

www.kandoo.cn

گریز از سزارین

و

زایمان بی درد

www.kandoo.cn

مرضیه خماریان

دبیر فنی رشته کودکانیاری - نیشابور

بهار ۱۳۸۵

زمستان ۱۳۸۴

www.kandoo.cn

فهرست مطالب :

صفحه :	عنوان :
۱	مکیده مقاله
۲	مقدمه
۲	تعریف و تاریخچه سزارین
۳	علل افزایش آمار سزارین
۴	عوارض سزارین
۵	چه باید کرد
۶	تاریخچه زایمان بی درد
۷	روشهای مختلف زایمان بی درد (دارویی)
۹	روشهای غیر دارویی
۱۰	هیپنوتیزم ، TENS و طب سوزنی
۱۱	روش سایکو پروفیلاکتیک
۱۱	زایمان در آب
۱۳	ممنوعیتهای زایمان در آب
۱۴	فهرست منابع

چکیده مقاله

سزارین به عنوان یک پدیده اجتماعی مال حاضر موجب ایجاد مشکلات زیادی برای جامعه پزشکی، مادران و اقتصاد جامعه شده است. در این مقاله ضمن تعریف و بررسی علل و اندیکاسیونهای واقعی سزارین به مقایسه سزارین و زایمان طبیعی پرداخته و تاریخچه و عوارض و مزایای هر روش عنوان گردیده است و با توجه به انگیزه اصلی تمایل به سزارین که گریز از درد می باشد روشهای مختلف زایمان بی درد و شرایط و عوارض احتمالی عنوان گردیده و در پایان منابع متعدد تهیه مقاله ارائه گردیده است.

مقدمه

زایمان یک فرایند طبیعی است و حدود ۸۵٪ زایمانها نیاز به هیچ گونه مداخله درمانی ندارد. اما متأسفانه در سالیان اخیر گرایش به زایمان به شیوه سزارین شدیداً افزایش یافته است. به طوری که آمار جراحی سزارین در ایران ۶۰٪ یعنی ۴ برابر استاندارد جهانی است و فقط ۱۳/۱٪ از این موارد وضعیت سزارین اورژانسی بوده است. درد زایمان شدیدترین دردی است که اکثر زنان در طول زندگی خود تجربه کرده‌اند. این درد در شکم اول به مراتب شدیدتر و طولانی‌تر است. عوامل متعددی در شدت و الگوی دردهای زایمانی تأثیر دارند. تعداد موارد بارداری، جنس نوزاد متولدشده، توانایی بدنی و قدرت جسمانی زن، وضعیت دهانه رحم و ارتباط آن با اندازه جنین از جمله عواملی هستند که گاه سبب افزایش درد زایمان می‌شوند. بر اساس یک بررسی علمی، درد در زنان باردار بالاتر از ۴۰ سال، بخصوص در زایمان اول، به مراتب طولانی‌تر و شدیدتر است. هیجان، ترس و اضطراب زن باردار نیز بر شدت درد او می‌افزاید.

یک گروه تمقیقاتی در سال ۱۹۷۸ نشان داد که درد و اضطراب باعث افزایش شیوع الگوی های غیرطبیعی ضربان قلب جنین می شود و وضعیت نوزاد حاصل به مراتب نامناسب تر از نوزادی است که اضطراب و درد در مادر وی تحت کنترل بوده است.

دکتر افتیاری می گوید: «علت اصلی ترس از زایمان، بی اطلاعی یا داشتن اطلاعات غلط در مورد مرامل زایمان و عوارض احتمالی آن است. همچنین، پیچیدگی ارتباط میان زن و همسرش نقش بسیار مهمی در میزان درد دارد. تا آنجا که مضور همسر در اتاق زایمان، به علت اثر تسکین دهنده گی آن، تا مدودی از شدت دردهای زایمانی می کاهد. زن در کنار همسرش به مراتب اضطراب کمتری را در طی فرآیند زایمان تجربه خواهد کرد.»

تعریف و تاریخچه سزارین

سزارین به معنای خارج کردن جنین از ممل برش جدار شکم و دیواره رحم است.

در سال ۱۵۴۹ میلادی تولد سزار به این روش انجام شد و به همین علت به سزارین یعنی روشی که سزار با آن متولد شد معروف گردید البته پرفسور ایرانی مقیم آمریکا با اشاره ای به شاهنامه و تولد رستم در ۱۴۰۰ سال قبل از میلاد این روش را منسوب به ایرانیان دانسته و ریشه اصطلاح (ایچ عامیانه ((رستم زا)) را در این امر می داند.

علل افزایش آمار سزارین

در گذشته سزارین فقط به منظور نجات مادر و جنین یا یکی از آنها به علل زیر پیشنهاد می شد:

- تنگی لگن مادر
- عدم پیشرفت یا طولانی شدن زایمان بیش از حد مقرر
- وضعیت غیر طبیعی جنین

- ابتلای مادر به بیماری دیابت یا بالا بودن فشار خون
 - هر گونه افتلال در سیر طبیعی زایمان
- ولی امروزه علاوه بر موارد فوق که شاید حدود ۱۵٪ از زایمانهای مشکل دار را در بر گیرد، سزارین یکی از اعمال شایع جراحی است که علل گرایش به آن متعدد است.

علل گرایش به سزارین

علل تمایل پزشکان به جراحی سزارین

- از نظر زمانی هدایت زایمان طبیعی ۵ برابر جراحی سزارین زمان می برد و با توجه به کمبودهای زمانی در اثر ترافیک تعدد بیماران و اشتغال هم زمان در بیمارستانهای دولتی و خصوصی این زمان برای پزشکان ارزش بسیار دارد.
- تفاوت دستمزد زایمان طبیعی با وجود زمانبری زیاد با جراحی سزارین حتی به صورت بیمه های دولتی حدود ۱۰۰ هزار تومان است و این به جز هزینه ای است که مریض به عنوان دستمزد خاص (زیر میزی) به پزشک می پردازد.
 - ترس پزشکان و ماماها از مشکلات حقوقی در نتیجه زایمان طبیعی که منجر به افتلال در سلامت مادر و جنین شود.

علل تمایل مادران به سزارین

- تبدیل شدن سزارین به عملی تجملی و لوکس.
- تمایل به بستری شدن در بیمارستانهای خصوصی
- مورد پسند بودن روش سزارین بین دوستان و آشنایان
- انتخاب زمان زایمان با بر نامه ریزی قبلی
- سنجش علاقه همسر به مادر باردار
- نا شنافتن بودن روشهای کاهش درد زایمان
- افزایش سن بچه دار شدن در زنان
- کاهش تعداد باروری ها

- هراس از درد و تصور غلط مادران که با سزارین هیچگونه درد و مشکلی ندارند در حالی که درد زایمان طبیعی قبل و درد سزارین بعد از جراحی است و درد درمالت طبیعی متناوب است و اجازه استراحت به مادر می دهد ولی درد جراحی مداوم است.

- رواج این باور غلط که ضریب هوشی نوزادان حاصل از سزارین بالا تر است در حالی که ضریب هوشی ارتباطی با نحوه تولد ندارد و متی در مواردی تحقیقات ثابت کرده است که ضریب هوشی نوزادان زایمان طبیعی بالا تر بوده است فقط ممکن است به علت نرمی استخوانها کمی کشیدگی طبیعی در سر کودک ایجاد شود که در عرض یکماه با رشد کودک بر طرف می شود.

- اعتقاد به این مسئله که ضربه های زایمانها مختص زایمان طبیعی است در حالی که فلج اعصاب بازوئی و شکستگی جمجمه و سایر استخوانها در سزارین شیوع زیادی دارد. و فشار وارده بر قفسه سینه در زایمان طبیعی به فروج مایعات از ششها کمک کرده و باعث تنفس عمیق و باز شدن کامل ریه ها می شود و فشار وارده ناشی از عبور از کانال زایمان جنین را برای تطابق با محیط آماده می کند.

عوارض سزارین

- به گفته دکتر علی دباغ سر پرست اداره نظارت بر درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی جراحی سزارین ۷۰٪ عارضه دارد مهلک ترین آن مرگ در اثر عفونت و فونریزی است سایر عوارض عبارتند از:
- مورتالیته و موربیدیته مادر و جنین که هر دو از عوارض جراحی های بزرگ هستند
- احتمال عفونت و آمبولی افزایش می یابد
- پسبندگی امشاء و نازایی که از عوارض دراز مدت محسوب می شود
- فونریزی زیاد تقریباً دو برابر زایمان طبیعی
- بالا بودن امکان آسیب به مثانه و روده ها

- افزایش فطرمرگ جنین درزایمان بعدی به علت تأثیر منفی ترمیم رحم بر عملکرد جفت
- شایع تر شدن مرگ نوزاد به علت بی دلیل یا قبل از موقع بودن سزارین
- شیوع افسردگی پس از زایمان در جراحی سزارین
- تأثیر منفی بر شیردهی مادر به علت مصرف آنتی بیوتیک ها و داروهای خاص جراحی

با وجود این عوارض میزان جراحی های سزارین در سال ۷۹ حدود ۳۵٪ بوده که در سال ۸۲ این میزان به سرعت افزایش یافته به طوری که در بیمارستان های دولتی دانشگاهی ۲۹٪ دولتی غیردانشگاهی ۴۶٪ و در بیمارستانهای خصوصی ۸۸٪ زایمانها به شیوه سزارین بوده است.

- در ایران استان قم با ۴۴٪ بالاترین درصد سیزستان و بلوچستان با ۴٪ پایین ترین آمار سزارین را دارا هستند و این نشان دهنده ی تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی به عنوان فاکتورهای مهم در شیوع سزارین می باشد.

چه باید کرد؟

- چون انگیزه ی اصلی تمام مادران در انتخاب سزارین کاهش درد است پس تنها چاره ی کنترل معرفی روشهایی است که درد زایمان را کاهش دهد. روشهایی که امروزه با عنوان روشهای زایمان بی درد معرفی می شوند ولی متأسفانه آگاهی مادران و جامعه از آنها بسیار اندک است.

تاریخچه زایمان بی درد

- نخستین بار در سال ۱۸۴۶ از اتر در زایمان استفاده شد و سپس در سال ۱۸۵۳ دکتر جان اسنو J. show برای زایمان ملکه ویکتوریا از کلروفورم استفاده کرد.
- در سال ۱۸۹۹ دکتر bier شیهه ی بی مسی موضعی نفاعی (spinal) اسپینال را معرفی کرد و روش بی مسی موضعی دور نفاعی epidural در سال ۱۹۶۰ برای ایجاد بی دردی در زایمان طبیعی به کار گرفته شد و پزشکان دریافتن که این شیوه به سلامت مادر و جنین لطمه ای وارد نمی کند و بدین ترتیب استفاده از روشهای القای بی دردی هنگام زایمان مرسوم شد به طوری که اکنون بر اساس آمار معتبر ۸۱٪ بیماران زایمان طبیعی در آمریکا از یکی از روشهای بی درد دارویی بهره می گیرند ۱۹٪ باقی مانده از روشهای غیر دارویی و در کشورهای اروپایی این رقم به بیش از ۹۰٪ می رسد اما در کشور ما به علت عدم اطلاع کافی از این روشها گرایش به سزارین به عنوان تنها شیوه زایمان که درد کمتری دارد بیشتر است.

روشهای مختلف زایمان بی درد

روش‌های مورد استفاده برای بی‌دردسازی زایمان به دو گروه دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند.

روشهای دارویی

در روش تزریق دارو، از انواع مخدرها و آرام‌بخش‌ها برای کاستن از اضطراب مین زایمان و، به درجاتی، تخفیف درد استفاده می‌شود. اما پرکاربردترین روش، بهره‌گیری از بی‌حسی موضعی است. داروی بی‌حسی در مرحله مشخصی از زایمان، از طریق سوزنی که در نامیه کمر فرو می‌رود، به فضای دور نفاعی، نفاعی و گاه هر دو تزریق می‌شود. بی‌دردی ایجادشده در این روش نسبتاً کامل است.»

دکتر لاله وثوقیان، متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، در پاسخ به این پرسش که آیا بی‌دردسازی نامیه‌ای طولانی شدن زمان زایمان را به دنبال دارد، می‌گوید: «این مسئله ذهن بسیاری از متخصصان بیماری‌های زنان را به خود مشغول کرده است. بنابراین، در صورت اجرای صحیح تکنیک و همچنین آموزش قبلی مادر، احتمال طولانی شدن زایمان وجود ندارد.» دکتر قدیانی در مورد عوارض احتمالی ناشی از بی‌حسی‌های منطقه‌ای توضیح می‌دهد: «افت فشار خون یکی از شایع‌ترین عوارض این قبیل بی‌حسی‌هاست که با مایع‌درمانی و جایگزین کردن حجم کافی از آن قابل جبران است. فارش، تهوع، استفراغ، ضعف تنفسی، عفونت و سردرد از دیگر عوارض احتمالی است. سردرد به علت زور زدن‌های متوالی و کمبود آب بدن ایجاد می‌شود و فوشبفتانه در اکثر موارد با درمان‌های محافظتی مانند استرامت در بستر، مصرف ضددردها، تزریق مایعات و بستن شکم‌بند مکم برطرف می‌شود. برفی مطالعات شیوع بیشتر کمردرد پس از زایمان را در زنانی که از این روش استفاده کرده‌اند نشان می‌دهد. این درد کمر به علت انقباضات شدید ریمی و سیر طبیعی زایمان ایجاد می‌شود و ارتباطی با بی‌حسی موضعی ندارد.»

دکتر وثوقیان خاطر نشان می‌کند: «علت اصلی کمردرد پس از زایمان، افزایش وزن مادر در دوران بارداری، فشار جنین بر مهره‌ها و اعصاب کمری و همچنین قرارگیری نامناسب روی

تفت‌های زایمان و اتاق عمل است. برخلاف تصور عموم، عبور سوزن از فضای بین مهره‌های کمری آسیبی به ستون مهره‌ها و نفاخ وارد نمی‌کند. عارضه کمردرد متعاقب بی‌مسی نفاخی به علت عبور سوزن از پرده محافظ نفاخ ایجاد می‌شود. البته امروزه، به دلیل استفاده از سوزن‌های بسیار نازک، بروز این عارضه نسبت به گذشته کمتر شده است. در روش بی‌مسی دور نفاخی، به دلیل سالم ماندن لایه محافظ نفاخ، احتمال بروز سردرد وجود ندارد.»

تمویز سیستمیک داروها

از داروهای آرامبخش و نارکوتیکها در مرحله اول و دوم زایمان به کار می‌رود که باعث کاهش اضطراب بیمار شده و تهوع و استفراغ را کاهش می‌دهد این داروها خواب آور بوده و در مراحل اول زایمان مفید هستند و میتوانند شامل (باربیتوراتها و فنوتیازینها و بنزودیازپینها و اپیوئیدها و مرفین و... باشد که هر یک عوارض خواص خود را دارد و گاه بر روی جنین نیز ممکن است عارضه داشته باشد

داروهای استنشاقی

به کار بردن غلظتهای کم داروهای بیهوشی تبخیری و گازهای بیهوشی مانند n₂o متوکسیفلوران و انفلوران است که ابتدا در ساعات اول زایمان پتیدین تمویز و سپس n₂o متوکسی فلوران یا انفلوران توسط بیمار استفاده شده و بعد از انفیلتراسیون موضعی پرنیه در مرحله دوم زایمان تکمیل میگردد

آنالژزی (ژئونال) (نامیه ای)

روشهای (ژئونال) بیدردی کامل ایجاد کرده ولی امکان بیداری کامل مادر و شرکت وی در امر زایمان را فراهم میسازد و در مقایسه با سایر روشهای داروئی احتمال دپرسیون جنین ناشی از دارو و آسپیراسیون مادر کمتر است

انواع آنالژزی (ژئونال)

بی‌مسی اسپینال و اپیدورال کمری و کودال و پاراسرویکال و پودندال است که هر تکنیک کاربرد خاص خود را داشته و می‌تواند برای بی‌مسی کردن تمام یا قسمتی از عصب به کار

رود قبل از انجام هر یک از این روشها یک راه وریدی مطمئن و امکانات و وسایل لازم برای پیشگیری از عوارض باید در دسترس باشد

روش اپیدورال کمری

در این روش ماده یا مواد لازم در فضای اپیدورال در پوزیشن خاص در موارد زیر قابل استفاده است
درد مادر شدید و مرحله اول زایمان طولانی شده است
بیماران هیپرتانسیو و پره اکلامپسی که اختلال انعقادی ندارند
در ماملگی های چند قلو
مرگ دافل رممی
مادران مبتلا به بیماریهای ریوی
جنین های نارس

عوارضی که این روش دارد

امتباس ادرار و لرز و درد پشت و آسیب های موقت و دائم عصبی هیپوتانسیون و عدم بیدردی کامل
روش اسپانیال

ایجاد بی مسمی از تزریق داروهای لازم در فضای ساب اراکنوئید این روش در مرحله دوم زایمان بالا فاصله قبل از تولد بچه انجام میشود

عوارض این روش شامل

هیپوتانسیون و برادی کاردی و سردرد و تهوع و امتباس ادراری پشت درد و اثرات نورولوژیک میباشد

این روش با روش اپیدورال هم به صورت توأم استفاده می شود

روش کودال

زمانی که زایمان به فوبی شروع شده باشد با روش خاص مواد را در کانال کودال تزریق می کنند که معایب زیادی دارد:

دشواری تکنیک

دشواری تمیز نگهداری محل

احتمال پرفش غیر طبیعی سر جنین

بروز واکنشهای توکسیک به علت جذب عروقی دارو

امتمال تزریق دارو به سر جنین

نزدیکی به رکتوم

روشهای غیر داروئی

دکتر سکینه قدیانی به معرفی این روشها می‌پردازد: «از جمله روشهای بی‌دردسازی غیرداروئی، آماده کردن رومی و روانی زن باردار برای قبول و گذراندن یک زایمان طبیعی است. اگر زنی در هنگام تولد فرزند اول خود با مرامل مختلف زایمانی آشنا باشد و با انگیزه‌های قوی زایمان را شروع کند، دردی محادل درد یک زن چنڈزا را تجربه خواهد کرد؛ در صورتی که زنان آموزش‌ندیده دردهای شدیدتری را تجربه خواهند کرد. روشهای غیرداروئی نیاز به زمان دارند و آموزش مادر از چنڈین ماه قبل از زمان زایمان آغاز می‌شود. القای خواب یا هیپنوتیزم، مراقبت‌های رومی و روانی، طب سوزنی، تمریک الکتریکی پوست (TENS)، زایمان در آب، ماساژ و آرامش (Relaxation) از دیگر روشهای پیشنهادی هستند. به‌طور کلی، روشهای غیرداروئی بی‌دردسازی زایمان درد را به تمامی از بین نمی‌برند و ما مجبوریم که از روشهای دیگری نیز در کنار آنها استفاده کنیم. در این موارد باید به مادر تذکر داده شود که بی‌دردی کامل نیست. تومیه داشتت که این روش بی‌دردسازی تنها مس درد را مهار می‌کند و اثری بر قدرت عضلانی و مرکتی مادر ندارد.

هیپنوتیزم:

- بی‌دردی و فراموشی در طی زایمان در افراد فاص ایجاد می‌کند.
- در این روش بیمار چشمانش را می‌بندد و در حالت تمرکز شدید قرارمی‌گیرد محیط باید کاملاً آرام باشد و داروهای آرامبخش به علت بر هم زدن تمرکز استفاده نشود.
- هیپنوتیزم به قدرت به کار می‌رود. به دو دلیل:
- زمان زیادی برای آماده کردن بیمار نیاز است.
- اتممال بروز فطرات روانی نظیر اهتلالات مختلف مانند اضطراب تا بیماری روانی وجود دارد.

TENS (تمرین الکتریکی زیر جلدی عصب):

- قرار دادن الکترودهای فاص در سطح پوست در مملهای فاص موازی و نزدیک مهره ها و عبور دادن جریان الکتریکی از الکترودها می باشد. با وجود اینکه این روش عوارض جانبی ندارد اما در مطالعات به عمل آمده موفقیت چندان را نشان میدهد زیرا ۴۰ دقیقه زمان برای تاثیر TENS لازم است و این ممکن است برمونیتورینگ الکتریکی قلب جنین یا کار کرد پیس میکر قلب تداخل داشته باشد و از طرفی بیدردی ایجاد شده کامل نیست.

طب سوزنی

- عبارت از فرو بردن سوزنهای فاص در نقاط خاصی از بدن است گاهی این سوزنها در مملهای دردناک فرو برده می شود و تمرین رشته های عصبی باعث فعال شدن طناب نخاعی مغز میانی و هیپوفیز شده و با آزاد سازی پیام رسانهای عصبی (اندروفین ها و منوآمین ها) باعث توقف پیام های عصبی درد می شود ، عدم وجود پزشکان متخصص و معایبی نظیر عدم بی دردی کامل و ایجاد حالت تهوع و استفراغ و نفخ و انبساط امشا شکمی و این مسئله که طب سوزنی در بالای دیافراگم بهتر عمل می کند باعث شده است که طب سوزنی در مامایی محبوبیت چندان نداشته باشد .

آمادگی روانی بیمار برای تولد طبیعی (سایکو پروفیلاکتیک)

- این روش متداولترین روش است و تکیه بر آموزش قبلی مادر آمادگی و شرطی کردن مثبت وی در فصوص روند تولد نوزاد دارد و براساس این عقیده است که درد زایمان می تواند با سازماندهی مجدد کورتکس مغزی مهار شود و رفلکس های درد

همراه با انقباضات رحم و کشش پرنیه می تواند با رفلکس های شرطی مثبت ایجاد شده جایگزین شود.

- آمادگی معمولاً ۶ هفته قبل از زایمان شروع شده و نیاز به آموزش آناتومی و فیزیولوژی طبیعی ماملگی و زایمان دارد. این روش ترس و اضطراب را کاهش می دهد.

زایمان در آب

- سابقه این نوع تسکین درد به سال ۱۸۰۳ در فرانسه بر می گردد و در سال ۱۹۸۵ مرکز زایمان خانواده توسط دکتر مایکل روزنگال فعالیت خود را در این زمینه آغاز کرد با وجود بکار گیری این روش در کشورهای اروپایی و آمریکائی در ایران این روش تنها در بیمارستان شهید اکبر آبادی در تهران از مرداد ۸۳ توسط دکتر علی افلاقی در قالب طرح پژوهشی انجام می شود .

تعریف زایمان در آب

- لیبر در آب :
- زائو در مرحله قبل از زایمان در آب قوطه ور است و زمان خروج جنین در خارج از آب قرار می گیرد
- زایمان در آب :
- خروج جنین در آب انجام می شود و تمام مراحل کنترل قبل از زایمان با کیفیت و کمیت زایمان عادی انجام می شود .
- وضعیت قرارگیری :
- وضعیتهایی مانند پمباتمه زدن ، دراز کشیده ، نیمه نشسته و ...
- دمای مناسب آب :
- ۳۶ تا ۳۷/۵ درجه سانتیگراد و نهایتاً در مرحله اول تا ۴۰ درجه افزایش می یابد .

استفاده از نوشیدنی :

- به علت عدم استفاده از مایعات وریدی به منظور جلوگیری از کاهش فشار خون ، مایعات مایوی گلوکز به بیمار داده می شود .
وضعیت تنفس نوزاد در آب :
- بعلت مشابه بودن محیط آب با محیط دوران جنینی ، فطر ورود آب به داخل ریه وجود ندارد .
- عوامل مهار کننده تنفس زیر آب :
- جنین از طریق جفت و بند ناف اکسیژن رسانی شده و عضلات تنفسی فعال نیستند .
- بعلت عدم اختلاط دما تنفس نوزاد شروع نمی شود .
- بعلت وجود رفلکس (اتونومیک) یا غوطه وری در آب کا فاص پستانداران است و تا ۶ تا ۸ ماهگی ادامه دارد ، هنگامیکه مملول به منجره بر خورد می کند در پیچه گلوت فود ب خود بسته شده و مملول وارد نای و ریه نمیشود .
- بعلت کم بودن فشار اسمزی آب و بالا بودن فشار اسمزی مایع ششی جنین ، آب وارد ریه نوزاد نمی شود .
- در این روش نوزاد با سادگی بیشتر بدن مادر را ترک کرده و اندامهایش به آسانی از هم باز شده و نور و صدایی که دریافت می کند و تماس پوست به پوست با مادر ملایمتر است .
فروج جفت :
- بعلت احتمال عوارضی نظیر آمبولی در خارج از آب انجام می شود .
- جلوگیری از عفونت :
- با استفاده از وان یکبار مصرف مواد ضد عفونی کننده ، آنتی بادی های نوزادی و حرکت رو به خارج نوزاد در کانال زایمانی شانس ایجاد عفونت کمتر می شود .
- مزایا برای مادر :
- الف) فیزیولوژیک
- کاهش چشمگیر درد
- افزایش استانه درد
- متوقف ساختن انقباضات لیبر کاذب پیشرفت سریع باز شدن دهانه رحم

- (روانشناختی) ب
- کاهش ترس و فشام و اضطراب
- افزایش مس پذیرش نوزاد
- افزایش سطح خود آگاهی و
- هوشیاری مین زایمان
- مزایا برای نوزاد :
- کاهش ضربه و تروما
- افزایش جریان خون نوزاد بغلت جریان
- بهتر خون مادر
- عدم نیاز به تمریکهای تهاجمی جهت شروع تنفس
- مشکلات کمتر در
- استفاده از شیر مادر
- ورود ملایمتر و آسانتر نوزاد به محیط خارج از رحم

ممنوعیت های انجام زایمان در آب

- زایمان نارس
- پارگی کیسه آمینوتیک
- مادران مبتلا به هیپاتیت B و C و ایدز
- دوقلویی و سزارین قبلی
- وضعیت بریج