يحدث تمزق للأغشية فانه هناك خطر متزايد للإصابة بالالتهابات. كما يزيد بضع السلى من احتمالية وجود الجنين في الوضعية الخلفية الثابتة حيث يواجه راسه الامعاء. (مرتادي ورومانو، 2012)

في مراجعة لكوكرين (سميث، ماركهام، ودوزويل، 2013) قيمت اثر استخدام بضع السلى في المخاض العفوي. تم تحديد 15 دراسة والذين انطوا على 5,583 من النساء. وأظهرت الأدلة عدم حدوث تقصير في طول المرحلة الأولى من المخاض وزيادة في احتمالية اللجوء الى الجراحة القيصرية. وقد تكون المرحلة الثانية أقصر لدى الأمهات لأول مرة. وخلص الباحثون الى أن بضع السلى عملية روتينية لا ينصح بها كجزء من إدارة العمل القياسية في الرعاية. وان الأدلة لا تدعم عملية الكسر الروتيني لمياه الراس للنساء في المخاض العفوي، أو حتى عندما يتم لفترات طويلة. واستنتج مرتادي ورومانو (2012) في مراجعتهم للأبحاث أيضا أن عملية بضع السلى الروتينية اذا تمت في وقت مبكر من الممكن ان تزيد من احتمالية اللجوء الى الجراحة القيصرية، واكدوا على انه لا ينبغي أن تتم بشكل روتيني.

ان ثلاثين في المئة من النساء في الولايات المتحدة يتم تحفيز عملية المخاض لديهم مع الأوكسيتوسين المصنع، (بيتوكن ديكلارك، السقالة، كوري، وآخرون 2013). وان استخدام هذا المحفز لا يخلو من مخاطر. استخدام البيتوكن المصنع يعطل عمل وظائف الأعضاء الطبيعية اثناء المخاض. بما ان البيتوكن لا يمر عن حاجز الدم - الدماغ، ولا يتم افراج للإندورفين. وكلما كانت التقلصات أقوى وأصعب فيصبح من الصعب على الأم ادارتها، مما يضع ضغوط إضافية على عضلة الرحم. ولإدارة الانقباضات القوية جدا، غالبا ما يتم إعطاء النساء المسكن فوق الجافية في أقرب وقت بعد بدء البيتوكن من العمل. وان التسكين فوق الجافية يتدخل في الطرق الخاصة بعمل وظائف الأعضاء في المخاض ويضيف مخاطر إضافية للأم والطفل. ان الإدارة الفعالة للمخاض تشمل تمزيق الأغشية ثم إعطاء البيتوكن لتحفيز عملية الولادة. (براون ، برانجوثي، ودوسويل ، وآخرون 2008)، وجدت في المراجعة المنهجية لتقييم الإدارة الفعالة للحد من القيصرية في النساء انخفاضا متواضعا في معدل القيصرية بين النساء اللواتي تلقين بضع السلى واوكسيتوسين إذا تأخر المخاض. وأكثر دراسة حديثة لكوكرين (وى، وو، تشي، شو، وآخرون، 2013) للإدارة الفعالة للمخاض شملت 14 تجربة و 8033 من النساء، ومرة أخرى، أظهر هذا الاستعراض انخفاضا طفيفا في معدل القيصرية مقارنة مع الادارة المتوقعة. ويشير الباحثون إلى أن التجارب لم تقدم أدلة كافية تتعلق بنتائج الأم (على سبيل المثال، فرط تنبيه الرحم) أو (على سبيل المثال، مشاكل مع الجنين من معدل ضربات القلب) ، أو رضا المرأة مع الخبرة. وأشاروا أيضا إلى أن الدعم المهني المستمر والحركة وتحديد المواقع أثناء المخاض، كلها من ممارسات الرعاية التي يمكن أن تحفز على المخاض الطبيعي، كانت محدودة في كل من التدخلات ومجموعات المراقبة والدعم.

غور و رومانو (2012) افادوا بأن الدخول المبكر الى المشفى يزيد من خطر جميع التدخلات ويزيد في نهاية المطاف من مخاطر الجراحة القيصرية. لذلك للحصول على الرعاية المثلى، ينبغي أن يشمل ذلك تشجيع النساء على تأخير الدخول الى المستشفى حتى وصولهم الى مرحلة المخاض النشط (والتي تعتبر الآن 6 سم). وإن وجود بيئة داعمة يقطع شوطا طويلا نحو تحريك عملية الولادة. حيث يمكن للتدخلات الغير طبية مثل الدعم، التمشي، والراحة، والتناول عن طريق الفم أيضا تحفيز وتسريع المخاض. وهناك بعض الأدلة على أن التحفيز الثديي، الذي يحفز الافراج عن الأوكسيتوسين، وكذلك التمشي يمكنه حل بطء التقدم في المخاض (مرتادي ورومانو، 2012). لذلك من المنطقي ان يتم استخدام هذه التدخلات البسيطة قبل الشروع في التدخلات الطبية ذات المخاطر العالية.

العجاني

الشق

وذكرت سبعة عشر في المئة من النساء اللواتي شاركن في دراسة " الاستماع الى النساء الثالثة " حدوث شق عجاني لهن اثناء عملية الولادة. وفي حين تمثل هذه النسبة انخفاض كبير عن نسبة الخمسة وثلاثين بالمئة والناجمة عن دراسة " الاستماع الى النساء الاولى " والتي تمت في عام 2002, وايضا تشكل هبوطا ساحقا عن نسبة المئة من مئة في عمليات الشق العجاني قبل خمس وخمسين عاما, الا ان النسبة ما زالت اعلى من ما يجب ان تكون عليه. ان المراجعة الممنهجة لعملية الشق العجاني والتي تمت عام 2005 توضح بان النسبة يمكن ان تكون عشرة بالمئة (هارتمان، فيسواناثان، بالميري، وآخرون، 2005). وهذه هي النسبة التي حددت في عام 1996 وتطمح اليها منظمة الصحة العالمية. للشق العجاني تحديد ما اذا ينبغي استخدامه بشكل روتيني. (Carroli & Mignini, L, 2009) (وسعت كوكرين بمراجعتها

وننتج عن ذلك تاكدهم باهمية تقييد عملية الشق العجاني حيث وجدوا بانها تقلل من نسبة الامراض, مثل الصدمة العجانية الشديدة, والصدمة العجانية الخلفية, والحاجة لخيطة العجان. وتشفى المرأة من المضاعفات خلال سبعة ايام. و اضافوا بانها لا فرق في المضاعفات الكبرى مثل صدمة المهبل والعجان الشديدة, ولا في الألم, وعسر الجماع, او سلس البول. العيب الوحيد من استخدام الشق العجاني بشكل مقيد هو زيادة خطر حدوث صدمة عجانية امامية. واستنتج الباحثون بانها هناك العديد من الادلة التي تدعم الاستخدام المقيد للشق العجاني مقارنة بالاستخدام الروتيني. وفي المراجعة الممنهجة التي اجراها جور ورومانو عام 2012 لعملية الشق العجاني وجدوا بان هذه العملية تسبب الام شديدة اكثر من لو انها تمزقات عشوائية, وتسبب مضاعفات اكثر خلال مرحلة الشفاء اكثر من لو انها تمزقات عشوائية, و بان الشق العجاني لا اثر لديه على النتائج الوليدية, والا هم من ذلك فان الشق العجاني لا يحافظ على سير القاع الحوضي ويساهم في سلس البول والشرح.

واقترح جور ورومانو عام 2012 بعض الممارسات التي تشجع على الحفاظ على العجان سليم. والحد من استخدام الشق العجاني واستخدامه فقط عند ظروف استثنائية. وان الرعاية المثلى في المرحلة الثانية تشمل تشجيع عدم الاستلقاء عند الولادة, وتغيير الوضعيات, والاستجابة للدفع عن طريق تحمل الانقباضات, وعدم تشجيع مسك النفس لفترة طويلة, وانتظار الرغبة DiFranco & Curl, 2014 العفوية من المرأة المخدرة للدفع قبل ان تدفع بنشاط .

ملخص

هناك أدلة كثيرة موثقة هنا على أن الاستخدام الروتيني للتدخلات لديه القدرة، وكثيرا ما يفعل، على تعطيل عملية الولادة، ونتيجة لذلك، فانه يزيد من خطر حدوث مضاعفات. اذن للحصول على اكثر ولادة صحية وامنة، يجب على النساء تناول الطعام والشراب، وقياس معدل نبضات قلب الجنين في فترات متقطعة، والحصول على مجموعة واسعة من الطرق لتخفيف الألم من أجل تجنب الاستخدام الروتيني للتخدير فوق الجافية، ويجب على المرأة ان تلد في بيئة تقدر وتفهم الوقت الذي تحتاجه عملية الولادة.

وان التركيز على ممارسات الرعاية التي تسهل عملية الولادة الطبيعية (السماح للمخاض بالبدء من تلقاء نفسه، الحركة وتحديد المواقع، ودعم المخاض، والدفع العفوي من دون استلقاء، والحفاظ على الأم والطفل معا)، وتوفير التدخلات الا عندما تتم الإشارة إلى فوائدها طبييا، فان كل هذا يجعل المخاض والولادة أكثر أمنا وصحة للأمهات والرضع.

آثار المتبعة

التعلم عن عملية الولادة

فمن الواضح أن الاستخدام المنتظم لهذه التدخلات يعطل عملية فيزيولوجية المخاض والولادة. بل أيضا من الواضح أن عدد التدخلات تزيد مع الادخال المبكر للحامل إلى المستشفى. هذا هو ما تحتاج المرأة إلى معرفته :

- ان الأكل والشرب في اثناء المخاض ليس خطيرا، وإذا رغبت في ذلك فهو مفيد. وعادة لا يكون هناك حاجة للانايب الوريدية.

- ان الية المراقبة الالكترونية للجنين لا تجعل الولادة أكثر أمانا للطفل وانما تزيد من خطر اضطرار الأم لتحمل عملية قيصرية غير ضرورية.

- ان الحصول على التخدير فوق الجافية لتخفيف الآلام ممتاز ولكنه يأتي بثمن، حيث ان هنالك العديد من المخاطر والتي يمكن التقليل منها عن طريق تأخير الحصول على المخدر.

- ان التكبير نادرا ما يلزم، والمخاض يمكن ان وعادة لا يستغرق وقتا طويلا، الا ان الصبر، والحركة، وتغيير الوضعية، والحصول على دعم ممتاز، والأكل والشرب، كلها تساعد في بدء المخاض وتسيير عملية الولادة. وبالإضافة الى ذلك فان البقاء في المنزل حتى ينتشط المخاض ويصل عنق الرحم الى (6 سم) يساعد كثيرا.

- ان الشق العجاني ضار وينبغي أن يقتصر استخدامه على الحالات الخاصة.

ان وجود فهم عميق وثقة في العملية الفسيولوجية الطبيعية للمخاض والولادة والثقة في نفسها وفي قدرتها الخاصة للانجاب يجعله من السهل على المرأة أن لا تعتقد بأن التدخلات التكنولوجية والروتينية تجعل الولادة أكثر أمنا للأمهات والرضع، وتزويد النساء "بالحقائق"، بما في ذلك البحث، ليس عادة ما يكفي لتغيير مبادئ وقيم النساء، وان الاسلوب القصصي هو اقوى وسيلة لتحقيق ذلك. وبنفس الأهمية يأتي دور المربية الولادة، والمرمضة، والقابلة والطبيب في ارسال رسالة واضحة للنساء. حيث لا يمكننا أن نقول للنساء بانه لديهم كل ما يلزم لتلد ببساطة دون تعقيدات ومن ثم نقول لهم بأن التدخلات الروتينية تحدث "فقط" في حالة جعل الولادة أكثر أمنا.

الاختيار السليم لمقدمي الرعاية الصحية ومكان الولادة

يجب على النساء البحث بعناية بالخيارات المتعلقة بالرعاية ومكان الولادة. وهناك آثار أخلاقية تتبع عملية حجب المعلومات أو خداع النساء للاعتقاد بأن عملية الولادة يمكن أن تكون آمنة في مكان يقوم به مقدمي الرعاية بالتدخل في عملية الولادة الطبيعية. حيث ان النسبة العالية من المضاعفات وازدياد معدل الولادة القيصرية يتطلب منا كأطباء ومختصين رفع الأعلام الحمراء من عدم ترويج وحماية الولادة الطبيعية. وان القابلات هن الأكثر احتمالا لتقديم الرعاية المثلى والتي تشمل جميع الممارسات الستة للولادة الصحية، بما في ذلك تجنب

القابلات التدخلات ما لم تتم الإشارة إلى أنها ضرورة طبية. وان الولادة خارج المستشفى هي الأكثر احتمالاً لتقديم الرعاية الامثل من دون تدخلات. (جور ورومانو 2012) سياسات المستشفى القائمة على الأدلة

ان رعاية الأمومة المثلى تتمحور في جوهرها على بعض الممارسات البسيطة، بما في ذلك تجنب التدخلات الروتينية. ولذلك فان سياسات المستشفى تحتاج إلى ان تتطابق تماما مع هذه الممارسات الأساسية. وإذا لم يتحقق ذلك، فانه على عملية الولادة الخروج من المستشفى. ولحدوث تغير فان هذا يتطلب إعادة تثقيف العديد من الممرضات والأطباء والإداريين. في قلب ذلك التعليم، هو المعرفة عن العمليات الفسيولوجية الطبيعية والمعرفة عن الرعاية المثلى، والمعرفة بالممارسات التي تسهل عملية الولادة، بما في ذلك تجنب الاستخدام الروتيني للتدخلات.

وهنا يأتي دور الممرضات والراعيات لعملية الولادة بالدفاع عن مرضاهن، وتمكين النساء وتعليمهم على اهمية رفض التدخلات الروتينية. وفي نموذج صنع القرار المشترك، تقدم النساء بالمعلومات بما في ذلك مناقشة مستفيضة للخصائص الفيزيائية للمخاض والولادة، وبعد ذلك فوائد ومخاطر التدخلات الفردية استنادا إلى أفضل الأدلة. ومن ثم تتم مناقشة ما هو مهم للمرأة ومن ثم مناقشة الخيارات، والبدائل، والتحديات. ومن ثم تتخذ النساء قرارهن المدعوم من موفري الرعاية. (Hersh, Megregian, and Emeis 2014) والمشفى وتوفر حصص الولادة مناخا ملائما لتبادل المعلومات، حيث تشجع المرأة للتعبير عن مشاعرها ووضع مخططات الولادة التي تفضلها. وهذا النقاش الجاد يجب على المرأة ان تخوضه مع مزودي الرعاية لديها وفي حال عدم اتفاق المزود للرعاية معها نحبذ ان تفكر في تغييره. وحتى على المرأة بان تخوض هذا النقاش مع الممرضات في المشفى، ويجدر بالمرمضة ان تدعم خيار المرأة سواء كان يخالف ما تعتقد به شخصيا او السياسة التي تتبعها المشفى. وهنا يأتي دور الممرضات المهم في تمكين النساء وهنا نقطة البداية لزعة النظام.

الاستنتاج

ان الرعاية المثلى هي الرعاية التي تشجع، وتدعم، وتحمي العمليات الفسيولوجية الطبيعية للمخاض والولادة. وللحصول على ولادة امنة وصحية يجب تجنب التدخلات ما لم يكن هناك داع طبي واضح.

References

- Alfirevic, Z., Devane, G. & Gyte, D. (2013). Continuous cardiocartography (CTG) as a form of continuous electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD006066. doi:10.1002/14651858.CD006066, pub2.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). (2014). *Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery*. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstetrics and Gynecology*. 114 (3), 714.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Practice Bulletin #106, Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *Obstetrics & Gynecology*, 114, 192-203.
- American Society for Anesthesiologists. (1999). Practice guidelines for obstetrical anesthesia: A report for the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology*, 90 (2), 600-11.
- Amis, D. (in press). Healthy birth practice #4: Let labor start on its own. *Journal of Perinatal Education*.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.

- Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nursing. (2008). *Fetal Heart Monitoring*. Washington, DC: AWHONN.
- Brown, H., Paranjothy, S., Dowswell, T., et al. (2008). Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.4: CD004907.
- Buckley, S. (2014). *The Hormonal Physiology of Childbearing*. New York: Childbirth Connection.
- Caroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>
- Chantray, C., Nommsen-Rivers, L., Peerson, J., et al. (2011). Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid balance. *Pediatrics*, 127 (1), 171-179.
- Crenshaw, J. (in press). Healthy birth practice #6: Keep mothers and babies together: It's best for mothers, babies and breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*.
- Dawood, F., Dowswell, T., & Quenby, S. (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD007715.pub2.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007715.pub2/full> Accessed on July 4, 2014.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to Mothers I: Report of the First US Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York: Maternity Center Association.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III: Pregnancy and Childbirth*. New York: Childbirth Connection.
- DiFranco, J., & Curl, M. (in press). Healthy birth practice #5: Birth in uprights positions, push as the body dictates. *Journal of Perinatal Education*, 23(4).
- Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal Care in Childbirth: The Case for a Physiologic Approach*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Green, J., & Hotelling, B. (in press). Healthy birth practice #3: Bring a loved one, friend or doula for continuous support. *Journal of Perinatal Education*, 23(4).
- Hartmann, K.I, Viswanathan, M., Palmieri, R., et al. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 293 (17), 2141-8.
- Hersh, S., Megregian, M., & Emeis, C. (2014). Intermittent auscultation of the fetal heart rated during labor: An opportunity for shared decision making. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59 (3), 344-49.
- Lent, M. (1999). The medical and legal risks of the electronic fetal monitor. *Stanford Law Review*. 51, 807-837.
- Ondeck, M. (in press). Healthy birth practice #2: Move, walk and change positions throughout labor. *Journal of Perinatal Education*, 23 (4).
- Sartwelle, T. (2012). Electronic fetal monitoring: A bridge too far. *Journal of Legal Medicine*. 33:313-379.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 1. [DOI: DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3]
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full>
- Smyth, R., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>.
- Wei, S., Wo, B., Qi, H., Xu, H., Luo, Z., Roy, C., & Fraser, W. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://summaries.cochrane.org/CD006794/early-amniotomy-and-early-oxytocin-for-delay-in-first-stage-spontaneous-labour-compared-with-routine-care>.

World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Geneva:

Author. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Accessed on July 5, 2014.

السيرة الذاتية للكاتب

جوديث لوتيان ممرضة اطفال ومدربة معتمدة لرعاية الحمل والولادة والامومو المبكرة. هي رئيسة مجلس لاماز انترناشيونال – قسم الشهادات المعتمدة ، ومساعدة تحرير في مجلة التثقيف خلال الحمل. وهي أيضا أستاذة مساعدة في كلية التمريض في جامعة سيتون هول.

لمعلومات اضافية عن المقالة يجب توجيهها الى جوديث لوتيان ، PhD, RN, LCCE, FACCE، على البريد الالكتروني : jalothian@aol.com او شارع رقم 76 650، بروكلين – نيويورك 11209.