

سلامت مادران

مجموعه آموزش کتب بهورزی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت مادران

با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت

مجموعه آموزشی بهورزی

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

پاییز ۱۳۸۵



تهیه کنندگان این مجموعه

• مسئول طراحی و تدوین :

اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت
با همکاری گروه نیروی انسانی مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت

• اعضای گروه طراحی و تدوین (به ترتیب حروف الفبا) :

- امامی افشار، نهضت. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- جعفری، دکتر نوشین. متخصص زنان و زایمان
- جلیوند، پوران. کارشناس بهداشت عمومی
- چنگیزی، دکتر نسرين. متخصص زنان و زایمان
- حجازی، سعیده. کارشناس مامایی
- دعایی، شیلا. کارشناس ارشد آموزش مامایی
- دلاور، دکتر بهرام. متخصص اطفال
- رادپویان، لاله. کارشناس مامایی
- رحیمی قصبه، سوسن. کارشناس ارشد مامایی
- رهبر، دکتر محمدرضا. مدیرگروه نیروی انسانی و مسئول آموزش بهورزی- مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت
- عازمی خواه، دکتر آرش. رئیس اداره سلامت مادران
- مطلق، دکتر محمد اسماعیل. مدیر کل سلامت خانواده و جمعیت
- والا فر، شهرزاد. کارشناس مامایی
- هادی پورجهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی

• با تشکر از همکاری:

- دکتر عباس حبیب الهی متخصص کودکان
- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران
- اعضای محترم کمیته اجرایی اعتلای سلامت مادران
- همکاران محترم: دفتر بهبود تغذیه جامعه، اداره سلامت دهان و دندان، اداره سلامت روان
- همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مجری طرح پایلوت سلامت مادران

مقدمه

ارتقاء سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت های بهداشتی درمانی است و از این روی سلامت مادران به عنوان یکی از گروه های آسیب پذیر در سال های اولیه استقرار نظام بهداشت و درمان در کشور مورد توجه خاص سیاستگذاران برنامه سلامتی قرار گرفت. در آن سال ها افزایش دسترسی به مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان به عنوان اولویت مد نظر بود که با توسعه شبکه بهداشت و درمان کشور، این امر میسر گردید. به گونه ای که در حال حاضر بیش از ۸۰ درصد مادران در دوران بارداری تحت مراقبت بوده و حدود ۸۵ درصد زایمان ها در مراکز زایمانی انجام می شود.

با بهبود شاخص دسترسی کمی به خدمات، توجه به ارتقاء کیفی خدمات از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان ضرورت داشت. از این روی استانداردهای خدمات مراقبتی مادران در سطوح خارج بیمارستانی توسط اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت تهیه و تدوین و اجرای آزمایشی آن از سال ۱۳۸۲ در کشور آغاز گردید و در نظر است در سال ۱۳۸۵ به سراسر کشور تعمیم یابد.

نظر به اینکه بهورزان یکی از ارکان اصلی نظام خدمات بهداشتی درمانی در کشور هستند و ارتقاء دانش و مهارت آنان در ارایه مراقبت ها، نقش موثری در سلامت مادران دارد، محتوای آموزشی بلوک بهورزی (بخش مراقبت های مادران) در راستای اهداف تعیین شده در برنامه های کشوری سلامت مادران و متناسب با شرح وظیفه بهورزان تجدید نظر شد که مجموعه حاضر حاصل این بازنگری است. این مجموعه با تلاش پیگیر و همه جانبه همکاران من در اداره سلامت مادران و نظرخواهی از متخصصین زنان و زایمان و مامایی کشور تدوین شده است.

لازم است از همکاران دفتر سلامت خانواده و جمعیت، همچنین کلیه واحد های تابعه حوزه معاونت سلامت که برای هماهنگ سازی متن این مجموعه با دفتر فوق الذکر همکاری نموده اند، قدردانی و سپاسگزاری نمایم. از آنجا که علیرغم چندین نوبت ویرایش، مجموعه حاضر می تواند حاوی اشکالات متعدد فنی و ویراستاری باشد که از نظر دور مانده است، از این رو نظرات شما همکاران گرامی می تواند راهنمای خوبی برای اصلاح در چاپ های بعدی باشد.

دکتر سید مؤید علویان

معاون سلامت

راهنمای کلی محتوای کتاب

این کتاب مشتمل بر دو بخش می باشد. در بخش اول متن آموزشی در زمینه مراقبت های بارداری، زایمان در منزل و مراقبت های پس از زایمان به تفصیل و متناسب با وظایف تعیین شده برای بهورزان در ۵ فصل توضیح داده شده است. در ابتدای هر فصل ابتدا اهداف آموزشی آن فصل مطرح می شود. هر آنچه که انتظار می رود بهورزان بعد از اتمام آن فصل فرا بگیرند در اهداف آموزشی مشخص شده است. در پایان هر فصل نیز تمریناتی مربوط به مطالب آن فصل ذکر شده است که دانش آموز را برای ارزیابی آموخته هایش یاری می کند.

در متن دروس مواردی که نیاز به توضیح اضافی دارد و یا آموختن آن از اهمیت بیشتری برخوردار است و بدان تاکید بیشتری می شود در داخل کادر آورده شده است. ضمناً" به منظور هر چه کاربردی تر کردن مطالب و ادغام آن با چارت های مراقبت سلامت مادران برخی موارد ذکر شده در متن با رنگ قرمز و علامت ❖ به این چارت ها ارجاع داده شده است.

بخش دوم این مجموعه شامل چارت های مراقبت مادران است که نحوه استفاده از آن در قسمت آشنائی با مجموعه و اصول آن توضیح داده شده است.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

بخش اول: متن آموزشی بهورزی

۲-۵	<u>فصل اول: آشنایی با دستگاه تناسلی زن و دستگاه تولید مثل</u>
۲	• دستگاه تناسلی زنان <ul style="list-style-type: none">○ حفره لگن○ اعضاء تولید مثل خارجی○ دستگاه تناسلی داخلی
۶	<u>فصل دوم: مراقبت های پیش از بارداری</u>
۷-۱۴	<u>فصل سوم: آبستنی (بارداری / حاملگی)</u>
۷	• عمل لقاح و لانه گزینی <ul style="list-style-type: none">○ ساختمان جفت○ کیسه آب
۸	• تعریف بارداری
۹	• تشخیص بارداری
۹-۱۲	• تغییرات بدن در دوران بارداری <ul style="list-style-type: none">○ رحم○ پستان ها○ پوست○ گردش خون○ دستگاه تنفسی○ دستگاه ادراری○ دستگاه گوارش○ تغییرات وزن بدن○ تغییرات روحی
۱۲-۱۴	• مراحل رشد و نمو جنین
۱۵-۴۲	<u>فصل چهارم: مراقبت های دوران بارداری</u>
۱۶	• اهمیت مراقبت های بارداری
۱۶	• ملاقات های بارداری
۱۷-۳۷	• مراقبت های بارداری <ul style="list-style-type: none">○ ارزیابی علائم خطر فوری○ تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال○ معاینه بالینی○ تعیین تاریخ تقریبی زایمان

- تعیین سن بارداری
- آزمایشات معمول بارداری
- اندازه گیری وزن
- اندازه گیری قد
- تعیین ارتفاع رحم
- اندازه گیری علائم حیاتی
- معاینه شکم
- شنیدن صدای قلب جنین
- معاینه اندام ها و صورت
- معاینه دهان و دندان
- ایمن سازی
- تزریق آمپول رگام
- سونوگرافی
- آموزش های دوران بارداری
- مشاوره تنظیم خانواده
- نقش مردان در بارداری همسرانشان

۳۷-۳۹

● شکایات شایع دوران بارداری

- تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن
- کمردرد و پشت درد
- سوزش سردل
- ویار حاملگی
- خستگی و خواب آلودگی
- تکرر ادرار
- احساس ضعف و سستی
- یبوست
- تنگی نفس
- زیاد شدن ترشحات مهبل
- گرفتگی عضلات پا
- درد کشاله ران
- بی خوابی

۳۹-۴۲

● حاملگی های در معرض خطر

- سقط جنین
- مول یا بچه خوره
- حاملگی خارج رحم
- جداشدن زود رس جفت (دکولمان)
- جفت سر راهی

- پره اکلامپسی
- زایمان زود رس
- زایمان دیر رس
- مرده زایی

● علائم خطر بارداری ۴۲

۴۴-۷۱

فصل پنجم: زایمان در منزل

● آماده کردن منزل برای زایمان ۴۵

● تعریف زایمان ۴۵

● علائم زایمان ۴۵

- دردهای واقعی و کاذب

● حالت یا شکل جنین ۴۶-۴۸

- قرار، حالت، وضعیت و نمایش جنین

● حرکات جنین در لیبر ۴۸

● ساختمان سر و تغییرات شکل سر جنین ۴۸

● تشخیص نمایش، قرار و وضعیت جنین ۴۹-۵۱

- معاینه شکم

- معاینه واژینال (مهبل)

- بررسی لگن

- شنیدن صدای قلب جنین

● مراحل زایمان ۵۱-۵۹

- مرحله اول زایمان (فاز فعال و نهفته / کنترل انقباضات رحم / آمینوتومی)

- مرحله دوم زایمان (روش بریدن بند ناف)

- مرحله سوم زایمان (بررسی جفت، پرده و بند ناف)

- مرحله چهارم زایمان (خونریزی پس از زایمان / ماساژ خارجی رحم)

● مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان ۶۰

● مراقبت و ارزیابی نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان ۶۰-۶۴

- درجه بندی آپکار

- دستور عمل احیاء نوزاد

- اقدامات احیاء نوزاد

- تمیز کردن بدن و چشم ها

- درجه حرارت بدن نوزاد

- گذاردن نوزاد در آغوش مادر

- کلیپس بند ناف

- تزریق ویتامین ک و ایمن سازی

- تشویق شیردهی

- سایر مراقبت ها

- اهمیت زایمان طبیعی ۶۴
- بازدید منزل ۶۴-۶۷
 - شرایط اتاق زایمان
 - وسایل لازم در اتاق زایمان
 - وسایل مورد نیاز زایمان
- آمادگی برای زایمان ۶۷-۶۹
 - احتیاطات همه جانبه
 - ایجاد ارتباط
- زایمان های در معرض خطر ۶۹-۷۰
 - زایمان سخت
 - خونریزی حین زایمان
 - عفونت
 - زایمان سریع
 - جلوگیری از افتادن بند ناف (پرولاپس بند ناف)

۷۲-۸۱

فصل ششم: دوره پس از زایمان

- تعریف دوره پس از زایمان (دوره نفاس) ۷۲
- تغییرات بدن پس از زایمان ۷۲-۷۴
 - تغییرات رحم
 - تغییرات وزن
 - تغییرات پستان
 - دیواره شکم
 - وضعیت خلق و خو
 - دفع ادرار
 - دفع مدفوع
- اهمیت مراقبت پس از زایمان ۷۴
- مراقبت های پس از زایمان ۷۴-۷۹
 - دفعات مراقبت
 - گرفتن شرح حال
 - کنترل علائم حیاتی
 - معاینه چشم
 - معاینه دهان و دندان
 - معاینه پستان (احتقان پستان/ ترک نوک پستان/ ماستیت/ آبسه پستان)
 - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی
 - بررسی محل بخیه ها
 - معاینه اندام ها
 - تزریق آمپول رگام

- مشاوره تنظیم خانواده
- آموزش بهداشت پس از زایمان

- شکایات شایع پس از زایمان ۷۹
- علائم خطر پس از زایمان ۷۹
- عوارض خطر نوزادی ۸۰

بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(مجموعه پیوست)

- آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ۸۷
- جداول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان ۹۱-۹۲
- الف- تشخیص بارداری و تعاریف آن ۹۴-۹۵
- ب- مراقبت های معمول بارداری و تعاریف آن ۹۶-۱۰۴
- پ- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل و تعاریف ۱۰۵-۱۱۵
- ت- مراقبت های معمول پس از زایمان (پس از ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان) و تعاریف آن ۱۱۶-۱۲۱
- ث- مراقبت از نوزاد ۱۲۲-۱۲۴
- ج- راهنما ۱۲۵-۱۲۷
- ضمائم ۱۲۶-۱۴۱

بخش اول
متن آموزشی بهورزی

فصل اول

آشنایی با دستگاه تولید مثل زن

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

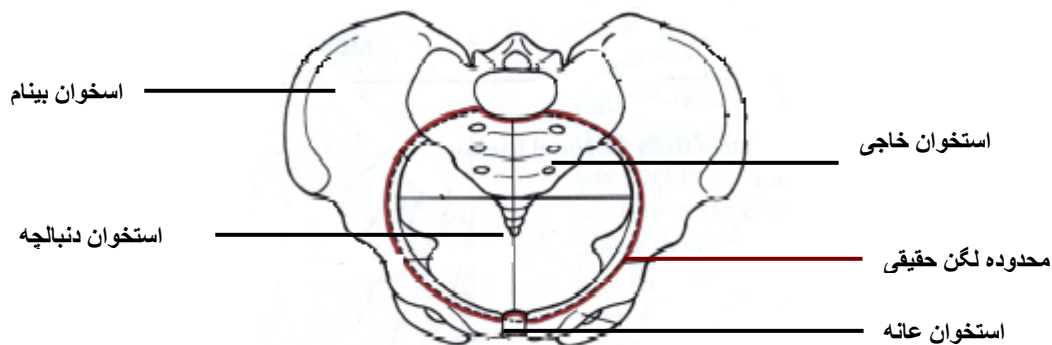
- اعضای خارجی دستگاه تناسلی را نام ببرید.
- اعضای داخلی دستگاه تناسلی را نام ببرید.
- نقش اعضای داخلی دستگاه تناسلی را در مقاربت و بارداری را توضیح دهید.

دستگاه تناسلی زن

اعضاء دستگاه تناسلی زن به دو قسمت خارجی و داخلی تقسیم می شود. اعضاء خارجی و مهبل (واژن) در مقاربت نقش دارد و اعضاء داخلی مسئول تخمک گذاری، انتقال تخمک بارور شده به داخل رحم، لانه گزینی و در نهایت رشد و نمو جنین و تولد نوزاد می باشد. اعضاء دستگاه تناسلی داخلی در داخل حفره لگن قرار دارد.

حفره لگن

حفره لگن مانند یک کمر بند استخوانی در پایین حفره شکم قرار دارد. حفره استخوانی لگن در زایمان طبیعی نقش به سزایی دارد، بنابر این شکل و اندازه لگن از اهمیت خاصی برخوردار است. این کمر بند استخوانی از اتصال چهار استخوان خاجی، دنبالچه و دو استخوان بینام (خاصره) تشکیل شده است. استخوان های بینام از عقب توسط پیوندهای بسیار قوی به استخوان خاجی و از جلو به وسیله استخوان عانه (سمفیز پوبیس) به هم متصل است. لگن از دو بخش لگن کاذب (لگن بزرگ) و لگن حقیقی (لگن کوچک) که با یک خط فرضی از هم جدا می شوند، تشکیل شده است.



لگن حقیقی در امر زایمان طبیعی نقش مهمی دارد.

اعضاء تولید مثل خارجی

اعضاء خارجی دستگاه تولید مثل را «ولو یا فرج» می گویند که از بیرون قابل دیدن می باشد. این اعضا عبارتند از:

۱- **برجستگی عانه (مونس پوبیس):** نسج پر از چربی است که در سطح قدامی سمفیز پوبیس قرار گرفته و پس از بلوغ پوست آن توسط موهای مجعد پوشیده می شود.

۲- **لب های بزرگ:** دوچین گرد حاوی بافت چربی است که از برجستگی عانه به سمت پایین و عقب امتداد دارد و پس از بلوغ پوست آن توسط مو پوشیده می شود.

۳- **لب های کوچک:** با کنار زدن لب های بزرگ دو چین خوردگی صاف قرمز رنگ مشاهده می شود که لب های کوچک است.

۴- **کلیتوریس:** عضو کوچک، استوانه ای و قابل نعوظ است که در کنار انتهای فوقانی لب های بزرگ قرار دارد.

۵- **دهانه پیشاب راه:** در فاصله کوتاهی بالای دهانه واژن قرار دارد. معمولاً ظاهر آن چروک خورده است و به صورت یک شکاف عمودی است که تا ۴ الی ۵ میلی متر باز می شود.

۶- **مهبل (واژن):** واژن عضوی است عضلانی لوله ای که رحم را به خارج ارتباط می دهد و بین مثانه و راست روده (رکتوم) قرار دارد. طول واژن در زنان بسیار متفاوت و به طور معمول طول آن ۸ تا ۱۰ سانتی متر است. مهبل دارای سه نقش مهم است:

- هدایت ترشحات رحم و خون قاعدگی به خارج
- عضو مقاربت و نگهداری مایع اسپرم برای نفوذ به دهانه رحم
- مجرای عبور و خروج جنین در موقع زایمان

ضمناً به علت نرمی جدار واژن می توان به کمک دو انگشت اعضاء داخلی لگن را معاینه و بررسی نمود.

۷- **پرده بکارت:** در دوشیزگان دهانه واژن با بافت نازکی پوشیده شده که اصطلاحاً به آن پرده بکارت گویند. در وسط این پرده سوراخی وجود دارد که خون قاعدگی از آن خارج می شود. در موارد نادری ممکن است به طور مادر زادی پرده بکارت کاملاً بسته باشد که منجر به احتباس خون قاعدگی و درد شدید زیر شکم می شود. در این حالت فرد باید به پزشک مراجعه کند. اندازه سوراخ پرده بکارت، در افراد مختلف متفاوت است و اغلب به دنبال نزدیکی این به اصطلاح پرده پاره می شود. میزان خونریزی معمولاً زیاد نیست و حتی می تواند پاره شدن پرده بدون خونریزی باشد. اصولاً تغییرات ایجاد شده در پرده بکارت بدنبال زایمان براحتی قابل تشخیص است.

دستگاه تناسلی داخلی

اعضاء دستگاه تناسلی داخلی به طور عادی قابل روئیت نیست و شامل رحم (زهدان) لوله رحمی و تخمدان ها است.

۱- رحم: رحم یک عضو عضلانی تو خالی و گلابی شکل است که محل پذیرش، لانه گزینی، تغذیه، رشد و نگهداری جنین و جفت می باشد و در موقع زایمان انقباضات آن سبب بیرون راندن جنین از رحم می شود.

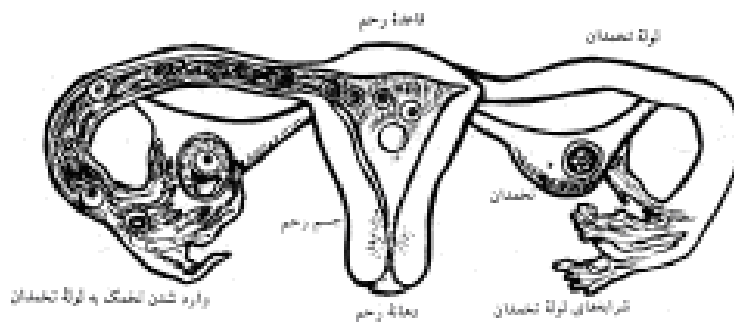
رحم در خانم غیر حامله در داخل حفره لگن بین مثانه در جلو و رکتوم در پشت قرار دارد. رحم از دو قسمت اصلی تشکیل شده است بزرگترین قسمت رحم به صورت سه گوش به نام **جسم رحم** و قسمت دیگر آن دوکی شکل یا لوله ای به نام **دهانه رحم یا سرویکس** می باشد که به داخل واژن باز می شود. قسمتی از جسم رحم که در بین لوله های رحم قرار دارد قله رحم « فوندوس » نامیده می شود. لوله های رحم در طرفین رحم قرار دارند. طول رحم حدوداً در خانم های شکم اول بین ۶ تا ۸ سانتی متر و در خانم های چند زا بین ۹ تا ۱۰ سانتی متر است.

دهانه رحم قسمتی از رحم است که رابط بین جسم رحم و واژن بوده و به طور متوسط ۳ سانتی متر طول دارد. دهانه رحم در حالت غیر بارداری قوام سفت (مانند نوک بینی) و در زنان حامله قوام نرم (مانند لب) دارد. دهانه رحم در هنگام زایمان تا ۱۰ سانتی متر باز می شود.

دهانه رحم در امر زایمان نقش مهمی دارد و از طریق معاینه مهبلی قابل لمس است.

۲- لوله های رحم (فالوپ): همانطور که اشاره شد از هر یک از گوشه های جسم رحم، اعضای لوله ای شکل قابل انعطاف و نرمی بطول حدود ۴ تا ۸ سانتی متر به طرف دیواره جانبی لگن کشیده شده که قسمت انتهایی آن مانند دهانه شیپور است و به حفره شکم باز می شود. لوله های رحم به حرکت تخمک بارور شده به طرف رحم کمک می کند.

۳- تخمدان ها: تخمدان ها دو عضو بادامی شکل هستند که در طرفین لگن و نزدیک قسمت شیپوری لوله رحم قرار گرفته اند. عمل اصلی آنها تخمک گذاری و ترشح هورمون های زنانه است. در بین خانم ها اندازه تخمدان ها بسیار متغیر است و پس از یائسگی، اندازه آنها به طور قابل توجهی کاهش می یابد. شمائی از محل باروری تخم، رشد، تکامل و خروج جنین در شکل زیر مشاهده می شود.



❖ برای آشنایی بیشتر با دستگاه تولید مثل به فصل ۱۰ بخش اول مجموعه آموزش بهورزی
(کتاب مباحث مقدماتی) مراجعه شود.

تمرین:

- اعضاء داخلی دستگاه تناسلی را نام ببرید.
- نقش تخمدان ها را در بارداری شرح دهید.
- نقش لوله های رحمی را در بارداری شرح دهید.

فصل دوم

مراقبت های پیش از بارداری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- هدف از مشاوره و ارائه مراقبت های پیش از بارداری را بیان کنید.
- مراقبت های قبل از بارداری را توضیح دهید.

مراقبت های پیش از بارداری

وضعیت مادر قبل از بارداری در سالم سپری شدن بارداری وی و سلامت نوزاد تاثیر بسزائی دارد، از این روی ارائه مراقبت های پیش از بارداری به خانمی که تصمیم دارد باردار شود، بسیار ضروری است. بدین منظور مراقبت های استانداردی تعریف شده که لازم است توسط ماماها و پزشکان ارائه گردد. بهورزان صرفاً موظف هستند این مادران را شناسائی کرده، آنها را از اهمیت این مراقبت ها آگاه نموده و آنان را به پزشک و ماما معرفی نمایند.

بهورزان باید:

زنان تحت پوشش تنظیم خانواده و زنانی را که به تازگی ازدواج کرده اند و خواهان بارداری هستند، در مورد وجود چنین مراقبت هائی آگاه کنند و آنان را تشویق نمایند تا قبل از حاملگی، به پزشک یا ماما مراجعه کنند.

وقتی خانمی به قصد باردار شدن به پزشک یا ماما مراجعه می کند، برای او پرونده ای تشکیل شده و اقداماتی به شرح زیر انجام می شود:

- بررسی سابقه ابتلاء به بیماری، بررسی تاریخچه بارداری و وضعیت اجتماعی مادر؛
- درخواست آزمایشات پیش از بارداری؛
- معاینات بالینی؛
- ایمن سازی؛
- انجام پاپ اسمیر؛
- توصیه به مصرف ۴۰۰ میکرو گرم اسیدفولیک در روز (ترجیحاً سه ماه قبل از بارداری).

تمرین:

- مراقبت های قبل از بارداری چه اهمیتی دارد؟
- بهورزان به چه طریق می توانند زنانی را که قصد بارداری دارند، راهنمایی کنند تا حاملگی سالمی داشته باشند؟

فصل سوم آبستنی (بارداری / حاملگی)

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- عمل لقاح و لانه گزینی را توضیح دهید.
- ساختمان جفت را شرح دهید.
- حاملگی را تعریف کنید.
- علائم تشخیص حاملگی را ذکر نمایید.
- تغییرات بدن در دوران بارداری را توضیح دهید.

عمل لقاح و لانه گزینی

به بارور شدن سلول ماده (تخمک زن) توسط نطفه مرد (اسپرم) «لقاح» می گویند. هنگام مقاربت تعداد زیادی اسپرم مرد در مهبل زن ریخته می شود و شروع به حرکت می کند. اسپرم ها از سوراخ دهانه رحم و رحم عبور کرده و خود را به لوله های رحمی می رسانند. در داخل لوله رحم با تخمکی که از تخمدان به طرف رحم در حرکت است، برخورد می کند. معمولاً محل مناسب برخورد اسپرم مرد با تخمک زن وسط لوله است. در این جریان تنها یک اسپرم تخمک را بارور می کند و بقیه از بین می روند. ۳ تا ۴ روز طول می کشد تا تخمک بارور شده به رحم برسد و در جدار آن جایگزین شود. از این پس به رشد و نمو خود ادامه می دهد. بدین ترتیب حاملگی بوجود می آید. در مدتی که زن باردار است تخمک گذاری و قاعدگی متوقف می شود.

تخمک بارور شده به هنگام حرکت به طرف رحم تقسیم شده و به شکل یک توده سلولی منظم وارد رحم می شود. سپس به قسمتی از جدار رحم نفوذ می کند که اصطلاحاً به آن «لانه گزینی» گویند. بزودی تخمک بارور شده از خود زوایدی ایجاد می کند که مانند چنگک به درون بافت رحم فرو می رود. این چنگک ها مواد غذایی و گاز های تنفسی را بین جنین و مادر رد و بدل می کنند. جدار رحم نیز این چنگک ها را محاصره کرده و اندامی را تشکیل می دهد که «جفت» نامیده می شود.

ساختمان جفت

جفت عضوی است که به وسیله آن مادر و جنین با هم ارتباط پیدا می کنند. مواد غذایی و اکسیژن از مادر به جفت و از جفت به جنین منتقل می شود. در مقابل مواد دفعی از جنین به جفت و از جفت به مادر منتقل می شود. جفت به وسیله بند ناف به جنین متصل است و بند ناف از دو شریان و یک ورید تشکیل شده که داخل غلافی قرار گرفته اند. طول بند ناف متفاوت و به طور متوسط ۵۵ سانتی متر می باشد.

اندازه جفت تقریباً به اندازه کف دست باز است و وزن آن در هنگام زایمان تقریباً نیم کیلوگرم است. جفت از دو سطح تشکیل شده است:

- سطح جنینی که سطحی صاف و پوشیده از پرده های جنینی است و بند ناف به آن متصل است.
- سطح مادری که محل اتصال جفت به رحم است. این سطح قرمز رنگ و خون آلود بوده و از تعدادی برجستگی تشکیل می شود.

پرده های جفت شامل:

- پرده آمنیون که شفاف و نازک مثل پوست پیاز ولی محکم و مقاوم است و روی جنین را می پوشاند.
- پرده کوریون ضخیم تر از آمنیون است ولی مقاومت آن کمتر می باشد. این پرده در خارج آمنیون قرار گرفته و به آن چسبیده است. چسبندگی بین این دو پرده زیاد نیست و بعد از خارج شدن جفت به راحتی از یکدیگر جدا می شوند. این دو پرده نقش محافظت کننده برای جنین دارد.

کیسه آب

کیسه آب در واقع همان پرده های آمنیون و کوریون است که در داخل آن مایع شفاف و بی رنگ به نام «مایع آمنیوتیک» وجود دارد و دور تا دور جنین را فرا گرفته است. کیسه آب دارای اعمال زیر است:

- سبب آزادی حرکت جنین در داخل رحم می شود؛
- جنین را از صدمات خارجی و عفونت ها محافظت می کند؛
- مانع چسبیدن پرده ها بر روی جنین می شود؛
- جنین را در دمای ثابت نگه می دارد.

در زمان بارداری، این مایع مرتباً توسط جنین بلعیده و از طریق ادرار کردن جنین به داخل کیسه آب برگردانده می شود. بنابر این میزان این مایع برای رشد ریه ها و دستگاه ادراری جنین اهمیت دارد. مقدار مایع آمنیوتیک در اواخر بارداری کمتر از یک لیتر است.

در مواردی که کیسه آب زودتر از موعد پاره می شود، جنین در معرض خطر عفونت قرار می گیرد. همچنین ممکن است ریه جنین به میزان کافی رشد نکند. بنابراین پارگی کیسه آب اهمیت ویژه دارد.

در شرایطی که وضعیت جنین مناسب نباشد یا به عبارتی زجر جنینی وجود داشته باشد، جنین شروع به دفع مدفوع می کند. در این حالت رنگ مایع آمنیوتیک سبز می شود. این علامت از نظر بررسی سلامت جنین بسیار مهم است. همچنین وجود خون در مایع آمنیوتیک و یا تیره شدن آن نیز نشانه خطر است.

تعریف حاملگی

همانطور که گفته شد با عمل لقاح و تشکیل سلول تخم و جایگزین شدن آن در داخل رحم حاملگی به وجود می آید. مدت زمان بارداری ۲۸۰ روز از اولین روز آخرین قاعدگی و یا ۴۰ هفته است .

تشخیص بارداری

تشخیص بارداری معمولاً بسیار ساده است و بیشتر اوقات زنان به دنبال قطع قاعدگی فکر می کنند. حامله هستند. گاهی تاثیر داروها و یا بعضی از بیماریها منجر به یک سری تغییرات در بدن می شود که مانند حاملگی است و موجب گمراهی زن و یا پزشک می گردد. بنابر این تشخیص حاملگی آسان نیست و لازم است با کمک معاینات مناسب بالینی و آزمایشگاهی برای اثبات آن اقدام شود. علائم حاملگی به سه دسته تقسیم می شود:

- علائم حدسی
- علائم احتمالی
- علائم قطعی

علائم حدسی: این علائم شامل قطع قاعدگی، حالت تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن (صبحگاهی)، اختلالات ادراری، خستگی مفرط، افزایش رنگ دانه ها و ایجاد خطوط در روی شکم، تغییر در پستان ها است. که بیشتر توسط مادر تشخیص داده شده و بیان می گردد و در او شک به باردار شدن را ایجاد می کند.

علائم احتمالی: این علائم شامل نتایج مثبت آزمایشگاهی (آزمایش ادرار و خون)، بزرگ شدن شکم، احساس حرکات جنین توسط مادر می باشد.

روش های آزمایشگاهی تشخیص بارداری

- گراویندکس ساده ترین روش آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه ادرار مادر انجام می شود. این آزمایش در فاصله بیش از دو هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی ارزش دارد.
 - بتا ساب یونیت روش دیگر آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه خون مادر انجام می شود. این آزمایش می تواند حتی در اولین روزهای قطع قاعدگی به تشخیص بارداری کمک کند.
- در آزمایش های خون و ادرار، از تغییر میزان هورمونی به نام HCG که از جفت ترشح می شود، برای تشخیص بارداری استفاده می کنند.

علائم قطعی: این علائم شامل شنیدن صدای قلب جنین، احساس حرکات جنین توسط فرد معاینه کننده و شناسایی رویان (جنین) در هر زمان از حاملگی با استفاده از سونوگرافی است.

❖ **برای اقدام مناسب با توجه به وضعیت مادر مشکوک به بارداری، به چارت تشخیص بارداری در بخش دوم این کتاب مراجعه شود.**

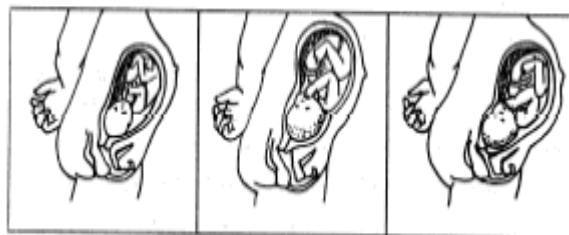
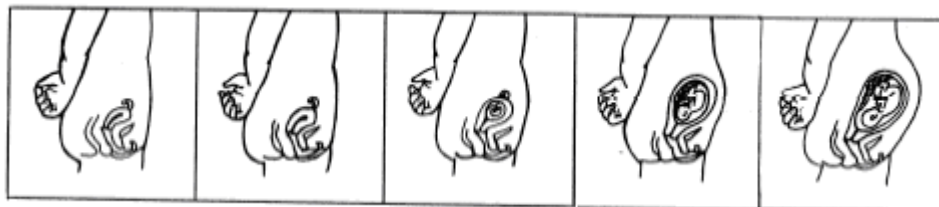
تغییرات دوران بارداری

در دوران بارداری در بدن مادر، تغییراتی روی می دهد که به منظور سازگاری با وضعیت جدید است. این تغییرات پس از جایگزینی تخم در رحم شروع شده و در طول بارداری ادامه می یابد و علت آن ترشح هورمون ها و فشار رحم بر روی سایر اعضای بدن است که گاهی موجب ناراحتی مادر می شود. این تغییرات طبیعی است و بسیاری از آنها، پس از زایمان و شیردهی به حالت اولیه برمی گردد.

تغییرات رحم: در طی بارداری اندازه رحم افزایش می یابد. وزن رحم در حالت غیر حامله تقریباً ۷۵ گرم و ظرفیت آن حدود ۱۰ میلی لیتر یا کمتر است (کمی کوچکتر از یک مشت بسته) در اواخر بارداری وزن آن به حدود ۱۱۰۰ گرم (بدون در نظر گرفتن وزن جنین) افزایش پیدا می کند. در طی ماه های اول بارداری، دیواره رحم به طور قابل ملاحظه ای ضخیم تر از وضعیت غیر حامله شده ولی با پیشرفت حاملگی دیواره به تدریج نازک می شود. در اوائل حاملگی رحم سفتی و مقاومت خود را که مشخصه عضو غیر حامله است، از دست می دهد و در ماه های بعد به یک کیسه عضلانی با دیواره نرم و نازک تبدیل می شود که به راحتی می توان جنین را از سطح شکم لمس نمود. نرمی دیواره به صورتی است که امکان حرکات اندام های جنین را فراهم می کند. و پس از زایمان در مدت چند هفته به اندازه عادی خود برمی گردد.

در طی حاملگی، رحم دارای ظرفیت کافی جهت پذیرش جنین، جفت و مایع آمنیونی است، حجم کلی محتویات رحم در پایان حاملگی به طور متوسط حدود ۵ لیتر است.

رحم در هفته های اول بارداری در داخل لگن قرار دارد و از هفته ۱۲ به بعد از لگن خارج شده و در هفته ۳۲ بارداری تا حد جناغ می رسد. پس از آن به علت نزول سر جنین به داخل لگن قله رحم به طرف پایین می آید.



تغییرات پستان: در بارداری، تغییرات عمده ای در پستان ها اتفاق می افتد. در هفته های اول حاملگی مادر احساس حساسیت در پستان ها دارد. پس از ۸ هفته پستان ها بزرگ شده و با افزایش اندازه آنها، رگ های ظریف از زیر پوست قابل رویت می شوند و نوک پستان ها به طور قابل ملاحظه ای بزرگ تر و رنگشان تیره شده در اواخر بارداری با فشار ملایم انگشتان روی پستان ها مایعی زرد رنگ و غلیظ به نام آغوز (ماک) از نوک آن ها خارج می شود.

تغییرات پوست:

- **ماسک حاملگی:** در بعضی از خانم ها نواحی قهوای رنگ نامنظم با اندازه های متفاوت در روی پوست صورت و گردن ظاهر می شود که به آن ماسک حاملگی می گویند که خوشبختانه معمولاً پس از زایمان ناپدید و یا از شدت آن به طور قابل ملاحظه ای کم می شود.

- **ترک های حاملگی:** در ماه های آخر بارداری، خطوط نواری شکل قرمز رنگ که کمی فرو رفته است به طور شایع در پوست شکم و گاهی در پوست پستان ها و ران ظاهر می شود. این خطوط یا ترک های حاملگی در نیمی از خانم های حامله دیده می شود. در خانم های چند زا، علاوه بر خطوط قرمز رنگ حاملگی فعلی، خطوط سفید نقره ای که اثر خطوط حاملگی های قبلی است، نیز به چشم می خورد.

تغییرات دستگاه گردش خون: حجم خون مادر به میزان زیادی در طی حاملگی افزایش می یابد. میزان افزایش خون در افراد مختلف، متفاوت است. افزایش حجم خون باعث تامین نیازهای سوخت و ساز بدن مادر و جنین شده همچنین از اثرات مضر خونریزی های حین و پس از زایمان می کاهد. ضربان نبض در حالت استراحت به میزان ۱۰ تا ۱۵ ضربه در دقیقه در طی حاملگی طبیعی افزایش می یابد. جریان خون در پاها در حین حاملگی کند می شود که با خوابیدن به پهلو و پس از خروج نوزاد به تدریج به حالت طبیعی بر می گردد. رکود خون و افزایش فشار وریدی در اندام های تحتانی از اهمیت زیادی برخوردار است. این تغییرات موجب بروز ورم در پاها بخصوص در اواخر بارداری، ایجاد واریس در وریدهای پا و ولو و بواسیر (هموروئید) می شود.

واریس معمولاً زمینه مادر زادی دارد و با ایستادن طولانی مدت، حاملگی و بالا رفتن سن تشدید می شود و با پیشرفت حاملگی، افزایش وزن بدن و طولانی شدن زمان ایستادن مشخص تر می گردد با پیشرفت حاملگی به علت سنگینی رحم و فشار آن به ورید رانی و ساق پا، جریان خون مختل شده و واریس ایجاد می شود. در این حالت عروق پا متورم و دردناک است. درد و ناراحتی ناشی از واریس را می توان با استراحت و نگه داشتن پاها (ساق و ران) در سطحی بالاتر از سطح بدن، کم کرد. مادر باید دراز کشیده و پاهای خود را روی صندلی یا چند بالش قرار دهد و از ایستادن یا نشستن به مدت طولانی خودداری کند. پوشیدن جوراب های مخصوص با مشورت پزشک یا ماما نیز در این موارد توصیه می شود.

تغییرات دستگاه تنفس: در حاملگی کار دستگاه تنفس بیشتر می شود، چون بدن نیاز بیشتری به اکسیژن دارد. در این دوران دیافراگم حدوداً ۴ سانتی متر بالاتر از محل اولیه خود قرار می گیرد و تعداد تنفس مختصری افزایش می یابد. در صورت تنفس دردناک، خس خس سینه، سرفه های خلط دار مراقبت توسط پزشک ضروری است.

تغییرات دستگاه ادراری: در جریان حاملگی طبیعی تغییرات قابل ملاحظه ای در ساختمان و عملکرد دستگاه ادراری ایجاد می شود. در اثر حاملگی مقادیر قابل توجهی از مواد غذایی مختلف و ویتامین های محلول در آب از طریق ادرار دفع می شود. در اثر فشار رحم بر روی مثانه تکرر ادرار بوجود می آید.

دفع پروتئین و آلبومین در ادرار خانم باردار غیر طبیعی است و نیاز به بررسی و مراقبت های بیشتر دارد. همچنین در صورتی که تکرر ادرار همراه با سوزش ادرار باشد مادر باید به پزشک ارجاع شود.

تغییرات دستگاه گوارش: با پیشرفت حاملگی و در اثر بزرگ شدن رحم و تغییرات هورمونی، معده و روده جابجا می شوند و مشخص شده است که زمان تخلیه معده و روده به تاخیر می افتد.

یعنی خانم باردار پس از خوردن غذا ممکن است احساس سنگینی کند. در اکثر زنان حامله کند شدن حرکات معده و برگشت غذا به مری سبب سوزش در گلو می شود و اغلب با نفخ معده و یبوست همراه است.

لته ها در طی حاملگی، پر خون و نرم می شود، بنابراین در اثر تحریکات جزئی مثل مسواک زدن خونریزی می کند. تورم و پر خونی لته ها پس از زایمان به صورت خود به خودی کم می شود.

تغییرات وزن بدن: یکی از تغییرات مهم در زن باردار افزایش وزن است که به علت رشد سریع جنین و جفت و احتیاجات آنها بوجود می آید. قسمت عمده اضافه وزن در زمان حاملگی مربوط به رحم و محتویات آن، پستان ها و افزایش حجم خون و مایع بین سلولی است.

تغییرات روحی: بارداری فقط با تغییرات جسمی در زن همراه نیست بلکه از نظر روحی نیز منجر به دگرگونی هایی در زن باردار می شود. این تغییرات روحی در ارتباط با احساسات مادر نسبت به خود، همسر، نوزاد و اطرافیانش می باشد. وضع مالی خانواده و اختلافات زناشویی و ترس از زایمان نیز ممکن است موجب تغییرات شدید روحی بشود. همانطور که بهداشت جسمی در دوران بارداری ضروری و مهم است، بهداشت روانی نیز اهمیت خاصی دارد که در بخش مراقبت ها بدان اشاره خواهد شد.

مراحل رشد و نمو جنین در طول حاملگی

همانطور که قبلاً گفته شد، سلول تخم طی حرکت به سمت رحم تقسیم شده و به صورت یک توده سلولی وارد رحم شده و لانه گزینی می کند. سپس توده سلولی در دو لایه جداگانه تقسیم بندی می شود که لایه خارجی «جفت» و لایه داخلی «جنین» را می سازد. ارتباط تغذیه ای بین مادر و جنین از طریق جفت و بندناف برقرار می شود. مراحل رشد جنین به طور خلاصه به شرح زیر است:

هفته ۴ بارداری: از این زمان به بعد بتدریج با رشد جنین در رحم، اعضای بدن تشکیل می شود.

هفته ۱۲ بارداری: جنین شکل یک انسان کامل را پیدا می کند. طول جنین به ۶ تا ۷ سانتی متر می رسد و انگشتان و شست از هم مجزا می شوند. در این زمان، صدای قلب جنین با سونی کیت قابل شنیدن است. وجود ضربان قلب جنین را می توان زودتر از این زمان با سونوگرافی مشاهده کرد.

هفته ۱۶ بارداری: طول جنین ۱۲ سانتی متر و وزن آن ۱۱۰ گرم است. در این زمان جنسیت جنین قابل تشخیص می شود.

اواخر هفته ۲۰: در این مرحله، نیمه اول بارداری به پایان می رسد. در این زمان وزن جنین حدود ۳۰۰ گرم و بدن از موهای کرک مانند و ماده چربی سفید رنگ پوشیده شده است.

هفته ۲۴ بارداری: وزن جنین حدود ۶۳۰ گرم و سر نسبت به بدن بزرگ تر است. در پایان این هفته، ابروها و مژه ها ظاهر می شود. ریه ها تکامل یافته و پوست چین و چروک پیدا می کند. جنین در هفته های ۲۰ تا ۲۴ می شنود و از هفته ۲۴ به بعد قادر به دیدن نیز هست. بین هفته های ۲۳ تا ۲۶، ساعات خواب و بیداری جنین تنظیم می شود. در این سن، حرکات جنین زیاد شده و چرخش های متوالی در رحم دارد.

هفته ۲۸ بارداری: جنین ۲۵ سانتی متر قد و حدود ۱۱۰۰ گرم وزن دارد. مردمک چشم ها ظاهر می شود و جنین قادر است پلک ها را باز کرده و به نور واکنش نشان دهد و گریه کند. همچنین می تواند انگشت شست خود را بمکد.

هفته ۳۲ بارداری: قد جنین ۲۸ سانتی متر و وزنش حدود ۱۸۰۰ گرم و پوست هنوز قرمز و چروکیده است. در این زمان جنین قادر است صداهای خارج از شکم مادر مانند صدای تلویزیون را بشنود.

هفته ۳۶ بارداری: قد جنین ۳۲ سانتی متر و وزنش حدود ۲۵۰۰ گرم است. به علت تجمع چربی های زیر پوست، چین و چروک کم تر می شود و جنین صورتی رنگ بنظر می رسد. در این زمان اغلب اعضای بدن به رشد نهایی رسیده و برای تطبیق با شرایط پس از تولد آماده می شود.

هفته ۴۰ بارداری: جنین به بزرگ ترین اندازه خود می رسد و تمام حفره رحم را اشغال می کند. از پایان هفته ۳۷ تا زمان زایمان حرکات جنین بتدریج کم می شود. وزن جنین به طور متوسط ۳ تا ۳/۵ کیلوگرم و قدش بیش از ۴۰ سانتی متر است. ماده لزجی به رنگ سبز تیره که مکنونیوم نامیده می شود در روده های جنین جمع می شود که معمولاً بعد از تولد، کم کم دفع می گردد. دردهای زایمانی معمولاً زمانی شروع می شود که بدن، ریه ها و مغز جنین برای زندگی خارج از رحم آماده شده است.

تمرین:

- علائم تشخیص حاملگی را توضیح دهید.
- تغییرات عمده بدن در دوران بارداری را شرح دهید.
- عمل لقاح و لانه گزینی را شرح دهید.
- وظیفه و ساختمان جفت را توضیح دهید.
- نقش کیسه آب را بیان کنید.

تصویر مراحل رشد جنین



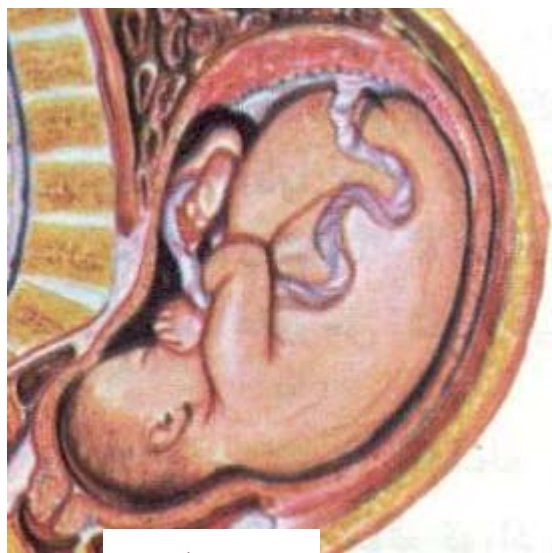
جنین دو ماهه



جنین یک ماهه



جنین سه ماهه



جنین نه ماهه



جنین شش ماهه

فصل چهارم

مراقبت های دوران بارداری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- مراقبت های دوران بارداری را تعریف کرده و اهمیت آن را بیان کنید.
- دفعات مراقبت های معمول بارداری را نام ببرید.
- ارزیابی علائم خطر در بارداری را توضیح دهید.
- مراقبت های دوران بارداری را نام ببرید.
- نحوه تعیین تاریخ تقریبی زایمان را توضیح دهید.
- طریقه وزن کردن و اندازه گیری قد مادر را توضیح دهید.
- طریقه رسم جدول وزن گیری را شرح دهید.
- نمایه توده بدنی را محاسبه کنید.
- سن تقریبی حاملگی را از روی شکم و با اندازه گیری ارتفاع رحم تعیین نمائید.
- سن بارداری را به هفته تعیین نمائید.
- فشارخون، دمای بدن، تعداد تنفس و نبض را اندازه گیری و نتیجه را تفسیر نمائید.
- نحوه سمع صدای قلب جنین را توضیح دهید.
- تعداد ضربان قلب جنین را سمع کرده و بشمارید.
- واکسن های مجاز در بارداری را نام ببرید و زمان مناسب برای واکسیناسیون مادر را توضیح دهید.
- شرایط لازم برای تزریق آمپول رگام را بیان کنید.
- اهمیت مراقبت دهان و دندان را در بارداری توضیح دهید و بتوانید معاینه دهان و دندان را انجام دهید.
- گروه های غذایی را نام ببرید و تغذیه مناسب در بارداری را توضیح دهید.
- مکمل های غذایی مورد نیاز در بارداری را بشناسید و نحوه و زمان استفاده از آن را بیان کنید.
- حاملگی های در معرض خطر و علائم خطر بارداری را بشناسید و اقدام مناسب در هر مورد را توضیح دهید.
- آموزش های بهداشتی لازم دوران بارداری را شرح دهید.
- زمان مناسب برای مشاوره تنظیم خانواده را بیان کنید.
- نحوه مراقبت از نوزاد را توضیح دهید.
- شکایات شایع دوران بارداری را نام ببرید.

اهمیت مراقبت های دوران بارداری

همان طوری که در فصل قبل اشاره شد، بدن زنان در اثر حاملگی، دچار تغییرات زیادی می شود که برخی از این تغییرات جهت سازگاری و آماده شدن بدن آنان برای رشد جنین و تولد نوزاد لازم می باشد. در اثر این تغییرات، اغلب مادران در این دوران از مشکلاتی شکایت دارند که گرچه باعث نگرانی آنها می شود ولی برای مادر و نوزاد خطری بوجود نمی آورد و با تولد نوزاد این مشکلات نیز رفع می گردد. اما گاهی تغییرات حاملگی و یا مشکلاتی که برای مادر ایجاد می شود، حالت غیر طبیعی پیدا می کند طوری که جان مادر و جنین و یا هر دو را به خطر می اندازد و گاه عوارض دائمی برای مادر و نوزادش به جا می گذارد. با مراقبت های مستمر و کنترل سیر حاملگی می توان مشکلات و عوارض خطر ساز در این دوره را به موقع تشخیص داده و درمان کرد.

در واقع مراقبت های دوران بارداری مجموعه اقداماتی است که طی یک سری معاینات دوره ای، ضمن آموزش مادر و اطرافیان وی ارائه می شود و با تشخیص علائم خطر و ارجاع به موقع برای درمان و در نهایت با آماده کردن مادر برای زایمان از بروز عوارض بارداری و زایمان در مادر، جنین و نوزاد جلوگیری کرده و منجر به کاهش مرگ و میر آنان می شود.

در بارداری هر آنچه که برای مادر خطر ساز باشد، در سلامت جنین و نوزاد نیز تاثیر دارد. برای تامین و حفظ سلامت مادر، باید مراقبت های لازم از او به عمل آید. رعایت این مراقبت ها:

- خطرات و عوارض احتمالی دوران بارداری و زایمان را کم می کند؛
- مادر را برای انجام زایمان طبیعی آماده می نماید؛
- با تامین شرایط مناسب تری برای رشد جنین، باعث کاهش برخی عوارض و مشکلات در نوزاد می شود،
- منجر به کاهش مرگ و میر مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان شده و مرگ و میر نوزادان در حول و حوش زایمان را نیز کم می کند.

مراقبت های بارداری باید از همان زمانی که مادر متوجه بارداری خود می شود و پس از اطمینان کارکنان بهداشتی از حاملگی وی (مثبت شدن آزمایش بارداری) شروع و طی ملاقات های معمول بارداری در مقاطع زمانی تعیین شده، ارائه شود.

ملاقات های بارداری

عموم مردم سن بارداری را به ماه حساب می کنند ولی پزشکان، ماماها و کارکنان بهداشتی این مدت را به هفته که دقیق تر است، محاسبه می کنند. معمولاً یک بارداری طبیعی حدود ۴۰ هفته طول می کشد. در این مدت مراقبت های لازم باید در ۸ بار ملاقات با مادر (۲ ملاقات در ۲۰ هفته اول و ۶ ملاقات در ۲۰ هفته دوم بارداری) ارائه شود.

زمان ملاقات ها به شرح زیر است که با پیشرفت حاملگی فاصله آنها کم تر می شود:
نوبت اول: ملاقات در یکی از هفته های ۶ تا ۱۰ بارداری

نوبت دوم: ملاقات در یکی از هفته های ۱۶ تا ۲۰ بارداری
نوبت سوم: ملاقات در یکی از هفته های ۲۶ تا ۳۰ بارداری
نوبت چهارم: ملاقات در یکی از هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری
نوبت پنجم: ملاقات در یکی از هفته های ۳۵ تا ۳۷ بارداری
نوبت ششم: ملاقات در هفته ۳۸ بارداری
نوبت هفتم: ملاقات در هفته ۳۹ بارداری
نوبت هشتم: ملاقات در هفته ۴۰ بارداری

مراقبت های بارداری

مراقبت دوران بارداری به محض تشخیص بارداری و اطمینان از وقوع آن، باید شروع و اولین ملاقات با مادر در ۶ تا ۱۰ هفته اول حاملگی وی انجام شود. قبل از هر گونه اقدامی لازم است علائم خطر فوری در مادر ارزیابی گردد. سپس در صورت نبود علائم خطر فوری، ضمن تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال و معاینه مادر آزمایش های معمول درخواست و دیگر مراقبت های مورد نیاز ارائه شود.

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر مرحله از بارداری برحسب سن بارداری مادر باید مراقبت های مشخصی از وی به عمل آید. ولی در هر بار ملاقات، قبل از اقدام به مراقبت، ابتدا باید مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی و ارزیابی کرد. بدین منظور انجام اقدامات زیر ضروری است:

۱- سوال در مورد خونریزی / تشنج قبل از مراجعه/ درد شدید یا حاد شکم

۲- بررسی مادر درحال تشنج / اختلال هوشیاری / شوک

۳- سوال در مورد پارگی کیسه آب

ارزیابی علائم خطر فوری در نیمه اول بارداری شامل دو مورد اول و در نیمه دوم بارداری شامل هر سه مورد فوق الذکر می باشد.

- خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)
- درد شدید یا حاد شکم: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها
- تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.
- اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان
- شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)
- پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

❖ در برخورد با هریک از موارد اشاره شده در ارزیابی علائم خطر فوری مطابق چارت اولین مراقبت بارداری در بخش دوم این کتاب اقدام شود.

تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال: اولین مرحله مراقبت های بارداری، تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال

از مادر باردار در ملاقات بار اول است. با گرفتن شرح حال اطلاعاتی در موارد زیر بدست می آید:

- خصوصیات خانم شامل سن، شغل، اندازه قد، وزن، وضعیت قاعدگی، تاریخ آخرین عادت ماهانه (برای محاسبه تاریخ تقریبی زایمان)، آخرین روش پیشگیری از بارداری، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، وضعیت تغذیه؛
- سوابق حاملگی ها و زایمان های قبلی (تعداد بارداری، تعداد و نوع زایمان، سابقه سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ نوزاد، چند قلوئی، زایمان زود رس، ناهنجاری جنینی، بروز بیماری یا تشدید بیماری های زمینه ای، ناسازگاری خونی)،
- تاریخچه پزشکی و سابقه بیماری های خانوادگی، ابتلاء به بیماری های زمینه ای، اختلالات روانی، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، ناهنجاری دستگاه تناسلی، اختلالات انعقادی، حساسیت داروئی، سابقه رفتارهای پرخطر، ابتلاء به عفونت HIV/ایدز، سرطان پستان، تالاسمی مینور، مصرف دارو، سیگار، الکل و مواد مخدر، واکسیناسیون،

...

رفتار پرخطر شامل سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتارجنسی پرخطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه مسافرت مکرر و یا اقامت طولانی مدت در خارج از کشور در مادر و یا همسرش می باشد.

آزمایش های معمول بارداری: در دوران بارداری برای تشخیص شرایطی که ممکن است سلامت مادر، جنین و یا نوزاد را به خطر اندازد، انجام برخی آزمایش ها لازم است. تعدادی از این آزمایش ها جزء مراقبت های معمول بارداری می باشد و بعضی از آنها فقط در شرایط خاصی انجام می شود. این آزمایش ها متناسب با سن بارداری در دو نوبت (هفته ۶ تا ۱۰ و هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) انجام می گیرد.

آزمایش های نوبت اول (هفته ۶ تا ۱۰ بارداری): آزمایش شمارش گلبولی (CBC)، گروه خونی و ارهاس، تست تحمل گلوکز یک ساعت پس از مصرف ۵۰ گرم گلوکز (GCT) در مادران در معرض خطر ابتلاء به دیابت و در صورت نیاز انجام GTT در ۳ ساعت پس از مصرف ۱۰۰ گرم گلوکز، آزمایش کامل و کشت ادرار، اوره و کراتینین خون، کومبس غیر مستقیم نوبت اول در مادران ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت، انجام آزمایش ایدز (HIV) و VDRL در صورت احتمال رفتار پرخطر در مادر یا همسرش، آنتی ژن هیپاتیت ب (HBsAg) در صورتی که خانم طبق دستور عمل کشوری بر علیه هیپاتیت ایمن نشده باشد.

آزمایش های نوبت دوم (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری): آزمایش شمارش گلبولی (CBC)، تعیین همو گلوبین، هماتوکریت، تست تحمل گلوکز GCT، در صورت نیاز GTT، کومبس غیر مستقیم نوبت دوم و کامل ادرار

معاینه فیزیکی: در دوران بارداری معاینه فیزیکی زن باردار شامل معاینه چشم، پوست، قلب و ریه، تیروئید، پستان ها، شکم و اندام هاست که توسط پزشک و ماما انجام می شود.

تعیین تاریخ تقریبی زایمان: برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان، به دلیل عدم اطمینان از زمان دقیق عمل لقاح، تاریخ آخرین خونریزی ماهانه زن مبداء قرار می گیرد و بطور قراردادی حاملگی از اولین روز آخرین قاعدگی وی (Last Menstrual Period = L.M.P) محاسبه می شود. بر این اساس برای تعیین تاریخ زایمان، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانم را یادداشت کرده، ۷ روز به آن اضافه و سه ماه از آن کم کرده و به تاریخ بدست آمده یک سال اضافه می کنند.

تاریخ تقریبی زایمان را با حروف اختصاری EDC نشان می دهند. (Expected Date of Child birth)

مثال) اگر تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانمی ۲ آذر ۱۳۸۳ باشد، برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان وی بدین گونه محاسبه می شود:

۷ روز به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می کنیم
 روز ۹ = ۷ + ۲
 از ماه آذر سه ماه به عقب برمی گردیم
 شهریور ماه ۶ = ۳ - ۹
 یک سال به سال ۸۳ اضافه می کنیم.
 سال ۸۴ = ۱ + ۸۳

بنابراین تاریخ احتمالی زایمان این خانم ۹ شهریور ماه سال ۱۳۸۴ خواهد بود.

در مورد خانم هائی که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی آنها در سه ماه اول سال است، زایمان در همان سال اتفاق می افتد و نیاز به افزودن یکسال نیست.

تعیین سن بارداری: در هر ملاقات، باید سن بارداری مادر برحسب «هفته» از اولین روز آخرین قاعدگی وی محاسبه شود. بدین منظور باید فاصله زمانی بین تاریخ مراجعه خانم و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی او را تعیین و آن را بر عدد ۷ تقسیم کرد.

مثال ۱) روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی بزرگ تر است :

سال	ماه	روز	تاریخ مراجعه
۱۳۸۳	۱۲	۱۹	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
۱۳۸۳	۹	۱۲	فاصله دو تاریخ فوق
	۳	۷	

برای تعیین سن حاملگی وی، فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۳ ماه و ۷ روز به عبارت دیگر ۹۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۱۳ هفته و ۶ روز می شود.

مثال ۲) روز تاریخ مراجعه خانم از روز تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی کوچک تر ولی ماه مراجعه از ماه اولین روز آخرین قاعدگی بزرگ تر است:

یک سال از سال مصاحبه کسر و ۱۲ ماه به عدد ماه تاریخ مصاحبه اضافه کنید

سال	ماه	روز	تاریخ مراجعه
۱۳۸۴	۲	۱۹	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
۱۳۸۳	۱۴	۱۲	فاصله دو تاریخ فوق
۱۳۸۳	۱۲	۱۲	
	۲	۷	

برای تعیین سن حاملگی وی، فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۲ ماه و ۷ روز به عبارت دیگر ۶۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۹ هفته و ۴ روز می شود.

مثال ۳) روز تاریخ مراجعه خانم از روز تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی بزرگ تر ولی ماه مراجعه از ماه اولین روز آخرین قاعدگی کوچک تر است:

از ماه تاریخ مصاحبه یک ماه کسر و ۳۰ روز به عدد روز تاریخ مصاحبه اضافه کنید

روز	ماه	سال	تاریخ مراجعه
۱۹	۱۲	۱۳۸۳	
۴۹	۱۱		
۲۲	۱۰	۱۳۸۳	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
۲۷	۱		فاصله دو تاریخ فوق

برای تعیین سن حاملگی وی، فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۱ ماه و ۲۷ روز به عبارت دیگر ۵۷ روز) و بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۸ هفته و ۱ روز می شود.

چنانچه روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه اولین روز آخرین قاعدگی بزرگ تر باشد، مطابق آنچه گفته شد، ابتدا یک ماه از عدد ماه کم و ۳۰ روز به عدد روز تاریخ مراجعه، اضافه نمائید و سپس ۱ سال از عدد سال کم و ۱۲ را به عدد ماه تاریخ مراجعه اضافه کنید.

اندازه گیری وزن: یکی از اقداماتی که در هر بار مراقبت مادر انجام می شود، اندازه گیری وزن مادر و مقایسه آن با وزن قبلی است. توجه به وزن مادر راهنمای خوبی برای تشخیص وضع تغذیه و سیر حاملگی وی می باشد. در صورتی که نمایه توده بدنی مادر در محدوده طبیعی باشد میزان افزایش وزن او در طول بارداری حدود ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است. اگر در این مدت وزن مادر اضافه نشود یا افزایش وزن غیر طبیعی داشته باشد، باید جهت بررسی بیشتر به پزشک ارجاع شود. افزایش ناکافی وزن در بارداری منجر به تولد نوزاد کم وزن می شود. این گونه نوزادان بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری های عفونی و مرگ زودرس در هفته های نخست زندگی هستند و در صورتی که زنده بمانند، پس از طی دوره نوزادی باز هم بیشتر از کودکان دیگر احتمال ابتلاء به انواع بیماری ها را دارند. افزایش بیش از حد وزن در بارداری یا افزایش وزن ناگهانی (افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته) نیز مضر است. این نوع اضافه وزن ناگهانی می تواند از نشانه های پره اکلامپسی باشد. همچنین مقدار وزن اضافی بر روی ماهیچه های کمر فشار آورده و درد و ناراحتی این ناحیه را بیشتر می کند. از طرفی ممکن است بعد از زایمان، این اضافه وزن، کم نشده و بصورت چربی های ذخیره شده در بدن باقی بماند. بدین ترتیب مشاهده می شود که کنترل وزن در بارداری از اقدامات ضروری در حفظ سلامت مادر و نوزاد او بشمار می آید.

در اندازه گیری وزن مادر باید به نکات زیر توجه شود:

- خانم بدون کفش بوده و لباس سبک به تن داشته باشد.
- در صورت امکان بهتر است در ساعات معینی از روز وزن شود.
- مادر به درستی روی صفحه ترازو قرار گرفته و به جایی تکیه نکند.
- از سالم بودن ترازو و قرار گرفتن عقربه روی صفر (تنظیم بودن ترازو) قبل از اقدام به اندازه گیری وزن اطمینان حاصل شود.

برای تعیین میزان افزایش وزن مطلوب در بارداری از شاخصی به نام نمایه توده بدنی به اختصار BMI (Body Mass Index) استفاده می شود. این شاخص را با اندازه گیری وزن و قد و ترسیم این اندازه ها بر روی نمودار نوموگرام تعیین می کنند. همچنین با فرمول: وزن برحسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد برحسب متر نیز می توان شاخص فوق را محاسبه کرد. این شاخص در ۱۲ هفته اول بارداری ارزش دارد.

جدول وزن گیری

جدول وزن گیری برای تعیین میزان وزن گیری مادر برحسب سن بارداری و به منظور بررسی روند وزن گیری وی رسم می شود.

در جدول وزن گیری، سن بارداری برحسب هفته بر روی خطوط عمودی منشعب از محور افقی (محور X ها) و میزان وزن گیری برحسب کیلوگرم بر روی خطوط افقی منشعب از محور عمودی (محور Y ها) نشان داده شده است. روی محور عمودی، عدد صفر به معنای شروع وزن گیری در ابتدای بارداری است. خطوط بالاتر از آن با اعداد مثبت، میزان «وزن گیری» را نشان می دهد و خطوط پایین تر با اعداد منفی، میزان «کاهش وزن» را مشخص می کند. فاصله بین خطوط مایل وسط جدول، محدوده وضعیت بدنی مادر بر اساس نمایه توده بدنی را تعیین می کند که شامل چهار محدوده است:

۱- محدوده حد فاصل وزن گیری ۱۸-۱۲/۵ کیلو گرم با شماره ۱ به رنگ زرد، وضعیت بدنی زن باردار لاغراندام (نمایه توده بدنی کمتر از ۱۹/۸) را نشان می دهد. (برای زنان لاغر، قرار گرفتن خط وزن گیری در محدوده ۱ روند افزایش وزن طبیعی را نشان می دهد)

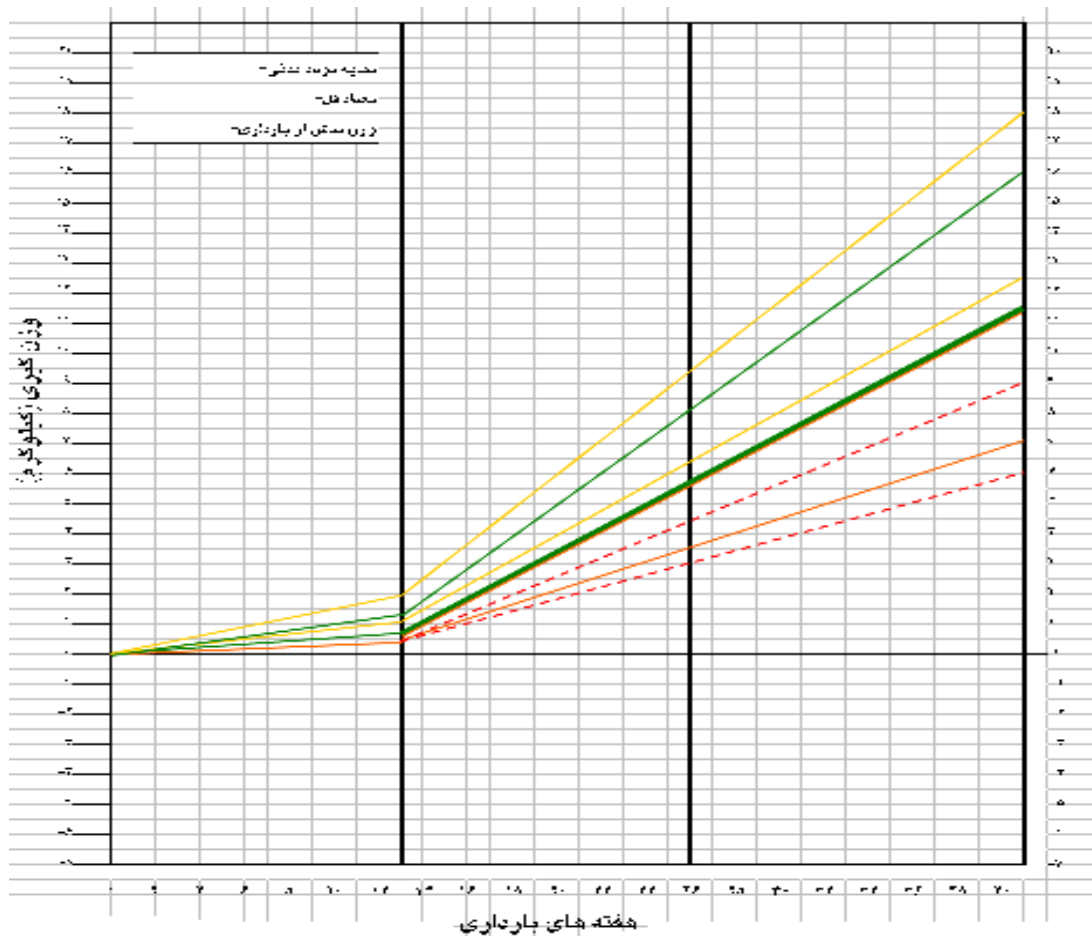
۲- محدوده حد فاصل وزن گیری ۱۶-۱۱/۵ کیلو گرم با شماره ۲ به رنگ سبز، وضعیت بدنی زن باردار با وزن طبیعی (نمایه توده بدنی ۱۹/۸ تا ۲۶) را مشخص می کند. (برای خانم هائی که وزن طبیعی دارند، باید خط وزن گیری در محدوده ۲ قرار گیرد)

۳- محدوده حد فاصل وزن گیری ۱۱/۵-۷ کیلو گرم با شماره ۳ به رنگ نارنجی، وضعیت بدنی زن باردار را که اضافه وزن دارد (نمایه توده بدنی بیش از ۲۶ تا ۲۹) نشان می دهد. (برای زنانی که قبل از بارداری اضافه وزن داشته اند، چنانچه خط وزن گیری در محدوده ۳ قرار گیرد، روند وزن گیری طبیعی است)

۴- محدوده حد فاصل دو خط چین وزن گیری ۹-۶ کیلو گرم با شماره ۴ به رنگ قرمز، نشانه وضعیت بدنی زن باردار چاق (نمایه توده بدنی بیش از ۲۹) است. (در زنان چاق خط وزن گیری باید در محدوده ۴ قرار گیرد)

پس از رسم جدول وزن گیری در صورت مشاهده هر نوع انحراف در روند طبیعی وزن گیری در هر زمان از بارداری، لازم است مادر به پزشک یا ماما ارجاع غیر فوری شود.

نمونه جدول وزن گیری



❖ برای آشنائی بیشتر و کامل تر با جدول وزن گیری و نحوه رسم آن به فرم مراقبت بارداری در پرونده خانوار و دستور عمل تکمیل آن مراجعه شود.

اندازه گیری قد: یکی از اقدامات لازم در مراقبت اول بارداری تعیین قد مادر باردار است. معمولاً قد مادر می تواند معیاری برای تعیین اندازه لگن باشد. زایمان زنانی که لگن کوچک دارند، ممکن است دشوارتر انجام شود. به همین علت مادرانی که قد کم تر از ۱۵۰ سانتی متر دارند، نیازمند مراقبت بیشتر در حین زایمان هستند. همچنین با استفاده از قد مادر و وزن پیش از بارداری وی یا وزن بدو بارداری، می توان نمایه توده بدنی مادر را محاسبه کرد.

برای اندازه گیری قد می توان از ترازویی که در قسمت عقب آن خط کش مدرج وجود دارد (ترازوی قد سنج دار) و یا از سانتی متری که به دیوار و در محل مناسبی نصب شده است، استفاده کرد. مادر باید بدون کفش در مقابل آن بایستد. سپس با خط کش یا مدادی که بر روی سرش در مقابل عدد سانتی متر قرار می گیرد، اندازه قد وی تعیین شود.

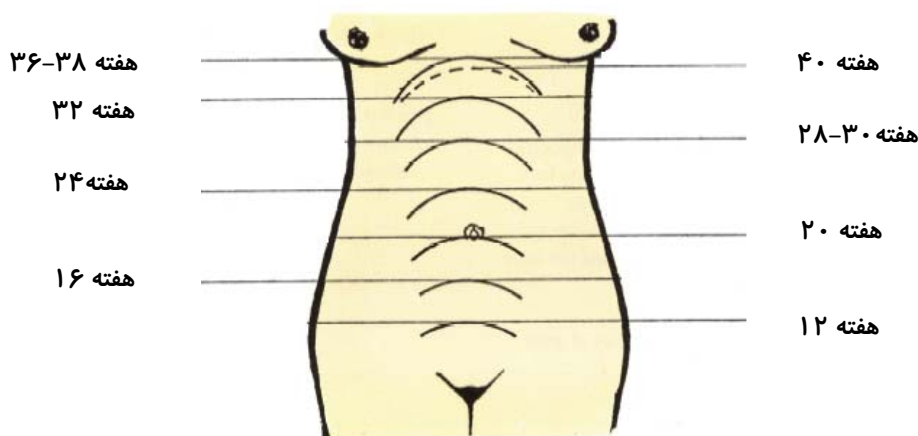
تعیین ارتفاع رحم: با تعیین ارتفاع رحم از روی شکم، سن تقریبی بارداری مشخص می شود. بدین منظور از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر بار مراقبت ارتفاع رحم اندازه گیری و با سن بارداری مطابقت داده

شود. برای معاینه، مثانه باید خالی باشد. سپس مادر به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد. سر خانم باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد. در هفته های ۱۸ تا ۳۲ بارداری می توان ارتفاع رحم را با نوار متری مطابق تصویر زیر اندازه گیری کرد. در این مدت ارتفاع رحم برحسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. (یعنی حدود ۱۸ تا ۳۲ سانتی متر معادل سن بارداری ۱۸ تا ۳۲ هفته می باشد)



برای اندازه گیری رحم بعد از هفته ۳۲ بارداری نیز مادر باید در همان وضعیتی که توضیح داده شد، قرار گیرد، فرد معاینه کننده نیز باید در سمت چپ او بایستد و دست راست خود (تمام سطح کف دست) را به آرامی در بالاترین حد رحم (قله رحم) بگذارد و ارتفاع رحم را از سمفیز پوبیس تا قله رحم اندازه بگیرد. ارتفاع رحم در هفته های مختلف بارداری به شرح زیر می باشد:

- در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف قرار دارد.
- در هفته ۱۸ تا ۲۰ بارداری، قله رحم در حدود ناحیه ناف قرار می گیرد.
- بعد از هفته ۲۰ تا هفته ۳۲ بارداری، قله رحم در فاصله بالای ناف و جناغ سینه قرار می گیرد.
- در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری قله رحم زیر زائده جناغ سینه می رسد.
- از هفته ۳۶ تا ۴۰ به علت پائین آمدن سر جنین در حفره لگن (بویژه در شکم اول) قله رحم به حدود هفته ۳۸ بارداری یعنی در زیر استخوان جناغ لمس می شود.



❖ در صورت عدم تطابق اندازه رحم با سن بارداری، مطابق چارت مراقبت های بارداری در بخش دوم این کتاب اقدام شود.

اندازه گیری علائم حیاتی (فشارخون، تنفس، نبض، درجه حرارت): در هر بار مراقبت باید فشارخون، درجه حرارت، نبض و تنفس مادر اندازه گیری شود.

۱) اندازه گیری و کنترل فشار خون: یکی از اقدامات لازم در هر بار مراقبت اندازه گیری فشارخون زن باردار و توجه به تغییرات آن می باشد. افزایش فشارخون اولین علامت مشکلات حاملگی و از جمله پره اکلامپسی است. اختلالات ناشی از بالا بودن فشار خون در زمان بارداری از طریق اندازه گیری و کنترل منظم فشار خون تشخیص داده می شود. با این اقدام بسیار ساده در هر بارمراقبت مادر، می توان از بسیاری از عوارض و مرگ و میر مادران جلوگیری کرد. فشارخون بالا در حاملگی زمانی است که فشارخون خانم باردار ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر است. در مواردی که میزان فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر نیست، میزان فشارخون اندازه گیری شده با میزان فشارخون اولیه مقایسه می شود. اگر فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک (می نیمم) به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون اولیه بیشتر شده باشد، افزایش تدریجی فشارخون وجود دارد.

برای اندازه گیری فشارخون، لازم است مادر باردار در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) قرار گرفته و فشارخون وی از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری شود. چنانچه فشار خون مادر در وضعیت خوابیده اندازه گیری می شود، حتماً باید مادر به یک پهلو دراز بکشد. زیرا در حالت خوابیده به پشت سیاهرگ های بزرگ داخل شکم مادر بوسیله جنین تحت فشار بوده و از بازگشت خون به قلب جلوگیری می شود. بنابراین فشار خون واقعی مشخص نمی گردد.

۲) اندازه گیری تنفس: تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود. در حالت طبیعی تعداد تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

۳) اندازه گیری دمای بدن: درجه حرارت بدن مادر باردار را باید از راه دهان اندازه گیری کرد. دمای طبیعی بدن ۳۷ درجه سانتی گراد است، چنانچه دمای بدن وی به میزان ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر برسد، مادر تب دارد.

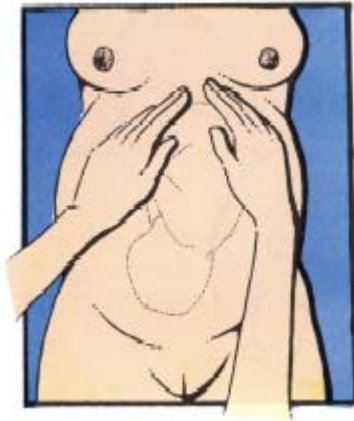
۴) اندازه گیری نبض: نبض سرعت ضربان قلب را نشان می دهد و در حالت طبیعی تعداد آن ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است. قبل از شمارش نبض لازم است مادر آرام و در حالت استراحت باشد.

❖ در صورت غیر طبیعی بودن علائم حیاتی مطابق چارت مراقبت های بارداری در بخش دوم این کتاب اقدام شود.

معاینه شکم: تقریباً بعد از هفته ۳۶ بارداری با لمس شکم مادر باردار می توان وضعیت جنین را در داخل رحم، تعیین و اعضای بدنش را حس کرد. بدین منظور از چهار نوع معاینه با عنوان مانورهای لئوپولد استفاده می شود. قبل از انجام این مانورها مادر باید ادرار کند. (مثانه خالی باشد)

برای شروع معاینه باید به مادر کمک کرد تا در روی یک تخت سفت خوابیده و شکم وی عریان باشد. مانور های لئوپولد شامل چهار نوع معاینه (مانور) به شکل زیر است.

مانور اول: در این مانور معاینه کننده در کنار تخت می ایستد بگونه ای که نگاه او به طرف صورت خانم باشد و مطابق شکل زیر با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس می کند. ته جنین بصورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر بصورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.



مانور دوم: پس از تعیین ته جنین که در قله رحم قرار دارد، معاینه کننده به همان شکل مانور اول طوری که نگاه او به طرف صورت خانم باشد، در کنار او می ایستد و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار می دهد و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار می آورد. در یک طرف شکم ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلو بدن جنین است.



مانور سوم: در این مانور معاینه کننده به همان شکل مانور اول و دوم در کنار مادر ایستاده و با کمک انگشت شست و چهار انگشت دیگر دست مطابق شکل زیر، قسمت تحتانی شکم مادر را درست در بالای سمفیز پوبیس می گیرد. حال چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.



بدین ترتیب با انجام این سه مانور سر، ته، پشت و اندام های جنین مشخص شده است.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، معاینه کننده، طوری قرار می گیرد که نگاه او به طرف پاهای خانم باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، مطابق شکل زیر فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد می کند. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند. در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.



شنیدن صدای قلب جنین: تقریباً از هفته بیستم بارداری به بعد صدای ضربان قلب جنین با دستگاہی به نام گوشی مامائی (وسیله شیپور مانندی که بر روی شکم مادر در محل مناسب قرار می گیرد) شنیده می شود. برای شنیدن صدای قلب جنین در هر بار مراقبت در نیمه دوم بارداری باید ابتدا با انجام مانورهای لئوپولد و لمس شکم، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را روی شکم مادر مشخص کرد،

سپس به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب جنین را شمرد. برای شنیدن صدای ضربان قلب جنین باید گوشی مامائی در قسمت پشت جنین و حدود ناف مادر قرار داده شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.



نحوه قرار دادن گوشی

❖ **در صورت شنیده نشدن یا غیر طبیعی بودن تعداد ضربان قلب جنین مطابق چارت مراقبت های بارداری در بخش دوم این کتاب اقدام شود.**

بررسی وضعیت حرکت جنین: به طور معمول از حدود هفته ۱۶ بارداری در زنان چندزا و از حدود هفته ۱۸ بارداری در زنان شکم اول، اولین حرکت جنین احساس می شود. بهتر است مادر تاریخ احساس اولین حرکت جنین خود را یادداشت کند. این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری مادر کمک کننده باشد. وجود حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. بنابراین لازم است در این زمان از مادر در مورد احساس حرکت جنین سوال شود، در صورتی که مادر می گوید که جنین حرکتی ندارد، باید قبل از تصمیم گیری برای ارجاع، مادر یک لیوان شربت قند نوشیده و به پهلو چپ بخوابد. سپس به مدت ۲ ساعت، حرکات جنین را بشمارد. تعداد ۱۰ بار حرکت در ۲ ساعت طبیعی است. در صورتی که تعداد به ۱۰ حرکت در مدت ۲ ساعت نرسد و صدای قلب جنین نیز شنیده نشود مادر باید ارجاع فوری شود.

اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، نیاز به نگر داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیست. **معاینه اندام ها و صورت:** یکی از اقدامات مهم در هر بار ملاقات بارداری معاینه صورت، دست و پاهای زن باردار از نظر وجود ورم می باشد. پاهای زن حامله را باید بخوبی و با دقت بررسی کرد و پوست آن را مورد توجه قرار داد. لازم به توضیح است که در اکثر زنان باردار ورم مختصری در اطراف قوزک پا

مشاهده می شود که طبیعی است ولی اگر ورم زیاد شود، معمولاً پوست باد کرده به نظر می رسد و گاهی پریده رنگ تر و براق تر و سفت تر از حالت طبیعی است. اگر با انگشت سبابه روی استخوان ساق پا فشار وارد شود، در برخی موارد جای انگشت باقی می ماند. همچنین در این افراد اغلب جای فشار لباس ها مثل بند جوراب یا کمر بند، یا جای حلقه انگشت بر روی پوست باقی می ماند. در مراحل پیشرفته تر، ورم در صورت نیز مشاهده می شود.

در صورت بروز ورم در دست و صورت باید مادر باردار جهت کنترل فشارخون تحت نظر قرار گیرد و برای بررسی پره اکلامپسی به پزشک ارجاع داده شود.



❖ در صورت مشاهده ورم دست ها و صورت و ورم و درد یک طرفه ساق و ران مطابق چارت مراقبت های بارداری در بخش دوم این کتاب اقدام شود.

معاینه دهان و دندان: معاینه دهان و دندان بخشی از معاینات زمان بارداری است. در این دوران به علت مصرف کلسیم بدن مادر، برای ساختن استخوان بندی جنین، خطر پوسیدگی و از بین رفتن دندان های مادر بیشتر است. همچنین طبق مطالعات انجام شده، بیماری های پریودنتال (لثه و بافت های نگهدارنده) در مادر باردار در صورتی که درمان نشده باشد، می تواند منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس و کم وزن شود. بنابراین ضمن آموزش بهداشت دهان و دندان، باید دهان و دندان مادر از نظر وجود التهاب لثه، پوسیدگی دندان، جرم (لایه میکروبی سفت به رنگ زرد یا قهوه ای بر روی دندان ها)، عفونت و آبسه در نیمه اول بارداری (ملاقات اول و دوم) معاینه شده و در صورت مشاهده مشکل، مادر به دندان پزشک ارجاع شود.

پوسیدگی دندان، با تخریب ساختمان دندان به علت وجود میکروب های پوسیدگی زای دهان ایجاد می شود که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر هم دیگر

پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان که معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خودبه خودی همراه است، می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) و گاهی ایجاد فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) شود.

از آنجائی که در ۱۲ هفته اول بارداری اغلب مادران مسائلی مانند تهوع و استفراغ صبحگاهی و بی میلی به غذا و ویار دارند و از طرف دیگر در این دوره از حاملگی بافت های بدن جنین در حال شکل گیری است و جنین به تحریکات مختلف بسیار حساس و آسیب پذیر است، درمان های دندانپزشکی طولانی مدت و انتخابی (به جز موارد اورژانس) در این دوران توصیه نمی شود. ولی هفته ۱۵ تا ۲۸ بارداری، بی خطرترین دوره برای خدمات معمول دندان پزشکی است. از هفته ۲۸ به بعد نیز به دلیل افزایش وزن جنین و بزرگی شکم، زن باردار نمی تواند مدت طولانی در حالت خوابیده به پشت روی صندلی دندانپزشکی قرار گیرد. بنابراین فقط درمان های کوتاه مدت و اورژانس را می توان انجام داد. در موارد اورژانس در هر مرحله از حاملگی باید مادر سریعاً به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شود.

ایمن سازی: در دوران بارداری تزریق هر نوع واکسن ویروسی زنده مانند سرخجه ممنوع است. واکسن توام (دیفتری کزاز) واکسنی است که در بارداری تزریق آن مجاز می باشد. این واکسن باعث مصون سازی مادر و نوزاد بر علیه بیماری کزاز و دیفتری و جلوگیری از ابتلاء نوزاد به کزاز نافی می شود. بدین منظور خانم باردار باید در هر زمانی از شروع بارداری طبق دستور عمل کشوری واکسینه شود. چنانچه طبق جدول ایمن سازی زنان سنین باروری در دستور عمل کشوری، واکسیناسیون مادر کامل است، نیازی به تزریق واکسن نمی باشد.

در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی واکسن توام و سرم کزاز با توجه به سابقه واکسیناسیون مادر توسط پزشک یا ماما تزریق می شود.

تزریق آمپول رگام: در خون اکثر افراد عاملی به نام ارهاس (Rh) وجود دارد که به آنها ارهاس مثبت (Rh^+) و به گروهی که خون آنها فاقد این عامل است ارهاس منفی (Rh^-) گفته می شود. چنانچه پدر و مادر باهم ناسازگاری خونی داشته باشند یعنی مادر Rh^- و پدر Rh^+ باشد و جنین داخل رحم مادر نیز Rh^+ شود، در هنگام زایمان و یا به علت سقط جنین، خون جنین از راه بند ناف وارد خون مادر شده، مادر در مقابل عامل Rh حساس می شود و در خون وی عاملی بر ضد آن به نام پادتن تولید می گردد. حال اگر مادر مجدداً حامله شود و جنین وی Rh^+ باشد، پادتن های تولید شده در خون مادر وارد خون جنین شده و اثرات زیان باری ایجاد می کنند. امروزه روشی وجود دارد که از حساس شدن مادر در مقابل عامل Rh جلوگیری می کند و آن تزریق یک نوع سرم مخصوص به نام رگام به مادران Rh^- در طول ۷۲ ساعت اول پس از زایمان و تولد نوزاد Rh^+ است. ضمناً برای تشخیص حساسیت مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت در ملاقات اول و سوم بارداری انجام آزمایش کومبس غیر مستقیم توسط پزشک یا کارشناس مامایی درخواست می شود. در صورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی مادر) در هفته ۲۸ تزریق آمپول رگام توصیه می شود.

در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت، در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...) باید آمپول رگام تزریق شود.

سونوگرافی: سونوگرافی دستگاهی است برای بررسی وضعیت جنین، اطمینان از سلامت وی و تعیین سن دقیق بارداری که بطور معمول در دو نوبت، نیمه اول (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و نیمه دوم بارداری (هفته ۳۱ تا ۳۴) انجام می شود. هدف از سونوگرافی نوبت اول بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، تعیین سن بارداری و وجود ناهنجاری های واضح در جنین است و در نوبت دوم بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و وجود ناهنجاری ها مد نظر می باشد. دفعات بیشتر سونوگرافی در صورت نیاز و براساس نظر پزشک یا ماما انجام می شود.

در صورت تمایل مادر، بهورز می تواند او را برای انجام سونوگرافی در زمان های تعیین شده به پزشک یا ماما ارجاع دهد.

آموزش های بهداشتی دوران بارداری: در هر بار ملاقات با مادر ضمن بررسی وزن، فشارخون و سایر مراقبت ها، باید آموزش هائی متناسب با سن بارداری به او داده شود. اهم این آموزش ها عبارتند از:

تغذیه بارداری: تغذیه مناسب در تمام مراحل زندگی از دوران جنینی تا سالمندی نقش عمده ای در سلامت انسان دارد و در دوران بارداری به علت حفظ سلامت مادر و سلامت موجودی که در بطن وی پرورش می یابد، اهمیت بیشتری پیدا می کند. جنین مانند هر موجود زنده ای برای رشد و نمو خود نیاز به مواد غذائی، ویتامین ها، املاح و غیره دارد که این نیاز توسط مادر و از طریق جفت تامین می شود. لذا تغذیه زنان در تمام دوران زندگی و از جمله بارداری نقش اساسی در چگونگی رشد و نمو جنین خواهد داشت. با تغذیه مناسب از بروز برخی عوارض مانند سرگیجه، کم خونی، اثرات خونریزی بعد از زایمان جلوگیری می شود، نوزاد با وزن طبیعی متولد شده و احتمال بقاء او در هفته های اول تولد افزایش می یابد و بعد ها در زندگی از سلامت بیشتری برخوردار می شود. مادرانی که تغذیه صحیحی دارند، در شیردهی به نوزاد خود نیز موفق تر خواهند بود. در دوران بارداری مقدار زیادی از ذخایر بدن مادر برای رشد و نمو جنین مصرف می شود. بنابراین غذای روزانه مادر باید حاوی مقدار لازم پروتئین برای رشد و ترمیم نسوج بدن خود و جنین، مقدار لازم چربی و نشاسته برای تولید انرژی، آب، املاح (آهن و کلسیم) و ویتامین ها باشد. بدین ترتیب در برنامه غذای روزانه خانم باردار وجود همه گروه های غذائی با رعایت تنوع و تعادل در مصرف آن ضروری است.

گروه های اصلی غذائی عبارتند از:

- نان و غلات
- میوه ها و سبزی ها
- شیر و لبنیات
- گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها

گروه نان و غلات: مواد غذایی این گروه منبع خوبی برای تولید انرژی است مانند انواع نان (مخصوصاً نان سبوس دار)، برنج، ماکارونی، رشته، گندم، جو، ذرت. مقدار توصیه شده از این گروه ۷ تا ۱۱ سهم در روز است و هر یک سهم به طور مثال برابر یک برش از نان سنگک، تافتون یا بربری به اندازه یک کف دست (تکه نان در ابعاد ۱۰×۱۰ سانتی متر مربع یا حدود ۲۰ گرم) یا ۴ برش نان لواش یا یک لیوان غلات پخته و یا نصف لیوان غلات خام است.

توجه:

– مخلوط غلات و حبوبات مانند عدس پلو و لوبیا پلو، عدسی با نان منبع خوبی از پروتئین برای مادر باردار است.

– مصرف برنج بصورت کته بیشتر توصیه می شود.

گروه میوه ها و سبزی ها: این گروه شامل انواع سبزی ها مثل کاهو، هویج، گوجه فرنگی، سیب زمینی، جعفری و انواع میوه های تازه و خشک (توت خشک، کشمش، انجیر و...) است که تامین کننده ویتامین ها و مقداری آهن مورد نیاز بدن هستند.

یکی از مهم ترین ویتامین های مورد نیاز بدن ویتامین ث است. مصرف سبزیجات و میوه جات بصورت تازه این ویتامین را برای بدن تامین می کند. زیرا طبع این مواد ویتامین ث را از بین می رود.

مقدار میوه توصیه شده از میوه های مختلف، ۳ تا ۴ سهم در روز است که هر یک سهم بطور مثال معادل یکی از مقادیر زیر است:

یک عدد سیب، یک عدد پرتقال یا موز متوسط، نصف لیوان کمپوت یا میوه پخته، ۳ عدد زردآلو، نصف لیوان حبه انگور، یک چهارم طالبی متوسط، نصف لیوان آب میوه، یک سوم لیوان آب لیمو ترش، ۲ قاشق غذاخوری میوه خشک یا برگه.

مقدار توصیه شده از انواع سبزی شامل سبزی های برگه، هویج، گوجه فرنگی، کدو، سیب زمینی و بطور متوسط ۴ تا ۵ سهم در روز است که هر یک سهم به طور مثال معادل: یک لیوان سبزی خام برگ دار، سالاد سبزیجات و یا نصف لیوان سبزی پخته می شود.

شیر و فرآورده های آن مانند پنیر، ماست، کشک: مصرف مواد این گروه غذایی هم در سلامت و استحکام استخوان ها و دندان ها و حفظ ذخیره کلسیم بدن مادر موثر است و هم برای استخوان بندی جنین و شکل گیری و استحکام دندان های او در آینده ضروری است. علاوه بر کلسیم این گروه دارای مواد مغذی دیگری مثل فسفر، پروتئین و ویتامین های «آ» و «ب» است. روزانه حداقل مصرف ۳ تا ۴ سهم از مواد این گروه توصیه می شود. هر سهم معادل یک لیوان شیر، یک لیوان ماست، ۶۰-۴۵ گرم پنیرکم چرب (برابر دو قوطی کبریت)، یک لیوان کشک و یا ۱/۵ لیوان بستنی می باشد.

گوشت و جانشین های آن: این گروه غذایی پروتئین و آهن بدن را تامین می کند و مواد غذایی موجود در این دسته برای خون سازی، تکامل سیستم عصبی و رشد جنین و نیز رشد و ترمیم اعضای بدن مادر

(رحم، پستان ها) لازمند. مانند انواع گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، دل و جگر، انواع مغزها (گردو، بادام، پسته، فندق و...)، انواع حبوبات (عدس، لوبیا، نخود و...) مقدار توصیه شده از مواد این گروه حدود ۳ سهم در روز است. هر سهم معادل ۶۰ گرم گوشت قرمز یا ماهی یا مرغ، نصف لیوان حبوبات خام یا یک لیوان حبوبات پخته، دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان از انواع مغزهاست.

در مناطق مختلف عقاید و رسوم غذایی متفاوتی وجود دارد. لازم است با شناخت آنها، رسوم و عقایدی که از نظر تغذیه و بهداشت مفید است تشویق و اعتقادات و باورهای غلط تغذیه ای با آموزش های مناسب، اصلاح شود.

مصرف مکمل های غذایی: با توجه به آنچه گفته شد، مصرف مقدار کافی مواد غذایی حاوی کلسیم، آهن، پروتئین، ویتامین ث و همچنین اسید فولیک در دوران بارداری سلامت مادر و جنین را تامین می کند. ولی از آنجائی که افزایش نیاز بدن زن باردار به برخی از این مواد مانند آهن صرفاً با مصرف مواد غذایی تامین نمی شود، مصرف مکمل های غذایی شامل آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک در بارداری ضرورت دارد.

اسید فولیک ماده ای است که مصرف آن بخصوص در سه ماه اول حاملگی برای رشد سیستم عصبی جنین لازم است و از نقص مادرزادی سیستم عصبی در نوزاد جلوگیری می کند. بدین منظور همراه با مصرف مواد غذایی غنی از آن، مصرف روزانه ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک از ابتدا تا پایان بارداری لازم است. سبزی های برگ تیره مثل اسفناج و انواع سبزی خوردن، حبوبات، جگر، ماهی و پرتقال منبع خوبی برای اسید فولیک می باشند.

مصرف قرص اسید فولیک از سه ماه قبل از بارداری توصیه می شود.

آهن ماده ای است که کمبود آن در بارداری می تواند منجر به کم خونی مزمن در مادر، محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس، کم وزنی و نارسایی جنین شود. مشکلات ناشی از خونریزی پس از زایمان در مادران کم خون نیز بیشتر است. زنان در سنین باروری، بویژه در دوران حاملگی (به علت افزایش حجم خون و از دست دادن خون در حین و پس از زایمان) بیشتر در معرض خطر کم خونی ناشی از کمبود آهن هستند و نیازشان به آهن بیشتر از دیگران است و این نیاز در سه ماهه دوم و سوم بارداری افزایش می یابد لذا خانم های باردار باید از شروع هفته ۱۶ بارداری (شروع ماه چهارم) تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد قرص آهن مصرف کنند. مصرف منابع غنی از آهن نیز در دوران بارداری و شیردهی بسیار ضروری است. موادی مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، جگر، زرده تخم مرغ، حبوبات و سبزیجاتی با برگ سبز تیره مانند اسفناج و جعفری منابع خوبی از آهن هستند. انواع مغزها مانند گردو، بادام و انواع خشکبار مثل توت خشک، کشمش نیز دارای آهن می باشد.

با مصرف قرص آهن احتمال بروز عوارضی مثل تهوع، درد معده و سایر عوارض گوارشی وجود دارد. لذا توصیه می شود برای کاهش این عوارض، قرص آهن بعد از غذا خورده شود. ضمناً با مصرف آهن رنگ مدفوع تیره می شود.

مولتی ویتامین مینرال یا ساده یکی دیگر از مکمل های غذایی است و توصیه می شود از شروع هفته ۱۶ بارداری (شروع ماه چهارم) تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد مصرف شود.

سوء تغذیه در زنان باردار: سوء تغذیه به هر شکل خفیف، متوسط و شدید هم در سلامت مادر و هم در سلامت نوزاد نقش اساسی دارد. با آموزش تغذیه مناسب در بارداری، تامین مواد مغذی و کالری مورد نیاز، مراقبت ویژه از مادران مبتلا به سوء تغذیه، کنترل دقیق وزن و فشارخون مادر و تجویز مکمل های غذایی (آهن، اسید فولیک و مولتی ویتامین) می توان از آن جلوگیری کرد و عوارض ناشی از آن را کاهش داد.

برخی عوامل مستعد کننده در زنان باردار، برای ابتلاء به سوء تغذیه در بارداری عبارتند از:

- سوء تغذیه مادر و نداشتن تغذیه مناسب و کم بودن وزن مادر قبل از بارداری
- وزن گیری نامناسب در بارداری
- سابقه زایمان نوزاد کم وزن (چنانچه وزن هنگام تولد نوزادان قبلی کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد و یا در سال اول زندگی لاغر و مبتلا به سوء تغذیه بوده باشند، این امر ممکن است ناشی از سوء تغذیه مادر باشد)
- حاملگی های مکرر بویژه با فاصله کم
- زنان خانواده های کم درآمد
- ابتلاء مادر به بیماری های مزمن مثل سل، بیماری های قلبی کلیوی، دیابت، فشارخون و مالاریا
- نا آگاهی مادر از تغذیه صحیح در بارداری

با رعایت دستورات تغذیه ای می توان بسیاری از مشکلات شایع در بارداری نظیر تهوع صبح گاهی، ویار، یبوست، سوزش سردل و ادم را کاهش داد.

عدم مصرف خودسرانه دارو، استعمال دخانیات و عکسبرداری پزشکی (رادیو گرافی): تحقیقات و مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مصرف داروها، نوشیدن الکل و عوامل زیان بار دیگری مانند استعمال دخانیات و تنفس در فضای آلوده به دود سیگار یا قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس (به هنگام رادیوگرافی) در دوران حاملگی ممکن است اثر سوء در جنین بوجود آورد. سیگار و دخانیات موجب زایمان زودرس، کم وزنی نوزاد و حتی مرگ نوزاد می شود و مصرف الکل باعث تاخیر رشد، ناهنجاری و اختلال عصبی در جنین می گردد.

اکثر داروها می توانند از جفت عبور کرده و به جنین رسیده و عوارض و ناهنجاری هائی در جنین و نوزاد ایجاد کنند. نوع عارضه و یا تاثیر داروها و هر عامل خطر زای دیگر بستگی به این دارد که در کدام مرحله جنینی آن دارو یا عامل بر جنین اثر می گذارد. از آنجائی که بیشترین اثرات سوء داروها و مواد مضر در سه ماه اول حاملگی است لذا در این مدت باید از مصرف خودسرانه دارو و انجام هر نوع عکس برداری پزشکی بدون اجازه پزشک خودداری شود. اگر خانمی قبل از بارداری به علت بیماری دارو مصرف می کرده و یا در اوایل بارداری مجبور به استفاده از دارو است، باید حتماً پزشک یا ماما را از باردار بودن خود مطلع کند.

- ناهنجاری های جنینی مثل نقص اعضا و اندام ها، تولد نوزاد کم وزن و نارس، عقب ماندگی ذهنی، مشکلات و نقایص دندانی و صورتی مانند شکاف لب و کام، بد رنگ شدن دندان های نوزاد، مرگ و میر دوران جنینی از عوارض مصرف برخی داروها و کشیدن سیگار یا سایر عوامل زیان آور در بارداری است.
- به جز در مواردی که پزشک لازم می داند، عکسبرداری از لگن خاصره و شکم مادر باردار توصیه نمی شود. عکسبرداری از سایر اعضا بدن مادر با قرار دادن پوشش سربی مخصوص روی شکم مادر به منظور نرسیدن اشعه به جنین اشکالی ندارد.

توجه: در صورت معتاد بودن مادر باردار، وی باید تحت نظر متخصص مراقبت شود.

بهداشت فردی: نظافت شخصی مادر از نظر پوست بدن، دست ها و پاها، ناخن ها، موی سر، دندان ها، نظافت سایر اعضای بدن و استحمام مرتب از اصول اولیه بهداشت فردی است که باید بدان توجه شود. استحمام سبب باز شدن منافذ پوست و سرعت جریان خون می شود. در بارداری محدودیتی برای استحمام وجود ندارد. مادر باید در موقع حمام کردن از آب بسیار سرد یا آب بسیار داغ و آب های آلوده که احتمالاً باعث آلودگی دستگاه تناسلی زن می شود، پرهیز کند. گرما و رطوبت زیاد محیط حمام می تواند باعث افزایش درجه حرارت جنین شود، بنابراین باید از آب ولرم استفاده کرده و زمان استحمام کوتاه تر شود. در هفته های آخر مراقبت بیشتری به هنگام استحمام لازم است زیرا بزرگی شکم، تعادل بدن را برهم می زند و احتمال لیز خوردن و افتادن را بیشتر می کند. ضمناً در این زمان استحمام در حوض، خزینه و نظایر آن توصیه نمی شود.

بهداشت دهان و دندان: در بارداری مادر تمایل بیشتری به خوردن مواد غذایی شیرین یا ترش دارد و به دلیل کم حوصلگی و خستگی وقت کمتری برای مراقبت از دندان ها صرف می کند، از طرف دیگر همانطور که در مباحث قبل اشاره شد، به علت مصرف کلسیم بدن مادر در استخوان بندی جنین خطر پوسیدگی دندان و بیماری لثه بیشتر می شود. بنابر این لازم است در این دوران ضمن تشویق مادر به داشتن برنامه غذایی مناسب (استفاده از مواد دارای کلسیم، میوه و سبزیجات بجای مصرف مواد قندی) او را از اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان، چگونگی ایجاد پوسیدگی دندان و مشکلات دهان و لثه، نحوه استفاده صحیح و مرتب از مسواک، نخ دندان و دهان شویه آگاه کرد. همچنین آموزش مادر در مورد مراقبت از دهان نوزاد و بهداشت دهان و دندان کودک مطابق متون آموزشی دفتر دهان و دندان ضروری است.

استراحت: در اوایل حاملگی بیشتر زنان احساس خواب آلودگی و خستگی می کنند که امری طبیعی است. توصیه می شود زنان باردار یک برنامه مشخص برای استراحت خصوصاً در اواخر بارداری داشته و زمان کافی برای استراحت خود در نظر بگیرند. بهترین وضعیت برای استراحت، خوابیدن به پهلو است. این امر سبب خون رسانی و اکسیژن رسانی بهتر به جنین می شود. تغییر وضعیت از یک پهلو به پهلو دیگر و یا بلند شدن باید به آرامی صورت گیرد. از آنجایی که در زایمان انرژی زیادی مصرف می شود، در هفته های آخر بارداری باید از انجام فعالیت های سنگین خانه (مانند خانه تکانی) اجتناب شود.

کار و فعالیت: ساعت کار مادران شاغل نباید زیاد طولانی باشد (کمتر از ۸ ساعت در روز) و آنان باید بتوانند در فواصل کار خود چند دقیقه ای استراحت کنند. مشاغلی که مستلزم بلند کردن و جابجا کردن اجسام سنگین و یا ایستادن به مدت طولانی، تماس با مواد سمی است، برای خانم های باردار مناسب نمی باشد. توصیه می شود زنان باردار از انجام کارهای سنگین که موجب افزایش ضربان قلب و تعریق زیاد می شود و از ایستادن و یا نشستن طولانی مدت (بیش از ۳ ساعت) در یک وضعیت بپرهیزند. در زمان کار حتی الامکان به طور متناوب راه بروند و در هنگام نشستن یک چهار پایه در زیر پای خود قرار دهند.

مسافرت: مسافرت برای مادر سالم منعی ندارد ولی مسافرت طولانی با اتومبیل بخصوص در هفته های آخر بارداری، حتما باید با تأیید پزشک و با احتیاط باشد. در طول سفرهای زمینی، لازم است مادر حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمی راه برود.

بهداشت در روابط جنسی: تغییرات دوران بارداری مانند بزرگ شدن پستان ها، پرخونی لگن، تهوع، سرگیجه، بزرگی و تغییرات شکم و پرینه بر روی فعالیت های جنسی تأثیر می گذارد. گرچه تمایلات جنسی طی نیمه اول بارداری کاهش می یابد ولی اغلب در نیمه دوم افزایش دارد. مقاربت تا زمانی که مادر احساس ناراحتی نکند و یا ممنوعیتی از نظر پزشکی (مانند سابقه سقط یا زایمان زودرس یا وجود لکه بینی و جفت سرراهی در حاملگی فعلی)، نداشته باشد، مانعی ندارد. ضمناً مقاربت مشکلی برای جنین ایجاد نمی کند زیرا جنین در داخل رحم و درون کیسه آب قرار دارد. در دوران بارداری بخصوص در ماه های آخر، وضعیتی برای مقاربت مناسب است که باعث صرف انرژی کمتر و نیز فشار کمتر روی شکم و رحم شود.

در صورت وجود رفتارهای پر خطر در مادر و یا همسرش و مشاهده علائم بیماری مقاربتی، باید مادر برای درمان و دریافت خدمات مشاوره به پزشک و مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شود.

لباس مناسب: با پیشرفت حاملگی و بزرگ شدن رحم و نیز افزایش حجم پستان ها و دردناک شدن آنها، پوشیدن لباس های آزاد و گشاد که بر روی شکم فشار نیاورد و استفاده از سینه بندهای مناسب توصیه می شود. پوشیدن کفش پاشنه بلند (بیش از ۵ سانتی متر) یا کاملاً تخت به دلیل افزایش انحنای کمر و برهم زدن تعادل بدن و افزایش فشار رحم، بر روی ماهیچه های شکم، کمر و ران ها، توصیه نمی شود.

ورزش: ورزش های سبک حتی بصورت پیاده روی حدود نیم ساعت در روز و حداقل سه بار در هفته و انجام کارهای خانه باید جزو برنامه های روزانه مادران باردار باشد. راه رفتن باعث تقویت عضلات شکم شده و در ماه های آخر به راحت انجام شدن زایمان کمک می کند. انجام تمرینات بسیار ساده در بارداری باعث آرامش جسمی و فکری مادر شده، جریان خون را تحریک و فعالیت ریه ها و فعالیت دفعی پوست و روده ها را بیشتر می کند، از افزایش بیش از حد وزن جلوگیری کرده، در کاهش کمردرد و درد پشت مؤثر بوده و مادر را از نظر جسمی و روحی برای زایمان آماده می کند.

توجه: در صورتی که فعالیت مادر منجر به لکه بینی، انقباضات رحمی، سرگیجه، تپش قلب و تعریق زیاد شود، مادر باید فعالیت خود را متوقف و با پزشک یا ماما مشورت کند.

بهداشت روانی: در دوران بارداری، خلق و خو، روحیات، روابط خانوادگی و مسئولیت های مادر و حتی همسرش تغییر می کند. معمولاً در هفته های اول که زن از بارداری خود مطمئن نیست در یک حالت بالاتکلیفی قرار دارد. برخی زنان پس از اطمینان از بارداری، زمان بارداری خود را مناسب نمی دانند، برخی فکر می کنند که آمادگی پذیرش یک مسئولیت جدید را ندارند، برخی از آنان نگران تغییراتی هستند که ممکن است در روابط آنها با همسر و فرزندانشان ایجاد شود.

در سه ماهه اول مادر بیشتر به خودش توجه می کند. تغییرات جسمی و هورمونی ممکن است تغییراتی در خلق و خوی مادر ایجاد کرده، منجر به تحریک پذیری بیشتر و حالاتی مانند عصبانیت، خواب آلودگی یا خستگی شدید در او شود. در این دوره از بارداری گاهی مادر بدون علت گریه می کند.

در سه ماهه دوم تغییراتی مانند بزرگ شدن پستان ها و رحم، افزایش وزن و از همه مهم تر حرکت جنین، وجود جنین را تأیید می کند. مادر جنین را به صورت موجودی جدا ولی وابسته به خود احساس می کند. در این زمان مادر حال عمومی بهتری دارد و به جنین بیشتر توجه می کند. مایل است در مورد تغذیه و نحوه رشد و نمو جنین بداند.

در سه ماهه سوم مادر احساس می کند آسیب پذیر شده و نسبت به سلامت جنین نیز نگران است و از حضور در محیط های شلوغ خودداری می کند. اغلب مادران در هفته های آخر بارداری به همسر و خانواده احساس وابستگی بیشتر پیدا می کنند و به محبت و توجه و حمایت از طرف همسر خود نیاز بیشتری دارند.

مراقبت از نوزاد: در دوران بارداری باید در مورد مراقبت از نوزادی که بدنیا خواهد آمد، آموزش های لازم به مادر ارائه شود. این مراقبت ها عبارتند از: اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر، نقش شیر مادر در سلامت دندان ها، مراقبت از دهان نوزاد، نحوه تمیز کردن لثه و دندان های نوزاد، دفعات تغذیه و دفع مدفوع، مراقبت بندناف، تمیز کردن ناحیه تناسلی، استحمام، درجه حرارت اتاق، واکسیناسیون، مکمل های غذائی، زمان شروع غذای کمکی و علائم خطر در نوزاد

❖ **برای اطلاع از آموزش های لازم در مورد مراقبت از نوزاد به چارت مراقبت نوزاد در بخش دوم این کتاب مراجعه شود.**

فراهم کردن مقدمات زایمان: قبل از زایمان باید مادر را در مورد آنچه که لازم است قبل و بعد از زایمان انجام دهد، آماده نمود. تهیه وسایل مورد نیاز خود و نوزاد، آگاه کردن همسر و خانواده از تاریخ تقریبی زایمان و اطمینان از در دسترس بودن آنان بخصوص همسر در هنگام زایمان، آموزش مادر در مورد اهمیت زایمان طبیعی و محل مناسب زایمان از اقدامات مهم پیش از زایمان می باشد.

مشاوره تنظیم خانواده: به منظور جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته پس از زایمان، لازم است در دوران بارداری (ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری) مادر را از لزوم جلوگیری از بارداری آگاه نمود. آموزش

مادر در این مورد در دوره بارداری تاکید می شود، زیرا ممکن است پس از زایمان مادر به علت مشکلات زایمان و مراقبت از نوزاد آمادگی و دقت کافی برای انتخاب روش مناسب جلوگیری نداشته باشد.

❖ **در این مورد به «راهنمای مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده» در بخش دوم کتاب مراجعه شود.**

نقش مردان در دوران بارداری همسرانشان: بچه دار شدن همان اندازه که در زندگی زنان اتفاق تاثیر گذاری است، در زندگی مردان نیز موثر است و مسئولیت های جدیدی را برای آنها بدنبال دارد. با آگاه کردن مردان در مورد تغییرات و نیازهای جسمی و روانی ناشی از بارداری، می توان به آنها کمک کرد که نقش فعالی در زمان بارداری همسرشان داشته و علاوه بر آن خود را برای نقش پدری آماده کنند.

مردان را تشویق کنید تا با حمایت همسر باردار خود برای مراجعه مرتب به خانه بهداشت، اطمینان از تغذیه مناسب وی و مصرف مکمل های غذایی، اظهار همدردی با او در مواردی که دچار ناراحتی می شود، همراهی او برای زایمان و ... در به سلامت طی شدن بارداری و تولد یک نوزاد سالم سهیم شوند.

کلاس های آمادگی برای زایمان: بارداری و زایمان یک فرایند طبیعی است ولی با توجه به تغییرات جسمی و روانی ناشی از آن، مادر نیازمند حمایت های خاصی است. اگر مادر حمایت نشود، این تغییرات می تواند اثر نامطلوب بر روی جنین و مادر بگذارد. به همین منظور، کلاس هایی با عنوان آمادگی برای زایمان در کنار مراقبت های دوران بارداری تشکیل می شود تا مادر بتواند ذهنیت درست از درد زایمان، داشته و در زمان زایمان دردهایش را از طریق تمرین های خاصی به طور ارادی کنترل کند، همچنین نگرانی های مادر در بارداری کاهش یابد و بتواند در مهم ترین تجربه زندگی خود نقش فعالی داشته باشد.

این کلاس ها از نیمه دوم (هفته ۲۰) بارداری شروع می شود و مطالب به طور تئوری و عملی تدریس می گردد. تمرین های عملی شامل تمرین های کششی، ماساژ، تنفسی و دیگر روش هایی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر آموزش داده می شود.

تمامی زنان باردار صرف نظر از سن و سواد آنان می توانند در این کلاس ها شرکت کنند مشروط بر این که مراقبت های بارداری را انجام داده و ممنوعیتی از نظر متخصص زنان/ ماما برای حضور در کلاس نداشته باشند. در این جلسات حضور یک نفر همراه نیز ضروری است. **همراه**، خانمی است که مادر انتخاب می کند تا در هنگام زایمان در کنار وی باشد. همراه باید رازدار و امین و ترجیحاً با سواد باشد و مادر با وی احساس امنیت کند. مسئولیت تدریس در این کلاس ها برعهده افراد آموزش دیده در این زمینه و محتوای آموزشی بر اساس کتاب "آمادگی برای زایمان (راهنمای مادران و پدران)" است.

شکایات شایع دوران بارداری

تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن: در طول نیمه اول حاملگی تهوع و استفراغ از شکایات شایع است. معمولاً شدت تهوع و استفراغ به هنگام صبح بیشتر است ولی گاهی در طول روز نیز ادامه دارد و یکی از اولین نشانه های حاملگی است که اغلب در اواخر هفته ۱۲ بارداری خودبخود بهبود می یابد. برای مقابله با

این ناراحتی خوردن یک تکه نان برشته یا بیسکویت قبل از برخاستن از رختخواب، مصرف غذا به مقدار کمتر ولی در دفعات بیشتر در طول روز، خودداری از مصرف غذاهای نفخ، چرب و پر ادویه و مصرف زنجبیل (به اشکال مختلف) توصیه می شود. در صورت داشتن استفراغ های شدید و مکرر نیاز به درمان است. بدون تردید عوامل روانی در شدت تهوع و استفراغ نقش دارد. در این مواقع اظهار همدردی همسر و اطرافیان در کم کردن ناراحتی خانم باردار مؤثر است.

کمر درد و پشت درد: در برخی خانم ها، بزرگ شدن رحم باعث انحراف مهره های کمر به سمت جلو شده و درد پشت و کمر ایجاد می کند. استراحت و پوشیدن کفش پاشنه کوتاه، استفاده از کمربند مخصوص حاملگی، انجام حرکات ورزشی مناسب و گرم نگه داشتن این قسمت ها در کاهش درد مؤثر است. توصیه می شود این مادران بر روی تشک های سفت بخوابند.

سوزش سردل: یکی از شایع ترین شکایات زنان حامله، سوزش سردل یا ترش کردن است که معمولاً در اثر برگشت محتویات معده به مری بوجود می آید. علت این عارضه در بیشتر اوقات، جابجایی معده به طرف بالا و اثر فشاری رحم روی آن به همراه کاهش حرکات دودی دستگاه گوارش می باشد. در اکثر خانم های باردار این حالت خفیف است و با مصرف غذا با حجم کمتر و در وعده های بیشتر، حذف غذاهای دیر هضم، چرب و سرخ کرده از رژیم غذایی و خودداری از تند خوردن غذا بهبود می یابد. در صورتی که با رعایت این موارد باز هم سوزش سردل ادامه داشت نیاز به بررسی های بیشتری است.

ویار حاملگی: گاهی در طول بارداری بعضی از زنان تمایل به خوردن غذاهای عجیب و غریب و یا موادی که قابل خوردن نیست، دارند و از برخی بوها یا غذاها شدیداً ناراحت می شوند. ویار غذایی شدیدترین نوع ویار در حاملگی است. خاک رس، برفک یخچال و تکه های یخ شایع ترین موادی هستند که زنان باردار مایلند از آن مصرف نمایند.

خستگی و خواب آلودگی: در اوائل حاملگی بیشتر زنان احساس خستگی و خواب آلودگی می کنند و مایلند مدت زمان بیشتری بخوابند. معمولاً این حالت بعد از هفته ۱۶ بارداری بر طرف می شود و اهمیت خاصی ندارد.

تکرر ادرار: در ابتدای بارداری معمولاً به علت بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روی مثانه دفعات ادرار کردن بیشتر می شود. بعدها ممکن است به علت تغییر وضع رحم و خارج شدن آن از لگن، فشار آن بر مثانه کم تر شده و این حالت از بین برود. ولی در اواخر حاملگی با پائین آمدن سر جنین به داخل لگن و فشار ناشی از آن دوباره تکرر ادرار دیده می شود. در صورتی که تکرر ادرار همراه با سوزش و درد زیر شکم باشد نشانه عفونت ادراری است و باید توسط پزشک درمان شود.

احساس ضعف و سستی: به علت تغییرات هورمونی ناشی از حاملگی ممکن است مادر احساس ضعف و بی حالی کند. استفاده از هوای تازه و محیط آرام و دور از ازدحام، تنفس عمیق، انجام حرکات ورزشی سبک، خودداری از تغییر وضعیت ناگهانی در رفع مشکل کمک کننده خواهد بود.

یبوست: بسیاری از زنان باردار که در حالت عادی اجابت مزاج طبیعی دارند ممکن است به علت تغییرات هورمونی و کند شدن حرکات روده ها و کاهش فعالیت جسمانی دچار یبوست شوند. مصرف زیاد مایعات در طول روز (حدود ۶ لیوان)، استفاده از میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذاهای حاوی فیبر زیاد مثل نان سبوس دار و عادت به اجابت مزاج در ساعات معینی از روز در جلوگیری از این حالت مؤثر است. مصرف ملین در حاملگی توصیه نمی شود.

تنگی نفس: به علت بزرگ شدن رحم و افزایش فشار آن به قسمت پائین ریه ها و نیز اثرات هورمون های مربوط به بارداری، ممکن است مختصری احساس تنگی نفس و تند شدن تنفس ایجاد شود. گذاشتن چند بالش زیر سر و شانه ها و قرار گرفتن به حالت نیمه نشسته و اجتناب از پرخوری در کاهش تنگی نفس به هنگام خوابیدن کمک می کند. در ماه آخر بارداری، زمانی که سر جنین در داخل لگن قرار می گیرد، نفس کشیدن برای مادر راحت تر می شود.

زیاد شدن ترشحات مهبل: در طول حاملگی ترشحات واژن افزایش می یابد که این ترشحات سفید رنگ یا بی رنگ، غلیظ و بدون بو است. در این موارد لازم است ناحیه تناسلی خشک نگه داشته شده و بهداشت رعایت شود. در صورتی که رنگ ترشحات زرد یا مایل به سبز شده با خارش، سوزش و یا بوی بد همراه باشد درمان توسط پزشک ضروری است.

گرفتگی عضلات پا: از نیمه دوم بارداری به علت بزرگی رحم و فشار روی اعصاب، گرفتگی عضلات پاها شایع است. گرم نگه داشتن و ماساژ عضلات، باعث کم شدن گرفتگی عضلات و کاهش درد می شود. چنانچه با این اقدامات گرفتگی عضلات رفع نشد، ممکن است علت آن، اختلال کلسیم باشد، مراقبت توسط پزشک ضروری است.

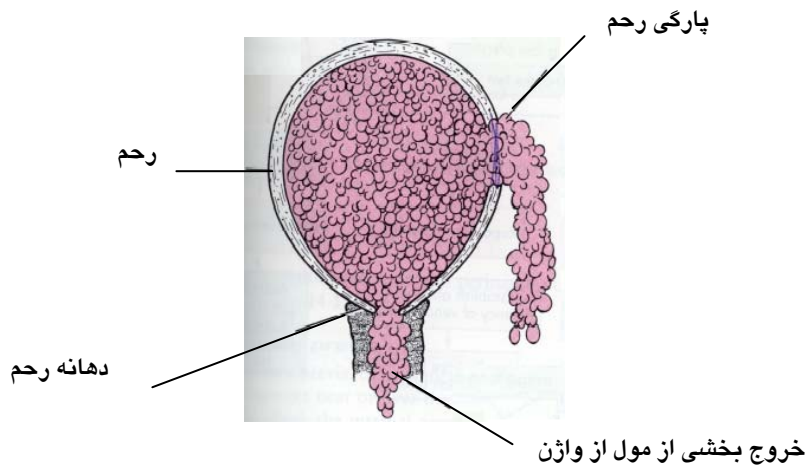
درد کشاله ران: با بزرگ شدن رحم ممکن است خانم باردار، دردهای مبهمی را در کشاله ران احساس کند. اغلب این دردها با استراحت رفع می شود. اگر این گونه دردها تداوم داشت، بررسی توسط پزشک ضروری است.

بی خوابی: با افزایش هفته های حاملگی به علت بزرگ شدن شکم، حرکات جنین، درد پشت، کمر درد و تنگی نفس به تدریج خوابیدن برای مادر مشکل می شود. نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از رفتن به بستر، گذاشتن کیسه آب گرم بر روی پاها، چند دقیقه قدم زدن در هوای آزاد، حمام کردن با آب گرم و نخوردن غذاهای سنگین در رفع بی خوابی مؤثر است. ضمناً بزرگی شکم و فشار رحم به رگ های خونی که از پشت آن رد می شود، باعث اختلال در رسیدن خون به جنین و بعضی اندام های زن باردار می شود. لذا زن باردار باید در هفته های آخر از خوابیدن به پشت خودداری کند.

حاملگی های در معرض خطر

سقط جنین: خروج حاصل بارداری قبل از شروع هفته ۲۲ حاملگی را سقط گویند. مهم ترین علامت سقط خونریزی می باشد. چنانچه این اتفاق پس از سه ماهه اول بارداری اتفاق بیافتد آنرا سقط دیررس نامند. حداقل سه بار سقط متوالی، سقط مکرر است.

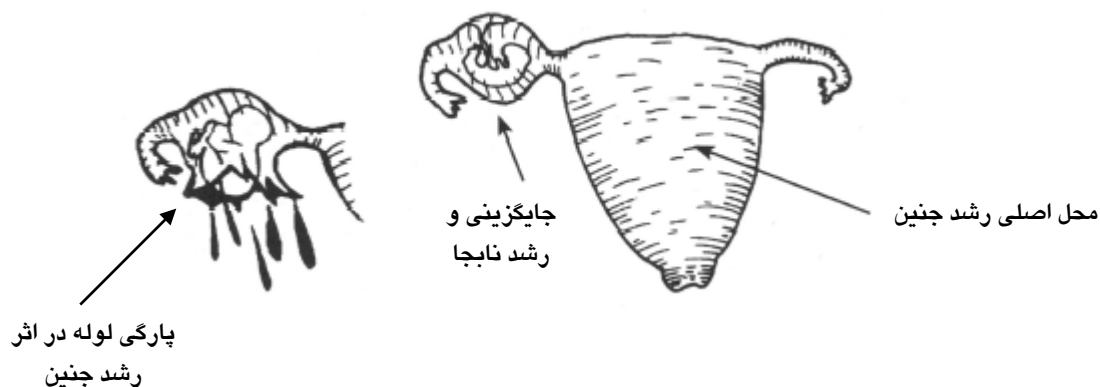
مول یا بچه خوره: عدم تشکیل یا تشکیل ناقص جفت و جنین را مول می گویند. در این حالت محصول حاملگی مانند خوشه انگور به نظر می رسد. خونریزی بیشتر در ۳ ماهه اول حاملگی که ممکن است به صورت لکه بینی یا خونریزی متوسط تا شدید باشد، بزرگ بودن اندازه رحم نسبت به سن حاملگی، عدم فعالیت جنین و افزایش فشار خون قبل از هفته ۲۴ حاملگی از علائم مول می باشد.



حاملگی خارج از رحم: بعضی اوقات تخم بارور شده در خارج از حفره رحم کاشته شده و رشد می نماید که آن را حاملگی خارج از رحم می گویند و شایع ترین محل آن لوله رحم است. از آنجائی که لوله ها برای نگهداری تخم بارور شده بسیار باریک هستند و مانند رحم حالت ارتجاعی ندارند، بعد از چند هفته پاره شده و منجر به درد شدید و خونریزی می شود.

خونریزی توام با درد شکمی در هفته های اول بارداری از علائم حاملگی خارج رحمی است. البته این عارضه می تواند تا قبل از پاره شدن، کاملاً "بدون علامت باشد. در صورت پاره شدن معمولاً علائم شوک ظاهر می شود.

بی توجهی به علائم فوق بسیار خطرناک بوده و منجر به مرگ مادر در اثر خونریزی داخل شکمی می شود. لذا با مشاهده علائم باید مادر فوراً به بیمارستان ارجاع شود. حاملگی خارج رحم را به اختصار با حروف EP (Ectopic Pregnancy) نشان می دهند.



جدا شدن زودرس جفت (دکولمان): جدا شدن پیش از موقع جفت از دیواره رحم را دکولمان می گویند. خونریزی توام با دل درد شدید در نیمه دوم بخصوص سه ماهه آخر بارداری، می تواند علامتی از جدا شدن زودرس جفت باشد. گاهی اوقات ممکن است مادر خونریزی داخلی کند. لذا توجه به علائم شوک ضروری است. جدا شدن زودرس جفت یکی از خطرات بسیار زیان آور دوران بارداری است. تاخیر در درمان موجب مرگ مادر، جنین و یا هر دو می شود. بنابراین باید مادر فوراً به پزشک یا ماما ارجاع شود.

جفت سر راهی: گاهی جفت به جای قرار گرفتن در بالای حفره رحم، گردن رحم را می پوشاند. این حالت را اصطلاحاً جفت سر راهی می گویند. در اواخر حاملگی زمانی که دهانه رحم شروع به باز شدن می کند، قسمت و یا تمام جفت قبل از خروج جنین از رحم جدا می شود که باعث خونریزی شدیدی می گردد. جفت سر راهی یکی از عوارض بسیار خطرناک اواخر دوران بارداری است. خونریزی بدون درد در اواخر حاملگی از علائم جفت سر راهی است.

یکی از علائم خطر در بارداری خروج هر مقدار خون از مهبل در طول بارداری است که برحسب سن بارداری به دو نیمه اول و دوم (هرکدام ۲۰ هفته) تقسیم می شود و علل مختلف دارد. خونریزی در نیمه اول حاملگی بخصوص سه ماهه اول اغلب به علت سقط، حاملگی خارج رحم و یا بچه خوره (مول) و در نیمه دوم حاملگی بویژه سه ماهه سوم به علت جدا شدن زودتر از موعد جفت از دیواره رحم و یا پائین قرار گرفتن جفت در رحم اتفاق می افتد که همه این موارد برای مادر و جنین خطر آفرین می باشد.

پره اکلامپسی: پره اکلامپسی از مهم ترین و خطرناک ترین عوارض بارداری برای مادر و جنین است. لذا با مشاهده علائم باید آن را تشخیص داده و درمان نمود. پره اکلامپسی عبارت است از فشار خون بالا همراه با وجود پروتئین (آلبومین) در ادرار و یا فشارخون بالا همراه با ورم اندام ها (ورم دست ها و صورت یا تمام بدن)، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته) و سردرد و تاری دید. اگر این علائم همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند. در صورت عدم درمان در بیمارستان احتمال مرگ مادر و جنین وجود دارد. برخی مواقع تنها راه درمان، ختم بارداری است. وجود فشارخون مزمن، دیابت، چند قلوئی و حاملگی در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال از عوامل زمینه ساز پره اکلامپسی می باشند.

زایمان زودرس: تولد جنین قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری بصورت مرده یا زنده زایمان زود رس است. شروع انقباضات رحمی و دردهای زایمانی در این زمان (قبل از هفته ۳۷) از علائم زایمان زودرس می باشد. در زایمان زود رس به علت نارس بودن جنین، احتمال زنده ماندن نوزاد کمتر می شود. در صورت زنده ماندن، ممکن است نوزاد دچار عارضه شود.

زایمان دیررس: تولد جنین پس از هفته ۴۲ بارداری، زایمان دیررس است. طولانی شدن حاملگی پس از این زمان با خطراتی مانند مرگ جنین در داخل رحم و یا زایمان سخت همراه است.

مرده زائی: مرده زائی عبارت است از به دنیا آمدن جنین مرده بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری که دلایل زیادی دارد مانند وجود عفونت در مادر، بیمار بودن جنین، عدم رشد کافی و صحیح جنین و

حاملگی زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، حاملگی با فاصله کمتر از ۳ سال و حاملگی پنجم و بالاتر، قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر، چند قلوئی، بارداری اول نیز جزو حاملگی های پرخطر محسوب می شود.

علائم خطر بارداری

اکثر حاملگی ها و زایمان ها به خوبی سپری شده و با تولد نوزادی سالم خاتمه می یابد. ولی گاهی حاملگی عارضه دار شده و با مشکلاتی روبرو می شود که بی اعتنایی و غفلت نسبت به آن موجب به خطر افتادن سلامت مادر و جنین می گردد. باید علائم خطر به مادران آموزش داده شود تا با مشاهده هر یک از علائم فوراً با پزشک یا ماما و یا بهورز روستای خود تماس گرفته و یا به بیمارستان یا هر واحد بهداشتی درمانی دیگر مراجعه کنند. همچنین بهورزان نیز در هر بار ملاقات با مادر می توانند با جستجوی این علائم، از بروز ضایعات و عوارض جبران ناپذیر در مادر و نوزاد جلوگیری کنند. این علائم عبارتند از:

- خونریزی یا لکه بینی در هر زمانی از بارداری
- عدم احساس حرکات جنین توسط مادر (بعد از هفته ۲۰ بارداری)
- آبریزش یا خیس شدن ناگهانی
- درد و ورم یک طرفه ساق و ران
- درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل (هر نوع احساس درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها)
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- استفراغ شدید و مداوم یا خونی
- تب و لرز
- تنگی نفس و تپش قلب
- ورم دست ها و صورت یا تمام بدن
- سردرد و تاری دید
- افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)
- عفونت، آبسه و درد شدید دندان

❖ **در صورت برخورد با حاملگی های در معرض خطر و یا مشاهده علائم خطر به چارت مراقبت های بارداری در بخش دوم کتاب مراجعه گردد.**

تمرین:

- مراقبت های دوران بارداری چه اهمیتی دارد؟
- مراقبت هائی دوران بارداری شامل چه مواردی است؟
- دفعات مراقبت دوران بارداری را بر حسب هفته بیان کنید.
- روش تعیین تاریخ تقریبی زایمان چیست؟
- روش محاسبه نمایه توده بدنی چیست؟
- روش تعیین سن تقریبی حاملگی را از طریق معاینه شکم توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.
- نحوه شنیدن صدا و شمارش ضربان قلب جنین را توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.
- مکمل های غذائی لازم در بارداری را نام برده و مدت زمان مصرف آن ها را توضیح دهید.
- در دوران بارداری چه آموزش هائی را لازم می دانید؟
- شکایات شایع بارداری را نام ببرید.
- حاملگی های در معرض خطر را نام ببرید.
- علائم خطر در بارداری را نام ببرید.

فصل پنجم

زایمان در منزل

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- علائم زایمان را توضیح دهید.
- دردهای واقعی و دردهای کاذب زایمان را شرح دهید.
- قرار، حالت، نمایش و وضعیت جنین را توضیح دهید.
- موارد منع معاینه واژینال را نام ببرید.
- وضعیت لگن را با انجام معاینه مشخص کنید.
- با معاینه اولیه وضعیت زایمان مادر را تشخیص دهید.
- فاز نهفته و فعال و مراحل مختلف زایمان را مشخص کنید.
- آمادگی های مورد نیاز برای انجام زایمان را توضیح دهید.
- مراقبت های معمول زایمان را انجام دهید.
- با مهارت کامل زایمان مادر را انجام دهید.
- علائم خطر زایمان را بنام ببرید و اقدام مناسب در هر مورد را شرح دهید.
- فوریت های زایمان را توضیح دهید.
- علائم خروج جفت را توضیح دهید.
- با مهارت کامل، به خروج جفت کمک کنید.
- جفت را بررسی کنید.
- با مهارت کامل، در موارد خونریزی پس از زایمان اقدام کنید.
- مراقبت های معمول از مادر و نوزاد را در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام دهید.
- موارد خطر در زمان بلافاصله پس از زایمان برای مادر و نوزاد را نام ببرید.
- شرایط انجام زایمان در منزل را توضیح دهید.
- آمادگی های مورد نیاز برای زایمان در منزل را توضیح دهید.
- وسایل مورد نیاز برای انجام زایمان در منزل را توضیح دهید.
- نکات برقراری ارتباط را شرح دهید.
- احتیاطات همه جانبه را توضیح دهید.

توجه: اصطلاحاتی که در این بخش آمده است، فقط به منظور آشنایی بهورز بوده و نیاز به حفظ کردن آنها نیست.

آماده کردن منزل برای انجام زایمان

از آنجا که هر زایمان با خطر مواجه است، بنابراین زایمان در منزل توصیه نمی شود. هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود. در صورتی که دسترسی به مرکز زایمانی برای مادر میسر نیست و علی رغم تشویق بهورز، مادر تمایل به انجام زایمان در منزل دارد، شرایط انجام زایمان در منزل باید با توجه به توضیحاتی که داده می شود، فراهم گردد.

تعریف زایمان

به تولد نوزاد بصورت زنده یا مرده پس از شروع هفته ۲۲ بارداری زایمان می گویند. عوامل زیادی در بدن مادر و جنین دست اندرکارند تا جنین آمادگی خروج از بدن مادر را در زمان مقرر بدست آورد. طبیعت زایمان درد است و علت اصلی درد زایمان، انقباضات رحم است که باعث باز و نرم شدن دهانه رحم می شود تا جنین بتواند از رحم به داخل مهبل (واژن) وارد و سپس از این مجرا خارج شود.

علائم زایمان

به طور طبیعی، دردهای زایمانی نشانه وقوع زایمان است، اما باید دردهای واقعی زایمان را از دردهای کاذب تشخیص داد. علاوه بر درد، خروج مقدار اندکی از ترشحات چسبناک آغشته به خون از مهبل (در صورتی که مادر طی ۴۸ ساعت قبل، معاینه مهبل نشده باشد) نیز نشانه قابل اعتمادی از وقوع زایمان است. به این ترشحات «نمایش خونی» گفته می شود.

اگر چه به طور طبیعی پارگی کیسه آب در مرحله اول زایمان اتفاق نمی افتد، ولی وقوع آن نشانه زایمان و یا تصمیم گیری برای ختم بارداری است. پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی را «پارگی زودرس کیسه آب» گویند.

شروع دردهای زایمانی اصطلاحاً با کلمه «لیبر» تعبیر می شود. بنابراین وقتی کلمه لیبر به کار می رود، به این معناست که مادر وارد مراحل زایمانی شده است. پس به طور کلی سه علامت زایمان عبارت است از:

- دردهای زایمان

- ترشحات چسبناک آغشته به خون (نمایش خونی)

- آبریزش یا پارگی کیسه آب

دردهای واقعی و کاذب زایمان: تفاوت دردهای واقعی از دردهای کاذب در جدول زیر مشاهده می شود:

دردهای واقعی	دردهای کاذب
فاصله انقباض های رحم منظم است	فاصله انقباض های رحم نامنظم است
فاصله بین انقباض ها کم می شود	فاصله بین انقباض ها کم نمی شود
درد در ناحیه کمر و شکم است	درد بیشتر در پایین شکم است
شدت انقباض ها بیشتر می شود	شدت انقباض ها تغییر نمی کند
دهانه رحم متسع می شود	دهانه رحم متسع نمی شود

با توجه به آنچه گفته شد، درد های زایمانی به صورت انقباضات رحمی است (در این حالت مادر می گوید که درد هایی در کمر و پشت می گیرد و ول می کند). این انقباضات را می توان با گذاردن دست بر روی رحم از روی شکم لمس کرد. با لمس انقباض لازم است مدت هر انقباض از شروع تا پایان، فاصله انقباض با انقباض بعدی و قدرت هر انقباض را تعیین کرد. دردهای زایمان می تواند در زمانی زودتر از زمان مورد انتظار برای زایمان شروع شود که منجر به زایمان زودرس شود. قبل از شرح مراحل زایمان، لازم است در مورد اصطلاحات مربوط به موقعیت جنین در کانال زایمانی توضیحاتی داده شود.

حالت یا شکل جنین

در هفته های آخر بارداری، جنین شکل خاصی به خود می گیرد که «حالت» نامیده می شود. در این زمان جنین توده ای تخم مرغی شکل می سازد که متناسب و منطبق با شکل حفره رحم است. جنین به طوری روی خود خم می شود که پشت او به طور مشخص حالت محدب پیدا می کند. سر کاملاً خم شده به گونه ای که چانه تقریباً در تماس با قفسه سینه قرار می گیرد. ران ها نیز بر روی شکم و ساق ها در قسمت زانو خم می شود. بازوها به صورت متقاطع روی قفسه سینه و یا به موازات پهلوها است. بندناف در فضای بین اندام ها قرار می گیرد.

قرار، حالت، وضعیت و نمایش جنین: تعیین موقعیت جنین در کانال زایمان بسیار مهم است. برای این کار لازم است با انجام معاینه مهبل، قرار، نمایش و وضعیت جنین را مشخص کرد.

قرار جنین: محور طولی بدن جنین را نسبت به محور طولی بدن مادر «قرار» می گویند. با توجه به این تعریف، جنین می تواند در دو قرار «طولی» و «عرضی» در کانال زایمان باشد. در قرار طولی، محور طولی بدن جنین با محور طولی بدن مادر موازی است. در ۹۹ درصد زایمان ها، قرار جنین طولی است (سر جنین در سمت پایین و ته جنین در سمت بالا قرار دارد).



قرار طولی در نمایش سر

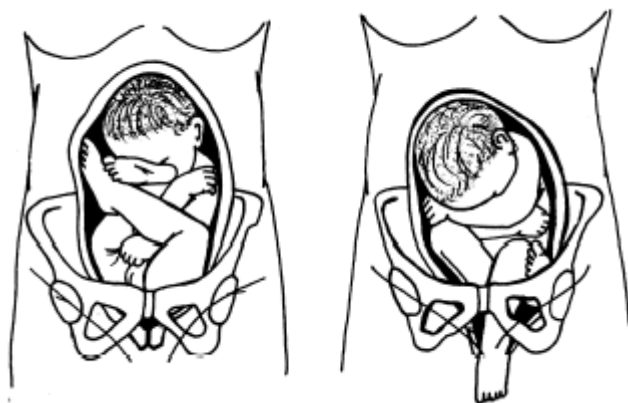
قرار طولی در نمایش ته

در قرار عرضی، محور طولی بدن جنین بر محور طولی بدن مادر عمود است (سر جنین در یک پهلوئی مادر و ته جنین در پهلوئی دیگر قرار گرفته است).



قرار عرضی

نمایش جنین: بخشی از بدن جنین را که در مجرای زایمان جلوتر از بخش های دیگر قرار دارد یا نسبت به سایر قسمت های بدن به مجرای زایمان نزدیک تر است «**عضو نمایش**» گویند. عضو نمایش را می توان در معاینه مهبلی تشخیص داد و در واقع نشان دهنده «**نمایش**» جنین است. بدین ترتیب اگر عضو نمایش در قرار طولی سر باشد به آن «**نمایش سفالیک**» گفته می شود و در این حالت ابتدا سر جنین از مجرای زایمان خارج می شود. اگر عضو نمایش در قرار طولی ته باشد به آن «**نمایش بریج**» گفته می شود.



«نمایش ته در اشکال مختلف»

در قرار عرضی عضو نمایش «**شانه**» است.

۱- نمایش سر(سفالیک): این نمایش بر اساس ارتباط سر با بدن جنین طبقه بندی می شود. در حالت یا شکل طبیعی جنین، سر کاملاً بر روی قفسه سینه خم شده است. در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبلی لمس می شود، پس سر است که «**نمایش اکسی پوت**» نامیده می شود. اگر سر جنین از حالت خمیدگی طبیعی خارج شود، می تواند نمایش های مختلفی را ایجاد کند. به طوری که اگر سر کاملاً به سمت پشت بدن برگردد به طوری که ملاح پس سری در تماس با پشت بدن قرار گیرد، عضو **نمایش صورت** خواهد بود. برحسب میزان برگشتن سر به سمت پشت، ممکن است **نمایش ابرو** و **پیشانی** نیز ایجاد شود که معمولاً پایدار نبوده و به یکی از دو نمایش پس سر یا صورت تبدیل می شود.

۲- نمایش ته (بریج): این نمایش برحسب اینکه ران و ساق پاهای جنین در چه موقعیتی قرار گیرد، سه شکل کلی پیدا می‌کند. شایع‌ترین حالت آن به صورتی است که ران‌ها روی شکم خم شده و کل پاها بر روی سطح جلویی شکم قرار گرفته‌اند. در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبل می‌لمس می‌شود، ته جنین است.

توجه:

برای انجام زایمان در منزل، هر نمایشی به غیر از نمایش سر غیر طبیعی است و به ارجاع مادر به بیمارستان نیاز دارد.

زایمان طبیعی در منزل در قرار طولی به شرط آن که نمایش سر جنین نیز «پس سر» باشد، امکان پذیر است. در صورتی که قرار جنین «عرضی» باشد و یا نمایش جنین در قرار طولی «ته» باشد، باید مادر را به بیمارستان و متخصص ارجاع کرد.

وضعیت جنین: قرار گرفتن بخشی از عضو نمایش جنین نسبت به طرف راست یا چپ بدن مادر را «وضعیت» می‌نامند. این بخش از عضو نمایش جنین در نمایش سر، پس سر یا ملاح پس سری است. در نمایش صورت، چانه جنین و در نمایش ته، استخوان ساکروم جنین است. با توجه به تعریف بالا، برای انجام زایمان طبیعی در منزل، باید در معاینه مهبل دو وضعیت پس سر در قسمت جلو و چپ (اکسی پوت قدامی چپ) و وضعیت پس سر در قسمت جلو و راست (اکسی پوت قدامی راست) را نمایش سر تشخیص داد. تشخیص سایر وضعیت‌ها به این معنا که اگر در معاینه، صورت یا ته جنین لمس شد، نیازمند ارجاع مادر به بیمارستان است.

حرکات جنین در لیبر

با توجه به ابعاد نسبتاً بزرگ سر جنین رسیده (ترم)، جنین باید برای عبور از کانال زایمانی که شکل یکنواختی ندارد در وضعیت خود تغییراتی بدهد. این تغییرات را حرکات اصلی لیبر می‌گویند. حرکات لیبر با عبور بزرگ‌ترین قطر عرضی سر جنین از دهانه ورودی لگن شروع می‌شود که به این حالت «آنگازمان» می‌گویند. پایین آمدن یا نزول سر جنین نیز که از حرکات اصلی لیبر محسوب می‌شود همزمان با آنگازمان شروع و تا مرحله پایانی زایمان که منجر به خروج جنین می‌شود، ادامه دارد. در مسیر حرکت جنین به سمت دهانه مهبل برای تطابق با کانال زایمانی، چرخش‌هایی نیز در سر بوجود می‌آید. آخرین چرخش سر جنین، پس از خروج سر از کانال زایمانی اتفاق می‌افتد. در این چرخش، سر جنین به وضعیت اولیه خود بر می‌گردد. در این حالت است که شانه‌ها پدیدار شده و با زایمان شانه‌ها، سایر قسمت‌های بدن به سرعت خارج می‌شود.

ساختمان سر جنین و تغییرات شکل سر جنین

آگاهی مختصر از ساختمان سر جنین برای تشخیص نمایش سفالیک و وضعیت آن ضروری است. سر جنین از دو استخوان پیشانی در جلو، دو استخوان گیجگاهی در طرفین، دو استخوان آهیانه در بالا و یک استخوان پس سری در عقب تشکیل شده است. محل اتصال این استخوان‌ها را «شیار یا درز» می‌گویند. در محل اتصال دو استخوان آهیانه و پیشانی، ملاح بزرگ یا قدامی قرار گرفته که لوزی شکل

است. در محل اتصال دو استخوان آهیانه و استخوان پس سر، ملاج کوچک یا خلفی قرار دارد که مثلثی شکل است. همانطور که در مطالب قبل گفته شده است، در معاینه مهبلی لازم است که ملاج کوچک یا پس سری در نمایش سر تشخیص داده شود.



شکل سر جنین در نمایش سر در اثر فشارهای وارده تغییر می کند. ممکن است در زایمان طولانی و قبل از باز شدن کامل دهانه رحم، قسمتی از سر جنین که درست روی دهانه رحم قرار دارد متورم شود.



در حالت دیگری از تغییر شکل سر جنین، استخوان های سر روی هم قرار می گیرند.

در معاینه مهبلی باید به تغییرات سر جنین توجه داشت. در صورت عدم تشخیص صحیح موقعیت جنین در کانال زایمانی، مادر باید به مرکز زایمانی یا بیمارستان ارجاع شود.

تشخیص نمایش، قرار و وضعیت جنین

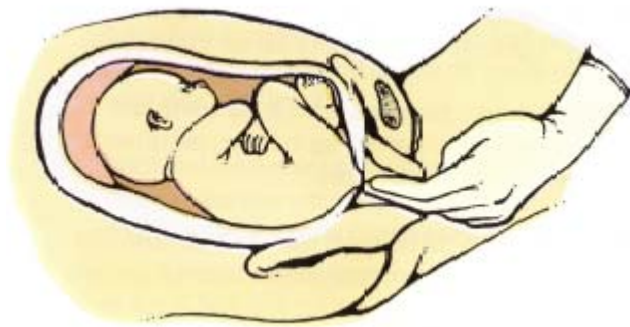
برای تشخیص نمایش و قرار و وضعیت جنین می توان از چند روش شامل معاینه شکم (مانورهای لئوپولد)، معاینه مهبلی، شنیدن صدای قلب جنین استفاده کرد. روش های تشخیصی دیگری نیز مانند سونوگرافی و ... وجود دارد که در حیطه وظایف بهورز نیست.

۱- **معاینه شکم:** معاینه شکم با کمک چهار مانور لئوپولد انجام می گیرد. که در بخش چهارم قسمت "شنیدن صدای قلب جنین" توضیح داده شده است. مادر باید قبل از معاینه، ادرار کند. اجرای این مانورها ممکن است در مادران چاق دشوار باشد.

در هفته های آخر و طی مراحل زایمانی می توان معاینه شکم را انجام داد. با انجام معاینه شکم، می توان اطلاعاتی از نمایش و قرار جنین و میزان پایین آمدن عضو نمایش در کانال زایمانی به دست آورد. با کسب تجربه بیشتر می توان اندازه جنین را نیز تخمین زد.

۲- معاینه مهبل (واژینال): تلاش برای تشخیص موقعیت جنین قبل از لیبر (شروع دردهای زایمانی) بی نتیجه است، زیرا نمی توان عضو نمایش را از راه دهانه رحم بسته لمس کرد. با شروع لیبر و پس از دیلاتاسیون دهانه رحم می توان با معاینه مهبل به شرح زیر اطلاعات قابل قبولی را از موقعیت جنین و وضعیت پیشرفت زایمان به دست آورد:

- پس از قرار دادن مادر در وضعیت مناسب و پوشیدن دستکش، با دو انگشت شست و اشاره یک دست لب ها را کاملاً از هم باز کرده تا دهانه واژن دیده شود. سپس با انگشتان اشاره و میانی دست دیگر وارد مهبل شده و تا عضو نمایش بالا برده می شود. در هنگام معاینه باید از تماس با مقعد جلوگیری شود.
- میزان افسمان (نرم شدن دهانه رحم)، دیلاتاسیون (باز شدن دهانه رحم) ، عضو نمایش، قرار و ایستگاه (محل قرار گرفتن سر جنین هنگام پایین آمدن در کانال زایمانی) مشخص می شود. در حالت آنکاژمان، ایستگاه سر جنین صفر است.
- اگر نمایش سر باشد، انگشتان به سمت عقب مهبل هدایت می شود و از روی سر جنین به طرف استخوان عانه با حرکتی شبیه جارو کشیده می شود. انگشتان در این مسیر می تواند ملاحظه ها را لمس کند. معمولاً در نمایش سر، انگشتان جسم سخت و منظمی را لمس می کند.
- پس از تشخیص ملاحظه پس سری، جایگاه یا میزان نزول سر در داخل لگن را باید تشخیص داد.



در انجام معاینه مهبل باید به نکات زیر توجه شود:

- در صورت وجود خونریزی و وجود ضایعات پوستی ناحیه تناسلی (ضایعات تبخالی شکل) معاینه واژینال انجام نشود؛
- قبل از معاینه، مادر ادرار کند؛
- معاینه در خلوت انجام گیرد؛
- مادر در محل مناسبی به پشت بخوابد و زانوها با فاصله کمی از هم به صورت خمیده قرار گیرد؛
- پوشش مادر رعایت شود؛
- قبل از معاینه دست ها شسته شده و دستکش پوشیده شود؛
- قبل از معاینه، ناحیه تناسلی با محلول ضدعفونی ساو لن شستشو داده شود؛
- در موارد پارگی کیسه آب، معاینه در شرایط استریل (پوشیدن دستکش استریل و شستشوی ناحیه تناسلی با ساو لن) انجام گیرد؛

- در صورت ثابت نبودن سر داخل لگن و پاره شدن کیسه آب هنگام معاینه، باید مطمئن شد که بندناف جلو نیفتاده باشد؛
- اگر سر جنین به طور غیر طبیعی مولدینگ و یا ادم داشته باشد، باید در تعیین ایستگاه سر جنین دقت کافی شود زیرا ممکن است به نظر برسد که سر در ایستگاه صفر قرار دارد در حالی که آنکاژمان صورت نگرفته است؛
- چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه بینی مادر در هفته های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سر راهی می باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید.

۳- بررسی لگن: همزمان با تشخیص موقعیت جنین در کانال زایمانی، لازم است وضعیت لگن نیز بررسی شود. در بررسی به موارد زیر باید توجه کرد:

- قوس استخوان عانه گرد و پهن باشد؛
- خارهای ایسکیال برجسته نباشد؛
- بافت های نرم ناحیه پرینه سفت و غیر قابل کشش نباشد؛
- توده یا ناهنجاری در کانال زایمانی وجود نداشته باشد.

❖ **نکاتی که در بالا اشاره شد، به تمرین عملی زیر نظر مربی نیاز دارد.**

۴- شنیدن صدای قلب جنین: شنیدن صدای قلب جنین به تنهایی نمی تواند اطلاعات با ارزشی بدهد، ولی می تواند نتیجه معاینه شکم را تقویت کند. معمولاً صدای قلب جنین از قسمت محدب (رجوع شود به مبحث حالت یا شکل جنین) که در تماس نزدیک با دیواره رحم است، منتقل می شود. بنابراین صدای قلب در نمایش سر در قسمت میانی بین ناف مادر و در نمایش ته در حد ناف یا اندکی بالاتر به گوش می رسد. در قرار عرضی صدای قلب جنین بیشتر در پهلوها شنیده می شود. برای این که صدای قلب جنین با صدای قلب مادر اشتباه نشود، همزمان با شمارش تعداد ضربان قلب، نبض مادر نیز شمرده می شود. تعداد ضربان قلب جنین بطور طبیعی بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

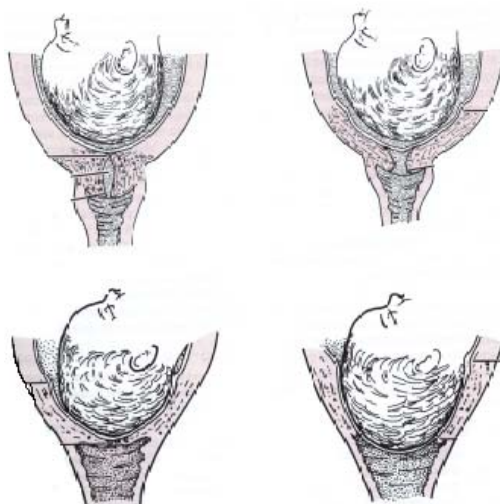
مراحل زایمان

درد زایمان به علت انقباض عضلات رحم ایجاد می شود. بنابراین با وقوع انقباضات واقعی رحم، مراحل زایمان (سه مرحله) آغاز می شود.

مرحله اول زایمان: همانطور که در بخش آشنایی با دستگاه تناسلی زن اشاره شد، رحم از دو قسمت «جسم» و «دهانه» تشکیل شده است. جسم رحم، دو قسمت بالایی و پایینی دارد که به طور متفاوت در هنگام زایمان عمل می کند. در اثر انقباض رحم، قسمت بالایی سفت و سخت می شود و نیروی زیادی را برای پایین راندن جنین ایجاد می کند. به طور همزمان، قسمت پایینی شل و نرم و گشاد شده و یک لوله عضلانی بسیار وسیع با دیواره نازک را تشکیل می دهد که جنین می تواند از این لوله خارج شود.

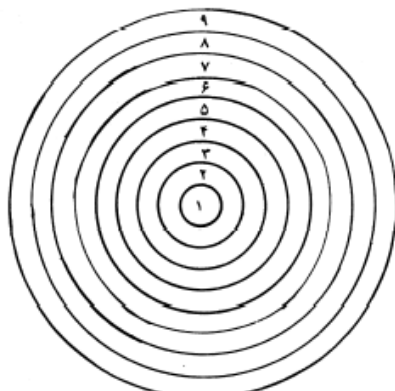
به طور طبیعی مرز میان این دو قسمت مانند یک حلقه در سطح داخلی رحم مشخص می شود. در مواردی که وضعیت انقباضات غیر طبیعی باشد، این حلقه برجسته تر می شود و بر حسب شدت آن ممکن است منجر به پارگی رحم شود.

با پایین آمدن جنین در رحم، فشار عضو نمایش جنین که معمولاً سر جنین است باعث باز شدن و نرم شدن دهانه رحم می شود. به باز شدن دهانه رحم «دیلاتاسیون» و به نرم شدن آن « افسمان» می گویند.



باز و نرم شدن دهانه رحم

دهانه رحم باید تا ۱۰ سانتی متر باز شود. از این رو مرحله اول زایمان از زمان باز و نرم شدن دهانه رحم تا کامل شدن آن به میزان ۱۰ سانتی متر تعریف می شود. اندازه گیری افسمان و دیلاتاسیون از مهمترین اجزای تشخیص مرحله زایمان است که با انجام تمرین زیاد می توان آن را آموخت.



مراحل مختلف باز شدن دهانه رحم به سانتیمتر



باز شدن کامل دهانه رحم

فاز فعال و فاز نهفته: مرحله اول زایمان، خود به دو مرحله یا فاز تقسیم می شود.

فاز نهفته از زمان شروع درد های واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم به میزان ۳ تا ۴ سانتی متر گفته می شود. در خانم های چندزا که پس از زایمان، دهانه رحم ممکن است به اندازه یک یا دو انگشت باز باشد (کُل مولتی پار)، اطمینان از شروع دردهای واقعی زایمان برای تشخیص فاز نهفته به منظور جلوگیری از طولانی شدن این فاز مهم است. نکاتی که باید در این فاز در نظر گرفت عبارت است از:

- مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد و حتی راه برود؛
- خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بپاشامد؛
- به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود؛
- زمان مورد انتظار برای این فاز ۸ ساعت است و طولانی تر شدن آن نیاز به ارجاع مادر دارد؛
- به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر **(طبق چارت ارزیابی اولیه زایمان در منزل در بخش دوم کتاب)** باید توجه شود؛
- صدای قلب جنین و علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود؛
- درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود؛
- انقباضات رحم هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه کنترل می شود.

فاز فعال از زمان باز شدن دهانه رحم به میزان ۳ یا ۴ سانتی متر تا باز شدن کامل آن یعنی ۱۰ سانتی متر است. نکاتی که باید در این فاز در نظر گرفت عبارت است از:

- مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد؛
- خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بپاشامد؛
- به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود؛
- در صورت پارگی کیسه آب، معاینه مهبل در فواصل زمانی کوتاه توصیه نمی شود؛
- به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر **(طبق چارت ارزیابی اولیه زایمان در منزل در بخش دوم کتاب)** باید توجه شود؛
- علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود.
- درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود؛
- انقباضات رحم هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه کنترل می شود؛
- صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه شنیده می شود. شمارش تعداد ضربان قلب جنین باید در انتهای هر انقباض و بلافاصله پس از آن ارزیابی شود.

ترس از درد زایمان، خستگی و اضطراب عوامل مهمی است که می تواند روند پیشرفت زایمان را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین باید به وضعیت روحی و روانی مادر نیز توجه کرده و در هر مرحله اطمینان او را جلب نمود.

کنترل انقباضات رحم: برای کنترل انقباضات رحم، باید مدت، شدت و قدرت هر انقباض و فاصله زمانی بین دو انقباض رحم را تشخیص داد. برای تعیین وضعیت انقباضات، معاینه کننده در حالی که کف دست خود را بدون فشار بر روی رحم قرار داده است، زمان شروع هر انقباض را معین می کند. با توجه به

سفتی رحم، شدت انقباض اندازه گیری می شود. در اوج انقباض موثر، شست یا سایر انگشتان دست به راحتی در رحم فرو نمی رود. به زمان خاتمه هر انقباض نیز باید توجه کرد. مشخصات انقباض خوب در فاز فعال این است که در مدت ۱۰ دقیقه حداقل ۳ انقباض رحم وجود داشته باشد و هر انقباض به مدت ۴۵ ثانیه طول بکشد.

پاره کردن مصنوعی کیسه آب (آمنیوتومی): در فاز فعال زایمانی، در صورتی که هنوز کیسه آب سالم بوده و سر جنین کاملاً در داخل لگن ثابت (فیکس) است، می توان برای تسریع زایمان کیسه آب را پاره کرد. برای این کار ابتدا صدای قلب جنین را گوش کرده و سپس مادر در وضعیت خوابیده به پشت (وضعیت معاینه) قرار داده می شود. با رعایت شرایط استریل، دستکش استریل پوشیده و با سر سوزن بر روی قسمتی از کیسه آب که بر روی سر جنین برجسته شده (کیسه آب بمبه) خراش کوچکی داده می شود. در این حالت کیسه آب پاره می شود. پس از پایان کار، مجدداً صدای قلب جنین شنیده می شود.

توجه:

نکته ۱: پس از پاره کردن کیسه آب، به رنگ مایع آن دقت شود. خونی یا سبز بودن مایع علامت خطر است.
نکته ۲: توجه داشته باشید در صورتی که سر جنین داخل لگن ثابت نباشد، احتمال جلو افتادن بندناف زیاد است.

آماده سازی ولو و پرینه: با شروع مرحله دوم زایمان، لازم است ولو و پرینه از بالا به پایین شستشو داده شود. چین های ولو به دقت باید تمیز شود. اگر گاز شستشو از روی ناحیه مقعد عبور کرد، باید آن را تعویض کرد. در صورت نیاز موهای نیمه پایین ناحیه تناسلی کوتاه می شود.

مرحله دوم زایمان: این مرحله با باز شدن کامل دهانه رحم شروع می شود و با خروج کامل جنین خاتمه می یابد. پایین آمدن سر جنین در کانال زایمانی بعد از دیلاتاسیون ۷ سانتی متر باید در هر ساعت یک سانتی متر باشد. بنابراین در این مرحله سر جنین باید کاملاً مسیر کانال زایمانی را به سمت دهانه مهبل برای خروج سیر کند. هر گونه وقفه یا مانعی در این مسیر می تواند منجر به مرگ جنین شود. هوشیاری کامل ماما در این زمان بسیار اهمیت دارد. با نزدیک شدن سر جنین به انتهای مهبل، فشار زیادی بر اعصاب این ناحیه وارد می شود، بنابراین مادر دردهای بیشتری را تجربه می کند. راهنمایی مادر برای تنفس صحیح در بین انقباضات و زور زدن (مانند اجابت مزاج) همزمان با شروع انقباضات به خروج جنین و جلوگیری از خستگی مادر کمک می کند.

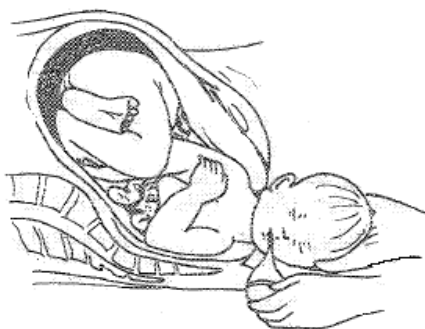
به مادر باید آموزش داد که به محض شروع یک انقباض، یک نفس عمیق بکشد و در حالی که نفس خود را نگه داشته است مانند هنگام دفع مدفوع، به پایین فشار آورد. بهتر است پاهای مادر در وضعیت نیمه خمیده قرار گیرد تا بتواند به زور زدن کمک کند. پس از پایان انقباض، مادر باید استراحت کند. حالت چمباتمه یا استفاده از یک بالش می تواند به کوتاه کردن این مرحله کمک کند.

در صورتی که آمنیوتومی نشده باشد، به طور طبیعی کیسه آب در مرحله دوم پاره می شود. در هنگام پارگی کیسه آب باید به رنگ آن از نظر وجود خون و آغشته بودن به مکنونیوم (مدفوع سبز تیره نوزاد) دقت شود. پایین آمدن سر جنین در پشت ناحیه پرینه منجر به کشیده شدن و برجسته شدن آن شده به طوری که پوست این ناحیه شفاف و براق می شود. در این زمان سر جنین از دهانه مهبل قابل دیدن است. مهم ترین کار در این مرحله، کمک به خروج سر جنین است. که با قرار دادن یک دست بر روی قسمت پایینی ناحیه پرینه و کشیدن آن به سمت عقب برای وارد کردن فشار رو به بالا (به طرف چانه جنین) و با گذاشتن دست دیگر در قسمت بالایی پرینه و حمایت سر جنین به خروج ملایم سر بدون آن که منجر به پارگی پرینه شود، کمک می کند.

❖ **انجام این مانور نیاز به آموزش مربی و تمرین دارد.**



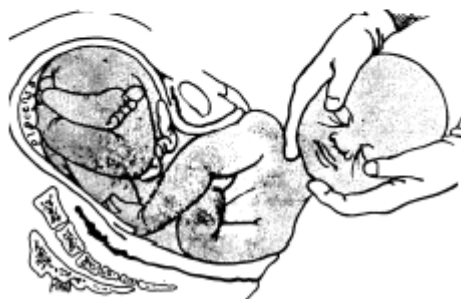
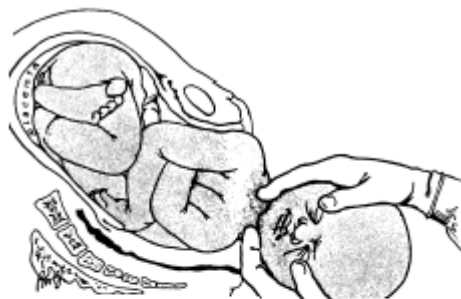
با خروج سر جنین، دردهای مادر تا حد زیادی کاهش پیدا می کند. به طور طبیعی سر جنین پس از خروج، به سمت راست یا چپ به دنبال چرخشی که از ابتدا در داخل لگن مادر داشته است، چرخش پیدا می کند. بنابراین بلافاصله پس از خروج سر و تا زمان چرخش خود به خودی، ترشحات دهان و بینی نوزاد با پوار باید تمیز شود.



سپس با انجام مانور، شانه های نوزاد خارج می شود. ابتدا با قرار دادن دست ها در دو طرف سر و گردن و کشش ملایم به سمت پایین، شانه قدامی خارج می شود و بلافاصله با بالا آوردن مختصر سر و گردن، شانه خلفی آزاد و خارج می شود. به دنبال زایمان شانه قدامی باید انگشت را از گردن نوزاد عبور داده تا اطمینان حاصل شود که بدن ناف به دور گردن پیچیده نشده است. چنانچه هنگام خروج سر جنین، بدن ناف به دور گردن پیچیده شده است، ابتدا باید به آرامی بند ناف را از روی سر لغزاند تا از روی سر بگذرد. اگر این کار به آسانی انجام نمی شود، دو نقطه از بند ناف را باید با دو پنس گرفته (کلامپ) و بین این دو نقطه را با قیچی قطع کرد تا بدن ناف آزاد گردد. پس از خروج شانه ها، سایر اعضاء خود به خود

خارج می شود. پس از خروج کامل بدن، بند ناف را کلمپ کرده و نوزاد روی شکم مادر قرار داده می شود. نوزاد باید سریعاً خشک شود و هنگام خشک کردن، باید از نظر وضعیت تنفس ارزیابی شود. اگر نوزاد گریه نمی کند، بد نفس می کشد و یا اصلاً تنفس ندارد، باید سریعاً بندناف را کلامپ کرده و اقدام برای ارجاع فوری نوزاد را شروع کرد.

از قلاب کردن انگشتان در زیر بغل نوزاد خودداری شود زیرا موجب آسیب به اعصاب این ناحیه و یا در رفتگی مفصل شانه می شود.



روش بریدن بندناف: پس از خروج کامل نوزاد، باید دستکش را عوض کرد و با یک پنس بند ناف در فاصله کوتاهی از بدن نوزاد (۴ تا ۵ سانتی متر) و پنس دوم نیز در فاصله کمی از پنس اول کلامپ شود. با قیچی استریل و آغشته به بتادین، بند ناف در فاصله بین دو کلامپ قطع می شود. بندناف بریده شده باید از نظر نشت خون کنترل شود و در صورتی که خون نشت می کند، کلامپ دیگری زده شود. روی بندناف نباید ماده ای گذاشته شود و آن را نباید بانداژ کرد. سپس نوزاد را باید در تماس پوست با پوست بدن مادر قرار داد و بدن و مخصوصاً سر او را به طور کامل پوشانید.

نکاتی که باید در مرحله دوم مورد توجه قرار گیرد عبارت است از:

- ◀ مدت طبیعی برای انجام مرحله دوم زایمان ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شود؛
- ◀ مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت در حالت نیمه نشسته قرار گیرد؛
- ◀ به علائم پیشرفت زایمان و خطر توجه شود؛
- ◀ صدای قلب جنین هر ۱۵ دقیقه شنیده می شود؛
- ◀ فشارخون و نبض مادر هر ۱۵ دقیقه کنترل می شود؛
- ◀ در صورت خروج مدفوع از مقعد، با یک قطعه گاز تمیز و با دقت ناحیه مقعد تمیز شود، طوری که ناحیه تناسلی آلوده نگردد. در صورت نیاز، شان و دستکش تعویض شود؛

◀ هرگز نباید برای سرعت بخشیدن به زایمان، روی شکم مادر فشار وارد کرد. این عمل موجب پارگی رحم و حتی مرگ مادر و جنین می شود؛

◀ در صورت وجود پارگی در کانال زایمانی و خونریزی، پیش از ارجاع مادر، پد یا گاز استریل روی پارگی گذاشته و پاها به هم نزدیک شود؛

◀ نباید زمانی که سر جنین در کانال زایمانی قرار دارد، آن را با زور به سمت جلو و یا عقب کشید؛

◀ پس از خروج کامل نوزاد، هرگز او را از پاهایش آویزان نکنید؛

◀ درجه حرارت بدن نوزاد به سرعت کاهش می یابد. نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شان های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شان های خشک و گرم و سر او را با کلاه بپوشانید. از مناسب بودن دمای اتاق (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد) مطمئن شوید.

امروزه روش هایی برای کاهش درد زایمان با استفاده از شل سازی بدن، الگوهای صحیح تنفس، ماساژ و ... وجود دارد که به مادر کمک می کند تا بتواند زایمان خود را هدایت کند. این روشها به کسب مهارت های لازم نیاز دارد و باید در دوران بارداری توسط ماما به مادر آموزش داده شود.

مرحله سوم زایمان: از زمان خروج کامل جنین تا زمان خروج کامل جفت، مرحله سوم زایمان نامیده می شود. مرحله سوم معمولاً بین ۱ تا ۵ دقیقه طول می کشد. پس از پایان مرحله دوم با اطمینان از این که قل دیگری وجود ندارد، ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی برای کنترل خونریزی و جمع شدن رحم تزریق می شود. خروج جفت نیاز به زمان دارد، بنابراین تلاش برای خارج کردن جفت قبل از جدا شدن آن از دیواره رحم خطر ناک است. در فاصله زمانی که برای جدا شدن جفت مورد نیاز است، باید مراقبت های مورد نیاز نوزاد (خشک کردن، ارزیابی و امتیاز بندی آپگار و...) را انجام داد. حال عمومی نوزاد باید تا زمان ترک منزل کنترل شود.

برای اطمینان از جدا شدن جفت، توجه به علائم جدا شدن الزامی است. این علائم عبارت است از:

- ۱- کروی شدن و سفت شدن رحم. این نشانه اولین نشانه ای است که ظاهر می شود.
 - ۲- خروج ناگهانی خون از مهبل
 - ۳- بالا کشیده شدن رحم در شکم. چون جفت جدا شده به داخل قسمت پایینی رحم و مهبل می افتد و حجم آن باعث می شود که رحم را به طرف بالا فشار دهد.
 - ۴- بند ناف به مقدار بیشتری از مهبل خارج می شود که نشان می دهد جفت پایین آمده است.
- با مشاهده علائم جدا شدن جفت، همزمان با وارد کردن فشار بر جسم رحم، بند ناف کمی محکم تر نگه داشته شود. رحم با دستی که بر روی شکم قرار دارد به طرف بالا جا به جا می شود. این مانور تا زمانی که جفت به دهانه مهبل برسد تکرار می شود. به محض خروج جفت از دهانه مهبل، فشار دادن روی رحم متوقف و جفت به آرامی به بیرون کشیده می شود. باید مراقب بود تا پرده ها پاره نشود. در صورت پاره شدن، باید آنها را با پنس کلامپ و با کشش ملایمی خارج کرد. می توان از مادر خواست که با زور زدن به پایین به خروج جفت کمک کند.



سپس باید از جمع بودن رحم مطمئن شد. با پایان این مرحله مهبل و ناحیه تناسلی با محلول ضدعفونی شستشو و تمیز می شود. کهنه یا نوار بهداشتی تمیز در ناحیه تناسلی گذاشته و مادر برای استراحت آماده می گردد.

نکاتی که باید در این مرحله مورد توجه قرار گیرد عبارت است از:

- ۱- در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی تزریق شود؛
- ۲- در صورتی که خونریزی شدید نباشد، مدت زمان مورد انتظار برای خروج جفت حداکثر ۳۰ دقیقه پس از خروج نوزاد است؛
- ۳- مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت در حالت نیمه نشسته قرار گیرد؛
- ۴- هرگز نباید قبل از جداسدن جفت، با کشش کنترل نشده بند ناف جفت را خارج کرد. این عمل منجر به برگشتگی یا وارونگی رحم می شود؛
- ۵- تا قبل از خروج کامل جفت باید دقت شود که کلامپ بندناف باز نشود؛
- ۶- جفت و پرده ها و بند ناف را باید از نظر سالم و کامل بودن معاینه کرد؛
- ۷- میزان طبیعی خونریزی پس از زایمان حدود ۵۰۰ میلی لیتر (معادل دو لیوان) است؛
- ۸- کانال زایمانی باید از نظر وجود پارگی بررسی شود.

تزریق عضلانی اکسی توسین قبل از خروج کامل نوزاد و همچنین تزریق وریدی آن در هر زمانی حین زایمان و پس از زایمان ممنوع است. در صورت انجام این عمل، بهورز مسئول عواقب وخیم آن خواهد بود.

بررسی جفت، پرده ها و بند ناف: همانطور که قبلاً اشاره شد، جفت از دو سطح تشکیل شده است. سطحی که به دیواره رحم می چسبد را سطح مادری جفت می گویند. این سطح معمولاً توسط شیارهای عمیقی به قسمت های نامنظمی تقسیم شده که حاوی رگ های خونی است. برای معاینه این سطح باید به سالم بودن تمام قسمت ها توجه کرد. باقی ماندن تمام یا حتی تکه ای از آن در داخل رحم موجب خونریزی شدید و حتی مرگ مادر می شود. سطح دیگر جفت که به بند ناف وصل است، سطح جنینی جفت نامیده می شود. هر دو سطح با پرده های جنینی پوشانده می شود. لازم است پرده ها را نیز از نظر سالم

بودن و نداشتن پارگی بررسی کرد. پرده ها علاوه بر پوشاندن کامل تمام جفت، بیش از یک سوم از سطح جفت نیز امتداد پیدا می کند. همچنین در بررسی جفت باید دقت شود که انتهای رگهای خونی آزاد نباشد. طول بند ناف متفاوت است ولی در بند ناف، مقطع ۳ رگ (دو سرخ رگ یا شریان به شکل دایره های کوچک و یک سیاه رگ یا ورید به شکل دایره ای بزرگ تر) مشخص است.

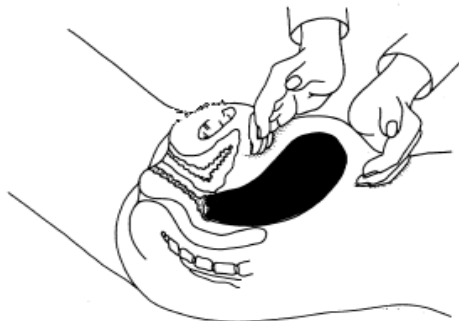
مرحله چهارم زایمان: برخی از افراد، یک ساعت اول پس از زایمان را که ساعتی بحرانی است، به عنوان مرحله چهارم تعریف می کنند. در این مرحله احتمال خونریزی بعد از زایمان بیشتر است. کنترل مادر از نظر علائم حیاتی و میزان خونریزی و جمع بودن رحم اهمیت بسیاری دارد. مرگ بسیاری از مادران در این زمان اتفاق می افتد.

خونریزی پس از زایمان: یکی از مهمترین و شایع ترین عوارض پس از زایمان، خونریزی است. خونریزی پس از زایمان عبارت است از خروج خون از کانال زایمانی به میزان بیش از ۵۰۰ میلی گرم پس از زایمان. این عارضه عمدتاً به علت خروج ناکامل جفت (خارج نشدن کامل جفت و یا باقی ماندن تکه هایی از جفت و حتی پرده ها) ایجاد می شود. در این حالت رحم نمی تواند منقبض شود و یا به عبارتی شل است. بنابراین رعایت تمام نکاتی که برای خروج جفت اشاره شد، ضروری است.

در صورتی که خونریزی پس از زایمان به درستی تشخیص داده نشده و اقدام صحیحی برای آن انجام نشود، منجر به مرگ مادر می شود.

سایر عللی که می تواند منجر به خونریزی پس از زایمان شود، پارگی مجرای زایمان و اختلالات انعقادی است.

ماساژ خارجی رحم برای کنترل خونریزی: یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن قسمت تحتانی رحم قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی ناحیه قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل قسمت تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، رباط ها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این ماساژ فقط در زمانی انجام می شود که قله رحم سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد رحم می تواند موجب خسته شدن و شل شدن رحم شود.



مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان: ساعات اولیه پس از زایمان بسیار حساس و مهم است. خونریزی مهم ترین عارضه این زمان است. بررسی حال عمومی مادر و میزان خونریزی و کنترل علائم حیاتی (فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت) از مراقبت های ضروری است زیرا در صورت بروز عوارض، می توان اقدام مناسب انجام داده و جان مادر را نجات داد. مراقبت هایی که در ۶ ساعت اول پس از زایمان ارایه می شود، در بخش تعاریف مراقبت های زایمان کتابچه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران اشاره شده است.

نکاتی که باید در این زمان در نظر گرفته شود:

- رحم باید از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی شود. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد مگر در حالتی که رحم شل بوده و یا پارگی وجود دارد. میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است؛
- پرینه از نظر وجود هماتوم (توده ای که از جمع شدن خون به وجود می آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر، بررسی می شود؛
- در صورتی که مادر طی یک ساعت اول پس از زایمان مشکلی ندارد، می تواند مایعات و مواد غذایی نیمه جامد مقوی و مغذی مصرف کند؛
- برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مفنامیک اسید برای مصرف در هنگام درد و مکمل های غذایی شامل قرص آهن و مولتی ویتامین ساده یا مینرال تجویز شود؛
- در مادر ارهاش منفی در صورت عدم دسترسی به پزشک یا ماما در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان، آمپول روگام به صورت عضلانی تزریق شود؛
- پیش از ترک منزل مادر (پس از گذشت ۶ ساعت از زایمان)، باید از طبیعی بودن وضعیت مادر و نوزاد اطمینان حاصل شود؛
- در صورت تمایل مادر به بستن لوله های رحمی، شرایط ارجاع او فراهم شود؛
- پیش از ترک منزل مطمئن شوید که مادر ادرار کرده است؛
- آموزش ها و توصیه های لازم به خصوص علائم خطر در مادر و نوزاد ارایه گردد.

❖ **در مورد نحوه انجام زایمان در منزل، مطابق چارت مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان در بخش دوم کتاب اقدام شود.**

مراقبت و ارزیابی نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان: با خروج سر نوزاد، باید بلافاصله صورت را خشک و دهان و بینی را با دقت با پوار تمیز کرد. پس از خروج کامل نوزاد و قبل از کلامپ کردن بند ناف، تمیز کردن دهان و بینی نوزاد سودمند است. به محض اینکه بند ناف جدا شد، نوزاد را در صورت امکان روی شکم مادر گذاشته و سپس باید سریعاً نوزاد را خشک کرد و گرم نگه داشت. نوزاد به طور طبیعی و تقریباً بلافاصله پس از تولد، شروع به تنفس و گریه کردن می کند که نشان دهنده برقراری تنفس فعال است. اکثر نوزادان طبیعی، ظرف چند ثانیه بعد از تولد نفس می کشند.

درجه بندی آپگار: درجه بندی آپگار روشی برای ارزیابی وضعیت عمومی و نیاز نوزاد به احیاء است. سه علامت **تنفس**، **ضربان قلب** و **رنگ پوست** از اجزای درجه بندی آپگار است که برای تصمیم گیری در مورد نیاز به ارجاع فوری نوزاد برای احیاء به کار می رود، دو جزء دیگر **تون عضلانی** و **واکنش به تحریک وضعیت عصبی** را مشخص می کند. به طور معمول عدد آپگار در دقیقه ۱ و ۵ پس از تولد اندازه گیری می شود. اکثر نوزادان در دقیقه اول در شرایط عالی قرار دارند که نشان دهنده آپگار با نمره ۷ تا ۱۰ می باشد.

جدول نمره بندی آپگار

امتیاز ۲	امتیاز ۱	امتیاز ۰	نشانه
بالای ۱۰۰ بار در دقیقه	زیر ۱۰۰ بار در دقیقه	وجود ندارد	تعداد ضربان قلب
خوب، گریه کردن	آرام، نامنظم	وجود ندارد	تلاش تنفسی
اندامها حرکت فعال دارد	اندامها اندکی جمع می شود	شل	تون عضلانی
گریه شدید	تغییر حالت صورت	عدم پاسخ	واکنش به تحریک (تحریک پوستی)
کاملاً صورتی	بدن صورتی، اندامها آبی	آبی، رنگ پریده	رنگ پوست

در صورتی که نوزاد ناله می کند، تنفس های نامنظم دارد، تنفسش خوب نیست یا اصلاً تنفس ندارد و یا رنگ پوست نوزاد بخصوص لب ها، زبان و قسمت مرکزی تنه کبود است نوزاد نیاز به احیاء دارد و باید ارجاع فوری شود. از آنجا که احیاء نوزاد به وسایل و مهارت احتیاج دارد، در صورتی که ارجاع فوری نوزاد به سرعت انجام نمی گیرد، می توانید اقداماتی را که در خانه زیر اشاره شده است را پیش از ارجاع انجام دهید. (اقدامات خانه زیر صرفاً برای مطالعه و آگاهی است)

دستورالعمل احیاء نوزاد: برای احیاء نوزاد لازم است اقدامات زیر انجام شود:

- ۱- جلوگیری از به هدر رفتن گرمای بدن و تأمین گرمای مناسب (طبق دستورالعمل مراقبت از نوزاد)
 - ۲- باز کردن راه هوایی با قرار دادن سر در وضعیت مناسب (گردن نوزاد مختصری به عقب کشیده شود و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت ۲/۵-۲ سانتیمتر زیر شانه های نوزاد قرار گیرد).
 - ۳- خشک کردن و تحریک کردن، دوباره وضعیت دادن
 - ۴- ارزیابی نوزاد
- اول تنفس نوزاد از نظر ناله کردن، توکشیده شدن قفسه سینه و تنفس تند ارزیابی می شود. تنفس طبیعی معمولاً بدون ناله کردن، خودبخود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد.
 - دوم تعداد ضربان قلب را در دقیقه با گوش دادن به صدای قلب از راه قفسه سینه یا لمس ضربان بند ناف شمارش می شود.
 - سوم رنگ پوست نوزاد ارزیابی می شود.

اگر نوزاد طی یک دقیقه اول پس از تولد ناله می کرد، تنفس نداشت و یا تنفس بد داشت، اقدامات احیاء

را به شرح زیر شروع و مقدمات ارجاع فوری را فراهم کنید:

- نوزاد را روی یک سطح (پتو، ملحفه) از قبل گرم شده طوری قرار دهید که سر او کمی پایین تر از بدن قرار گیرد. باید دقیقاً مراقب درجه حرارت بدن نوزاد باشید (خطر هیپوترمی) و هم زمان با تأمین گرمای مناسب (قرار دادن نوزاد در نزدیکی یک وسیله گرماده و یا لامپ روشنایی)، به بهانه بدحالی و انجام عملیات احیاء نباید نوزاد را برهنه نگه داشت.

- ترشحات دهان و بینی نوزاد را به وسیله پوار کاملاً پاک کنید.
- بلافاصله نوزاد را در یک ملحفه (حوله، شان) از قیل گرم شده گذاشته و بدن او مخصوصاً سر و صورت را خشک کنید.
- به ملایمت نوزاد را با زدن ضربه آرام به کف پاها و یا مالیدن پشت، تنه و یا اندام تحریک کنید و از انجام تحریکات دردناک، پاشیدن آب سرد به نوزاد و سرازیر کردن نوزاد خودداری کنید.
- مجدداً تنفس نوزاد را از نظر تعداد تنفس، ناله کردن، تو کشیده شدن قفسه سینه ارزیابی کنید.
- تمامی اقدامات بالا را حداکثر در مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

چنانچه در ارزیابی مجدد، تعداد تنفس نوزاد بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه بود و توکشیدگی قفسه سینه

نداشت:

- نوزاد را روی سینه مادر در تماس پوست با پوست با او قرار دهید.
- هر ۱۵ دقیقه او را از نظر تنفس و گرم بودن ارزیابی کنید.
- به مادر بگویید که احتمالاً حال نوزاد خوب خواهد شد.

اگر در ارزیابی مجدد، نوزاد تنفس نداشت یا تنفس نوزاد کمتر از ۳۰ بار در دقیقه بود و یا توکشیدگی

قفسه سینه داشت: تنفس مصنوعی دهان به دهان را انجام دهید. این روش به دلیل امکان انتقال عفونت و

عدم کارآیی در حال حاضر مورد تأیید نیست ولی در شرایط اضطرار انجام آن ضروری است. روش انجام تنفس دهان به دهان: فرد نفس دهنده بعد از یک بار دم دهان خود را به دهان نوزاد چسبانده و هوای گونه ها را به دهان نوزاد وارد می کند. لازم است این عمل هر ۳ ثانیه یک بار تا ۱۵ دقیقه تکرار شده و در فواصل دمیدن در دهان نوزاد دهان نفس دهنده از دهان نوزاد جدا و دور شود.

اگر پس از ۱۵ دقیقه نوزاد تنفس نداشت، نوزاد مرده است. به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

تمیز کردن بدن و چشم ها: نوزاد را تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکنید و لایه سفید رنگ چربی (ورنیکس) را بر ندارید. چشم ها را تمیز کنید. اگر نوزاد آغشته به خون یا مدفوع سبز رنگ (مکونیوم) است، با پارچه نم دار ولرم یا گرم او را تمیز و خشک کنید.

گذارن نوزاد در آغوش مادر: بلافاصله پس از زایمان، بهتر است در صورت امکان نوزاد را روی شکم مادر گذاشت. اگر به دلایلی قرار دادن نوزاد روی شکم مادر امکان نداشت، باید او را روی یک سطح گرم، تمیز و خشک نزدیک مادر قرار داد.

کلیپس بندناف: بندناف به طول ۳ تا ۴ سانتی متر از سطح شکم به طور استریل کلیپس می شود. بند ناف باید از نظر نشت خون بررسی شود. هیچ ماده ای حتی الکل روی آن نباید قرار داد و از بانداژ کردن نیز خودداری شود.

تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد: بلافاصله پس از زایمان ویتامین ک ۱ را به صورت ۰/۵ میلی گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر تزریق می شود. واکسن های بدو تولد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هیپاتیت طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق می شود.

شروع شیردهی: ضمن اطمینان از کنارهم بودن مادر و نوزاد، باید مادر را برای شروع اولین شیردهی به نوزاد تشویق کرد. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب قند و حتی آب) نباید به نوزاد داده شود.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل می شود. تنفس طبیعی و بدون ناله کردن، خودبه خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

ارزیابی نوزاد قبل از ترک منزل :

الف) نشانه های خطر: نشانه های خطر (وجود تب مادر و یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت نوزاد بیش از ۳۷/۵ و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا کبودی، تونیسیتة عضلانی غیر طبیعی، نبض غیر طبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب نوزاد، استفراغ مکرر، توده در شکم، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن) در نوزاد بررسی می شود.

ب) از نظر صدمات زایمانی و ناهنجاری نوزاد: نوزاد از نظر وجود ناهنجاری ها (شکاف کام بزرگ، ناهنجاری بینی و شکم، خونریزی ناف، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، ابهام تناسلی، مقعد بسته، شکل و اندازه غیر طبیعی و یا توده و تورم اعضای بدن، محل غیر طبیعی گوش ها، عروق نافی غیر طبیعی، دررفتگی مادرزادی لگن، مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم نزول دوطرفه بیضه ها، اندازه غیر طبیعی آلت) و همچنین از نظر وجود صدمات زایمانی (تورم و خون مردگی اعضای بدن، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها، شکل غیر قرینه بینی و صورت) بررسی می شود.

ج) از نظر عفونت های موضعی: علائم عفونت شدید پوست (وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر و یا تاول های بزرگ چرکی) و علائم عفونت خفیف پوست (وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد) و علائم عفونت شدید چشم (تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم) و علائم عفونت خفیف چشم (خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها) در نوزاد بررسی می شود.

د) غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد: وزن نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم و یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته نیاز به بررسی دارد.

در تمام حالات بالا، باید برای نوزاد براساس «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال(مانا)» اقدام شود.

معاینه نوزاد توسط پزشک: نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک بر اساس «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

❖ **برای مراقبت از نوزاد مطابق چارت مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان در بخش دوم کتاب اقدام شود.**

اهمیت زایمان طبیعی

آنچه که تاکنون گفته شد، مراحل انجام زایمان طبیعی است. گاهی ممکن است برای انجام زایمان طبیعی نیاز به استفاده از وسیله باشد. استفاده از این ابزار زمانی است که جنین در معرض خطر قرار دارد. گاهی نیز روند انقباضهای رحم مختل شده و عامل زایمان می بایست مداخله کند. این مداخلات صرفاً در بیمارستان انجام می شود.

در برخی موارد خطر، مادر شرایط لازم برای زایمان طبیعی را ندارد و باید سزارین شود.

سزارین خروج نوزاد از راه برش جراحی روی شکم و رحم است که در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی و یا بیحسی اپیدورال و یا نخاعی انجام می شود.

نکته: اگر خانمی یک بار سزارین شده باشد، لازم است قبل از شروع دردهای زایمانی به پزشک متخصص ارجاع شود.

سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر عوارضی مانند عفونت، خونریزی، صدمات روده ای، تشکیل لخته خون در پاها و اعضای لگن و عوارض بیهوشی دارد و احتمال تولد نوزاد با مشکل تنفسی و وزن کم (به دلیل اشتباه در تخمین سن جنین) نیز افزایش می یابد. همچنین زمان بستری، دوره نقاهت و هزینه سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیشتر است.

بازدید منزل

چنانچه زن باردار مایل است در منزل زایمان کند، باید در صورت نبود علائم خطر شرایط انجام زایمان در منزل شامل امکانات و وسایل مورد نیاز زایمان، وجود وسیله نقلیه آماده برای انتقال مادر و نوزاد (در موارد خطر) و محیط مناسب زایمان فراهم باشد. همچنین باید شرایط مجاز برای انجام زایمان در منزل (طبق چارت مراقبت و آیین نامه زایمان در منزل) در نظر گرفته شود. از این رو بازدید از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری ضروری است. هنگام بازدید از منزل با مادر با خوشرویی برخورد کنید و بدون اجازه وارد منزل نشوید و قبل از ورود به منزل، منظور از بازدید را شرح دهید.

هدف از بازدید به شرح زیر است:

- آشنایی با افراد خانواده و توجه به روابط آنها با یکدیگر؛
- بررسی وضعیت خانواده از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی؛
- آموزش بهداشت متناسب با سطح فکر و درک افراد خانواده در زمینه نظافت و بهداشت محیط منزل، نگه داری و بهداشت مواد غذایی و بهداشت فردی؛
- راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز؛
- آموزش نشانه های زایمان و علائم خطر به مادر و خانواده؛
- یادآوری به مادر در مورد این که حداقل دو نفر از اعضای خانواده (مادر، خواهر، مادرشوهر و ...) را به عنوان کمک حین زایمان انتخاب کند. همچنین همسر وی باید آمادگی لازم را داشته باشد که در شرایط فوری بتواند وی را به بیمارستان انتقال دهد.

شرایط اتاق زایمان در منزل: بهتر است یکی از اتاق های منزل را برای زایمان آماده کرد. بدین منظور به نکات زیر باید توجه شود:

- اتاقی باید برای زایمان انتخاب شود که رو به آفتاب و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان به راحتی آن را گرم نگه داشت؛
- کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز شود و با مشمع یا نایلون بزرگ در موقع زایمان پوشانده شود؛
- درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود؛
- اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. (بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد.)؛
- در دسترس قرار دادن لامپ ۶۰ وات، سرپیچ و سیم رابط برای تأمین نور کافی ضروری است؛
- وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود؛
- وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه، بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود؛
- وسایل مورد نیاز زایمان و مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود؛
- به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد؛
- در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً توسط مادر انتخاب شده اند برای کمک در اتاق زایمان ضروری است. این امر باعث می شود که مادر آرامش داشته باشد و خطر انتقال عفونت به مادر و نوزاد نیز کاهش پیدا کند. همچنین ماما بتواند به راحتی و با آرامش زایمان را انجام دهد؛
- در ۶ ساعت اول بعد از زایمان نیز باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را به دلایلی که در بالا اشاره شد، محدود کرد؛

وسایل لازم در اتاق زایمان: همانطور که گفته شد بهتر است وسایل مورد نیاز زایمان حداقل ۴ هفته قبل از زایمان فراهم شود. این وسایل شامل:

- حداقل ۴ ملحفه تمیز (ملحفه ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود و در صورت امکان اتو شده باشد)؛

- مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک؛

- وسایل مادر:

- ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود تا شیر دادن به نوزاد آسان باشد
- ژاکت یا نیم تنه پشمی در فصل سرما
- حوله صورت
- جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز
- نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد (کهنه ها باید با آب و صابون شسته شده و در آفتاب خشک و یا اتو شود).
- شانه و وسایل نظافت شخصی

- وسایل نوزاد:

- رختخواب نوزاد (تتشک، ملحفه، لحاف یا پتو، بالش)
- لباس، کلاه، کهنه یا پوشک
- لباس نوزاد از جنس پارچه نخی یا کتان باشد. پارچه های نایلونی و یا الیاف مصنوعی سبب حساسیت پوست بدن نوزاد می شود. در دوخت لباس باید حتی المقدور از به کار بردن دکمه و قزن قفلی خودداری شود و به جای آن با نوار لباس را ثابت نگه داشت. لباس و کلاه و کهنه ها نیز با صابون بدون عطر شسته شود.

- دو لگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها

- کتری یا پارچ

- سطل آشغال

- کیسه یا بطری آب گرم

- تعدادی روزنامه و یا کاغذ باطله

- پتو

در صورتی که برای مادر تهیه وسایل مورد نیاز مقدور نباشد، به او در تهیه وسایل کمک و یا او را به زایمان در مرکز زایمانی تشویق کنید.

وسایل مورد نیاز زایمان (محتویات کیف مامایی)

- گوشی مامایی

- گوشی طبی و فشارسنج

- صابون و جا صابونی، حوله دست

- برس برای شستن زیر ناخنها

- گاز، پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
- پنس کوخر حداقل ۲ عدد
- قیچی حداقل یک عدد
- کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
- دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف به تعداد مورد نیاز برای معاینه
- وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
- کلیپس بند ناف حداقل ۵ عدد
- پوار حداقل ۲ عدد
- درجه حرارت سنج دهانی
- درجه حرارت سنج برای اتاق
- چراغ قوه و باتری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باتری اضافی همراه داشته باشید)
- نوار متری
- مشمع برای زیر انداز به ابعاد ۱۵۰×۱۵۰
- ۲ ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط
- حداقل ۴ تکه شان به ابعاد ۸۰×۸۰
- مواد ضد عفونی مانند بتادین و ساوین
- سرنگ و سر سوزن و آمپول اکسی توسین
- فرم ثبت مراقبت های زایمان

وسایل مورد نیاز زایمان باید قبلاً استریل و بسته بندی و آماده شده باشد. به تاریخ انقضای استریل وسایل دقت شود.

آمادگی برای زایمان

- از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید همیشه برای انجام زایمان آماده باشید. در صورتی که از وقوع زایمان با خبر شدید، با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه وسایل مورد نیاز زایمان به منزل زائو مراجعه کنید.
- در هنگام مراجعه به منزل، اقدامات زیر را انجام دهید:
- با خوشرویی مادر را به اتاقی که برای زایمان آماده شده است، هدایت کنید و به او اطمینان خاطر دهید؛
 - از یک نفر «کمک زایمان» بخواهید که به شما در آمادگی وسایل کمک کند؛
 - از مادر شرح حال بگیرید. (زمان شروع دردها، وضعیت دردها، خروج ترشح خونی، وضعیت کیسه آب و ...)
 - علائم حیاتی (فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت) مادر را کنترل کنید؛
 - درجه حرارت اتاق در حد ۲۵-۲۸ درجه سانتی گراد تنظیم کنید. وسایل مورد نیاز زایمان را در دسترس قرار دهید؛
 - با نزدیک شدن زمان خروج نوزاد، دست ها را (حداکثر به مدت ۳ دقیقه) شسته و ناخن ها را برس بزنید؛

- وضعیت مادر را از نظر زایمان بررسی و برحسب مرحله و فاز زایمان تصمیم گیری و مطابق دستور عمل اقدام کنید؛
- به پوشش مناسب مادر توجه داشته باشید؛
- مادر و همراهان وی را در مراحل زایمان راهنمایی کنید؛
- در هر مرحله برای مادر توضیح دهید که چه کاری انجام می دهید؛
- روند پیشرفت زایمان را به مادر و همراهان بگویید؛
- در صورت وقوع علائم خطر سریعاً اقدام و مادر و همراهان و همسر وی را نیز آگاه و راهنمایی کنید؛
- تمام اقدامات را در فرم ثبت کنید؛
- پس از زایمان، تا ۶ ساعت مادر و نوزاد را مطابق دستور عمل مراقبت و نتیجه مراقبت ها را ثبت کنید؛
- همراهان مادر را در مورد نظافت اتاق و تمیز کردن لباس ها و وسایل راهنمایی کنید؛
- به مادر و خانواده آموزش های لازم را ارایه دهید و یادآوری کنید که در صورت وقوع علائم خطر، شما را آگاه کنند.

چند توصیه برای «همراه» مادر:

- همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد؛
- با راهنمایی ماما (بهورز ماما/ماما روستا) پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی مادر را با دستمال خیس بپوشاند؛
- در هنگام قدم زدن یا توالیت رفتن، مادر را تنها نگذارد؛
- در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن مادر را تشویق و به او کمک کند؛
- علائم خطر را شناسایی کند؛
- مخالف نظر عامل زایمان، مادر را راهنمایی نکند.

احتیاطات همه جانبه: از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان، با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید.

نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:

- در دسترس قرار دادن کیف مامایی؛
- اطمینان از استریل بودن وسایل و رعایت شرایط استریل در هنگام زایمان؛
- کوتاه کردن ناخن ها و شستن دست ها با آب و صابون پیش از هر اقدام؛
- پوشیدن دستکش استریل و رعایت شرایط استریل در انجام زایمان؛
- استفاده از گان، دستکش، ماسک، پیش بند، عینک؛
- گذاشتن جفت، خون و ترشحات در ظرف های بدون نفوذ؛
- دفن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی (حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری)؛
- جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه؛
- تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل؛
- شستشوی و ضدعفونی کردن وسایل زایمان و اتاق زایمان (در صورت امکان و نیاز) پس از زایمان.

ایجاد ارتباط با مادر: برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین کارهایی است که باید هر فرد مراقبت کننده از مادر انجام دهد. در ایجاد ارتباط نکات زیر را به خاطر بسپارید:

- با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
- رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛
- با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
- به سئوالات مادر به دقت گوش داده و پاسخ دهید؛
- کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛
- به مادر برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛
- قبل از هر معاینه، از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛
- حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛
- راز مادر را برملا نکنید؛
- پوشش مناسب مادر در زمان زایمان را رعایت کنید؛
- به مادر طی انجام معاینه یا مراحل زایمان توضیحات لازم را بدهید؛
- آموزش های لازم را به مادر ارایه دهید و مطمئن شوید که وی آنها را فرا گرفته است.

زایمان های در معرض خطر

در چارت مراقبت های زایمان بخش زایمان و بلافاصله پس از زایمان مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، مواردی که نباید زایمان در منزل انجام شود (شکم اول، بیماری مادر، فشارخون بالا و...) توضیح داده شده است. در اینجا فقط برخی از این موارد شرح داده می شود.

لازم است در موارد ارجاع مادر، بهورز به همراه کیف مامایی مادر را همراهی کند و در حین ارجاع آمادگی انجام زایمان و یا هر نوع اقدامی که مورد نیاز مادر است، (اقدامات مربوط به شوک، تشنج، خونریزی و ...) را داشته باشد.

زایمان سخت: زایمان دشوار یا سخت با پیشرفت غیرطبیعی و آرام لیبر مشخص می شود. در مواردی که بین عضو نمایش جنین و مجرای زایمان تناسب وجود ندارد، عدم پیشرفت زایمان شایع است. چهار نوع اختلال مهم مانع پیشرفت زایمان شده و زایمان را طولانی می کند:

۱- اختلال یا ناکافی بودن نیروی رحم که از قدرت کافی برای بازکردن دهانه رحم برخوردار نیست.
در مرحله اول به طور طبیعی انقباضات رحم در باز و نرم شدن دهانه رحم تأثیر می گذارد. میزان باز شدن دهانه رحم در زنان چندزا در فاز فعال به میزان ۱ سانتی متر در ساعت است. چنانچه تغییر پیشرفت در این زمان اتفاق نیفتد، مادر باید ارجاع شود.

۲- تنگی لگن. هر گونه کاهش در اقطار لگن باعث می شود که گنجایش لگن کم شود. تنگی لگن ممکن است در قسمت ورودی لگن، قسمت میانی لگن و قسمت خروجی لگن اتفاق بیفتد. تنگی لگن میانی شایع تر است. اگر چه روش دقیقی برای اندازه گیری ابعاد لگن میانی وجود ندارد، در صورت برجسته بودن خارها و صاف و متقارن نبودن دیواره های کناری لگن باید تنگی لگن را در نظر داشت. گاهی ممکن است لگن اقطار مناسبی برای زایمان داشته باشد ولی اندازه جنین درشت بوده و روند پیشرفت زایمان را مختل می کند. بنابراین باید به اندازه جنین نیز در هنگام زایمان توجه شود. تأخیر در نزول سر جنین باید جدی گرفته شود. در زنان چندزا معمولاً نزول سر جنین همزمان با دیلاتاسیون یا گاهی پس از دیلاتاسیون کامل صورت می گیرد. در صورت وجود انقباضات خوب، نزول سر جنین به سرعت انجام می شود.

۳- نمایش غیر طبیعی (نمایش ته، صورت و....). نمایش جنین به جز نمایش سر، می تواند مانع انقباضات موثر رحم در باز شدن دهانه رحم و پایین آمدن سر جنین شود.

۴- اختلال بافت های نرم که مانع نزول جنین می شوند. هر نوع توده یا ناهنجاری در بافت های نرم لگن می تواند مانع پیشرفت مناسب زایمان و خروج جنین شود.

خونریزی حین زایمان: جدا شدن زودرس جفت و جفت سرراهی از مواردی است که منجر به خونریزی قبل و حین زایمان می شود. در صورت وجود هر نوع خونریزی باید از معاینه واژینال خودداری شده و مادر ارجاع شود.

عفونت: در زایمان های طول کشیده و سخت بخصوص اگر پرده ها پاره باشند مادر و جنین در معرض عفونت قرار می گیرند. بهتر است در صورت پارگی طولانی مدت کیسه آب (بیش از ۱۲ ساعت) و یا عدم پیشرفت زایمان نسبت به ارجاع مادر اقدام کرد. مهمترین علامت عفونت در مادر، تب و افزایش تعداد ضربان قلب جنین است.

زایمان سریع: زایمان سریع و شتابزده ممکن است ناشی از مقاومت کم قسمت های نرم مجرای زایمان و انقباضات قوی و غیر طبیعی رحم باشد. در این حالت، نوزاد در مدت کمتر از ۳ ساعت خارج می شود. باید توجه داشت که خطر پارگی رحم، خونریزی پس از زایمان و صدمه به نوزاد در این مادران بیشتر است.

جلو افتادن بندناف (پرولاپس بندناف): گاهی هنگام معاینه واژینال، کیسه آب پاره می شود. در این حالت اگر سر جنین در لگن ثابت نباشد (عدم آنگاژمان)، ممکن است بندناف جلوتر از سر جنین خارج شود. در صورتی که به موقع و به درستی با این عارضه برخورد نشود، منجر به مرگ نوزاد می شود.

تمرین:

- مهم ترین علائم زایمانی کدامند؟
- وضعیت، قرار و نمایش جنین را توضیح دهید.
- در انجام معاینه مهبلی به چه نکاتی باید توجه شود؟
- تعریف فاز نهفته و فعال چیست؟
- مراحل زایمانی را توضیح دهید.
- چه نکاتی را باید در مرحله دوم زایمان رعایت کرد؟
- حداکثر زمان مورد نیاز برای خروج جفت، چقدر است؟
- بررسی جفت و پرده ها را توضیح دهید.
- ماساژ رحم برای کنترل خونریزی چگونه انجام می شود؟
- زایمان های در معرض خطر کدامند؟
- چه مراقبت هایی را باید از مادر در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام داد؟
- چه مراقبت هایی را باید از نوزاد در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام داد؟
- چه احتیاطاتی را باید هنگام زایمان رعایت کرد؟
- زایمان سخت و علل آن را توضیح دهید؟
- در صورت خونریزی پس از زایمان، چه اقدامی باید انجام داد؟
- ۵ نمونه از زایمان های در معرض خطر را نام ببرید؟
- هدف از بازدید منزل چیست؟
- اقداماتی را که برای انجام زایمان در منزل نیاز است، فقط نام ببرید؟
- نوزادان در معرض خطر کدامند؟

فصل ششم

دوران پس از زایمان

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- تغییرات دستگاه تناسلی پس از زایمان را شرح دهید.
- مشکلات پستان پس از زایمان را توضیح دهید.
- معاینات مورد نیاز پس از زایمان را بدانید و بتوانید انجام دهید.
- دفعات مراقبت پس از زایمان را بیان کنید.
- مشکلات شایع پس از زایمان را توضیح دهید.
- آموزش و توصیه های لازم دوران پس از زایمان را توضیح دهید.
- علائم خطر پس از زایمان را نام ببرید.
- اقدام لازم برای مادران در معرض خطر را انجام دهید.
- مکمل های غذایی مورد نیاز پس از زایمان را نام ببرید و نحوه مصرف را توضیح دهید.
- اندوه پس از زایمان را توضیح دهید.
- شیوه های مختلف شیردهی را شرح دهید.

تعریف (دوره نفاس)

معمولاً ۶ هفته پس از زایمان، دوره ای است که طی آن تغییرات ناشی از بارداری در اعضای مختلف بدن مانند رحم به تدریج به حالت قبل از بارداری برمی گردد. ممکن است این برگشت پذیری در برخی موارد مانند وزن مادر تا ماه ها به طول انجامد.

تغییرات بدن در دوران پس از زایمان

تغییرات رحم: دو روز اول پس از زایمان، رحم شروع به کوچک شدن می کند بطوری که در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد به داخل حفره لگن بر می گردد و از روی شکم قابل لمس نیست. اندازه رحم پس از ۴ هفته تقریباً برابر اندازه زمان قبل از بارداری است. دهانه رحم نیز که در زمان زایمان به اندازه قطر سر جنین باز شده بود به تدریج جمع شده و پس از گذشت یک هفته آنقدر تنگ می شود که به سختی یک انگشت از آن عبور می کند. پارگی هایی که در دهانه رحم ایجاد می شود دائمی است و به صورت دهانه رحم چندزا باقی می ماند.

ترشحات رحم: در چند روز اول بعد از زایمان، ترشحات رحم زیاد و خونی است. بعد از ۳ یا ۴ روز ترشحات خون آلود کمتر و پس از ۱۰ روز کم رنگ تر شده و بالاخره به ترشحات سفید رنگ تبدیل می شود. معمولاً خروج ترشحات کم رنگ ۴ تا ۶ هفته طول می کشد.

وجود ترشحات خونی تا دو هفته پس از زایمان و در حد خونریزی قاعدگی طبیعی است ولی در صورت ادامه آن بیش از این مدت، به علت احتمال ماندن تکه هائی از جفت در رحم، مادر باید فوراً ارجاع شود. در برخی مادران نیز ممکن است لکه بینی تا دو ماه ادامه یابد. بنابراین در صورت وجود خونریزی زیاد یا روشن، ترشحات بدبو و لکه بینی بیش از دو ماه، مادر باید ارجاع فوری داده شود. شایان ذکر است که یکی از علل عمده مرگ مادران، خونریزی پس از زایمان است و باید به آن بسیار توجه شود.

برگشت قاعدگی: معمولاً شروع مجدد تخمک گذاری، با شروع قاعدگی مشخص می شود. ولی گاهی اوقات ممکن است مادر تا یک سال قاعده نشود، اما امکان تخمک گذاری و بارداری وی وجود دارد. اگر مادر به طور مرتب به فرزند خود شیر دهد، معمولاً ۶ هفته و اگر به نوزاد خود شیر ندهد، ۳ هفته پس از زایمان، احتمال بارداری مجدد وجود دارد. پس استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری در این زمان به مادر توصیه شود.

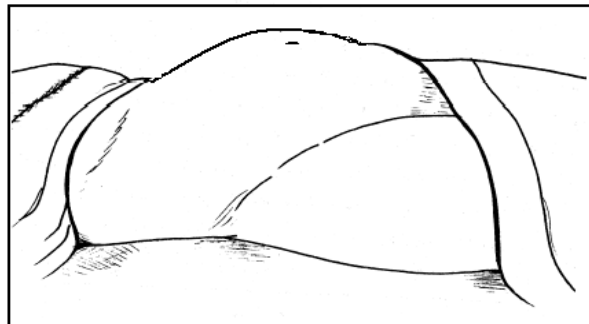
تغییرات وزن: بلافاصله پس از زایمان در اثر تخلیه رحم و خروج جنین و جفت، وزن بدن حدود ۵ تا ۶ کیلو گرم کاهش می یابد. معمولاً ۶ ماه بعد از زایمان به حدود وزن قبل از بارداری بر می گردد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می دهد، امکان برگشت به وزن قبلی بیشتر است. فعالیت بدنی و نحوه تغذیه در میزان کاهش وزن پس از زایمان، موثر است.

تغییرات پستان: پستان ها در اواخر بارداری بزرگ و پر از شیر می شوند. پس از زایمان با مکیدن نوزاد ترشح شیر آغاز می شود. در ۵ روز اول، ماده ای زرد رنگ به نام آغوز که حاوی پروتئین بیشتر و مواد ایمن سازی مشابه واکسن است، از پستان ها ترشح می شود. ترشح اصلی شیر معمولاً سپس به شیر تبدیل می شود. تغذیه نوزاد با آغوز در روزهای اول پس از زایمان بسیار اهمیت دارد. میزان آغوز کم است ولی همین مقدار برای تغذیه چند روز اول کفایت می کند و مادر نباید از گرسنه ماندن نوزاد خود نگران باشد.

دیواره شکم: عضلات دیواره شکم تا ۲ هفته، نرم و شل باقی می ماند. تقریباً ۶ هفته طول می کشد تا توانایی کشش عضلات به حالت اولیه بازگردد.

وضعیت خلق و خو: در چند روز اول بعد از زایمان (۶-۳ روز)، ممکن است مادر به دلیل فشارهای روانی ناشی از ترس و هیجان بارداری و زایمان، ورود نوزاد و تغییرات ایجاد شده در خانواده، خستگی ناشی از کم خوابی اواخر بارداری و نگرانی در مورد مراقبت از نوزاد، در ساعاتی از روز اندوهگین شود که به آن **اندوه پس از زایمان** می گویند. تغییرات خلق و خو و رفتار، طیف وسیعی دارد که شامل گریه کردن خود به خود، بی علاقی نسبت به هر فعالیت، بی خوابی یا پرخوابی، تغییرات وزن، خستگی و کاهش انرژی است. این حالات معمولاً طی هفته اول پس از زایمان مشاهده می شود و تا روز دهم بهبود می یابد. در صورتی که این علائم طولانی شود و یا علائمی مانند تمایل به خودکشی و آزار نوزاد بروز کند به آن **افسردگی شدید** می گویند و باید فوراً به پزشک ارجاع شود.

دفع ادرار: در مرحله دوم زایمان به علت فشار سر جنین به مثانه احتمال آسیب به مثانه، مجرای ادرار و همچنین ماندن ادرار در مثانه وجود دارد. با مشاهده و لمس قسمت زیر شکم، مثانه بصورت کیسه ای پر از مایع حس می شود که گاهی ممکن است تا نزدیک ناف نیز کشیده شود.



درد و ناراحتی ناشی از ادرار کردن در زن زائو موجب اجتناب از تخلیه مثانه می شود. باید مادر را در ساعات اولیه پس از زایمان به خالی کردن مثانه تشویق کرد. (مادر روی لگن یا توالت بنشیند و آب ولرم روی دستگاه تناسلی خارجی خود بریزد) گاهی اپی زیاتومی نیز موجب احساس درد در هنگام ادرار کردن می شود که بتدریج بهبود می یابد. در صورت عدم خروج ادرار تا ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی اختیاری ادرار نیاز به ارجاع فوری دارد.

دفع مدفوع: عدم دفع مدفوع تا ۲روز اول پس از زایمان به علت تخلیه احتمالی و کاهش فعالیت روده ها حین زایمان، طبیعی است.

اهمیت مراقبت پس از زایمان

تعداد زیادی از مادران به دلیل عفونت، خونریزی و فشارخون بالا پس از زایمان می میرند و یا دچار عوارضی مانند بی اختیاری ادرار، افسردگی، بواسیر، کم خونی و غیره می شوند. بنابراین ضروری است مادران پس از زایمان در زمان های تعیین شده برای اطمینان از سلامت خود و نوزادشان مراقبت شوند.

مراقبت های پس از زایمان

دفعات مراقبت پس از زایمان: حداقل ملاقات های معمول پس از زایمان ۳ بار در نظر گرفته شده که بار اول در ۳ روز اول، بار دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و بار سوم ۴۲ تا ۶۰ روز پس از زایمان است. تعداد این ملاقات ها ممکن است با توجه به وضعیت مادر و نظر پزشک یا ماما تغییر کند. باید توجه داشت همانند مراقبت های معمول بارداری، در زمان پس از زایمان نیز ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل) بررسی و سپس در صورت نبود آن علائم مراقبت های معمول انجام شود.

❖ در برخورد با هریک از علائم خطر فوری مطابق چارت مراقبت های اول و دوم پس از زایمان در بخش دوم کتاب اقدام شود.

گرفتن شرح حال: پس از زایمان شرح مختصری از تاریخ، نوع و محل زایمان از مادر پرسیده می شود.

کنترل علائم حیاتی: مطابق مراقبت های دوران بارداری علائم حیاتی (فشارخون، نبض، درجه حرارت و تنفس) مادر در هر مراقبت اندازه گیری می شود.

در صورتی که مادر از سرگیجه شکایت دارد، فشارخون و تعداد نبض او ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری شود. اگر میزان فشارخون ماکزیمم از حالت خوابیده به نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلی متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته حداقل ۲۰ بار افزایش یابد، مادر را ارجاع فوری شود.

تب پس از زایمان: اگر بعد از ۲۴ ساعت اول تا ۱۰ روز پس از زایمان، درجه حرارت بدن مادر به ۳۸ درجه یا بیشتر برسد به آن تب پس از زایمان گویند. در گذشته معتقد بودند که تب بعد از زایمان به علت افزایش حجم شیر و جاری شدن آن است ولی تب ناشی از احتقان شیر بیش از ۲۴ ساعت ادامه ندارد. به دلیل اهمیت عفونت، افزایش دمای بدن در هر زمان پس از زایمان تب محسوب شده و علامت خطر است. رعایت نکردن نکات بهداشتی و زایمان غیر ایمن، زایمان طول کشیده، پارگی طولانی مدت کیسه آب، معاینات داخلی مکرر در زمان زایمان، احتمال عفونت پس از زایمان را افزایش می دهد و تب نشانه اصلی عفونت است.

معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتحمه بررسی شود. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

معاینه دهان و دندان: پس از زایمان نیز لازم است مادر توسط دندان پزشک معاینه شود تا درمان دندان های که در بارداری به تاخیر افتاده، انجام شود و مجددا آموزش های لازم در مورد مراقبت از دهان و دندان نوزاد خود را دریافت کند. در ملاقات سوم پس از زایمان، دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه معاینه می شود. در صورت وجود عفونت دندانی و آبسه و درد شدید دندان مادر در اولین فرصت ارجاع شود.

معاینه پستان: پستان ها باید از نظر تورم و درد بررسی شود. در صورت وجود علائم آبسه یا ماستیت (مطابق آنچه در تغییرات پستان گفته شد)، مادر باید ارجاع فوری شود.

احتقان پستان: در روز سوم تا پنجم پس از زایمان، به دلیل افزایش حجم شیر، پستان ها متورم می شود. در این حالت پستان ها حساس، متورم، گرم و سفت می شود. برخی مادران ممکن است درجاتی از تب و سر درد نیز داشته باشند. بهترین راه پیشگیری از بروز این مشکل آن است که نوزاد بلافاصله بعد از تولد، تغذیه از پستان را شروع نموده و به طور مکرر به پستان گذارده شود و مادر بنا به تقاضای نوزاد و حتی شب ها از هر دو پستان به کودک خود شیر دهد.

اگر نوزاد به علت احتقان قادر به مکیدن نباشد، ابتدا باید با کمپرس آب گرم به جاری شدن شیر کمک نمود سپس مقداری از شیر را دوشید تا تورم اطراف نوک پستان کاهش یابد و شیر خوار بتواند هاله پستان را در دهان بگیرد. تخلیه مکرر (هر ۲ ساعت یکبار) و ماساژ ملایم پستان ها، استفاده از داروهای ضد درد (با نظر پزشک) و یا قرار دادن برگ کلم پیچ شسته و خنک شده بر روی پستان ها نیز می تواند در کاهش درد و التهاب موثر باشد.

اگر احتقان پستان به سرعت درمان نشود ممکن است باعث عفونت پستان (ماستیت) شود.

ترک نوک پستان (شقاق): احساس ناراحتی خفیف نوک پستان در اوایل شیردهی طبیعی است ولی ترک خوردن، زخم شدن و سوزش شدید نوک پستان اغلب به دلیل شیوه نادرست در آغوش گرفتن نوزاد و گرفتن نوک پستان، شستشوی مکرر پستان با الکل و صابون است.

تصحیح نحوه شیردهی، گذاشتن کیسه یخ ۲ تا ۳ دقیقه قبل از مکیدن نوزاد، پاک کردن نوک پستان از بزاق نوزاد با پارچه تمیز نخی، مالیدن یک قطره از شیر بر روی نوک پستان و قرار دادن آن در هوای آزاد تا خشک شود، می تواند برای کاهش درد ناشی از ترک خوردن موثر باشد.

ماستیت: بسته شدن مجاری شیر در پستان که با تب، لرز، گرمی و درد یک طرفه پستان همراه است. یکی از مهم ترین اقدامات برای درمان ماستیت، تخلیه مکرر شیر از پستان است زیرا در اثر ماندن شیر در پستان، عفونت تشدید می شود. بهتر است تغذیه از پستان سالم شروع و بعد از اینکه شیر جاری شد از پستان مبتلا ادامه داد. در ضمن با تغییر وضعیت شیر خوار در هر نوبت شیر دادن، می توان به تخلیه تمامی مجاری شیری کمک کرد. چون مادر نیاز به مصرف آنتی بیوتیک نیز دارد بنابراین باید به پزشک ارجاع شود.

آبسه پستان: علاوه بر علائم ماستیت، توده مواج و دردناک نیز در پستان لمس می شود. درمان آبسه نیز مانند ماستیت است. هر چند ممکن است برای تخلیه چرک نیاز به شکافتن آبسه باشد. تغذیه شیرخوار با شیر مادر در موارد بروز آبسه از پستان مبتلا منعی ندارد مگر آنکه آبسه به مجرای شیر سر باز کرده باشد. در صورت بروز آبسه مادر باید سریعاً ارجاع شود.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: در هر ملاقات لازم است ارتفاع رحم از روی شکم اندازه گیری شود. با توجه به تغییرات تدریجی اندازه رحم (آنچه در تغییرات رحم گفته شد) در صورتی که اندازه رحم بیشتر از اندازه های ذکر شده است علامت خطر است و نیاز به ارجاع فوری دارد. بررسی میزان خونریزی بسیار اهمیت دارد. همانطور که گفته شد اگر در ملاقات دوم تداوم خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته، ترشحات چرکی و بد بو وجود داشت مادر نیاز به ارجاع فوری دارد و در صورتی که در ملاقات سوم (روزهای ۴۲ تا ۶۰) خونریزی در حد قاعدگی بود علامت خطر است.

بررسی محل بخیه: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) بررسی شود. ناحیه برش باید بدون التهاب و کشش باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و محل برش سزارین در مدت ۷ تا ۱۰ روز پس از عمل نیاز به کشیدن بخیه توسط پزشک دارد. لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم در محل برش نیاز به ارجاع فوری دارد. ولی اگر فقط محل برش دردناک است به مادر توصیه کنید با پارچه گرم تمیزی بر روی محل درد را کمپرس کند.

معاینه اندام ها: در هر ملاقات، اندام های تحتانی از نظر وجود ورم و محل درد بررسی شود. در صورت ورم و درد یک طرفه ساق و ران، مادر باید ارجاع فوری شود.

تزریق آمپول رگام: اگر مادر ارهاس منفی و نوزاد وی ارهاس مثبت است، در صورتی که هنگام زایمان آمپول رگام دریافت نکرده است، تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان باید به مادر آمپول به صورت عضلانی تزریق شود.

مشاوره تنظیم خانواده: در مراقبت دوم پس از زایمان، مادر باید در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری برای زمان پس از زایمان مشاوره شود. در صورت تمایل همسر وی نیز می تواند در جلسه مشاوره حضور یابد. در مشاوره، در مورد انواع روش های پیشگیری از بارداری، چگونگی استفاده، موارد منع مصرف و مشکلات آنها و زمان مراجعات با زوجین گفتگو می شود. مشاوره این امکان را برای زوجین فراهم می کند که آگاهانه و با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و شرایط جسمی و روانی خود، یک روش مناسب را انتخاب کنند.

آموزش های بهداشتی پس از زایمان

بهداشت فردی: رعایت بهداشت فردی در این زمان بسیار اهمیت دارد. ناحیه تناسلی باید از جلو به عقب شسته شده، همیشه خشک نگهداشته شود و تا زمان کاهش ترشحات، نوار بهداشتی بطور مرتب عوض شود. استحمام روزانه و ترجیحاً ایستاده برای مادر مفید است.

بهداشت روانی: همسر و اطرافیان نقش بسیار مهمی در بهبود تغییرات خلق و خو و رفتار مادر دارند. آنان باید بدانند که تغییرات روحی در مادر طبیعی و گذراست و لازم است در این مدت به مادر توجه و محبت بیشتری نمایند و او را در نگهداری فرزند حمایت کنند.

مراقبت از پستان ها: مراقبت از پستان ها نقش ارزنده ای در تداوم شیردهی دارد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می دهد. پستان ها را باید تمیز نگاه داشته، از مصرف صابون، مواد ضد عفونی کننده و یا شستشوی مکرر پستان ها خوداری کند.

اگر مادری به هر دلیلی نمی خواهد به نوزاد خود شیر دهد، برای برطرف کردن بزرگی پستان وی موارد زیر توصیه شود:

- از تحریک پستان ها اجتناب کند.
- سینه بند مناسب بپوشد. محکم بستن پستان ها ناراحتی مادر را بیشتر می کند.

- پستان را کمپرس کند. تعدادی از مادران با کمپرس سرد و برخی با کمپرس گرم راحت ترند.
- اگر دوشیدن پستان باعث آرامش مادر می شود آنها را بدوشد.
- از مسکن برای برطرف کردن درد استفاده کند. گذاشتن برگ کلم شسته شده و خنک شده می تواند درد و تورم پستان را برطرف کند.

اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، سیگار، دخانیات: برخی از داروها اگر در زمان شیردهی مصرف شود، وارد شیر مادر شده و از این راه به نوزاد منتقل می گردد. بنابراین در مورد ادامه و یا مصرف دارو باید با پزشک یا ماما مشورت شود. سیگار و دخانیات نیز بر روی نوزاد تاثیر سوء می گذارد. بنابراین باید از کشیدن سیگار در دوران بارداری خودداری شود.

فعالیت و استراحت: به دلیل طولانی بودن زمان زایمان، تأثیر داروهای بیهوشی، شیردهی و بیخوابی و نگهداری از نوزاد، خستگی پس از زایمان بسیار شایع است. اطرافیان مادر باید شرایطی را ایجاد کنند که مادر بتواند در روزهای اول، استراحت و خواب بیشتری داشته باشد. فراهم کردن محیط آرام و راحت و نیز کم کردن دید و بازدیدها در این روزها ضروری است. مادر می تواند فعالیت های معمول روزانه خود را بتدریج افزایش دهد.

تمرین های ورزشی: همانطور که در مبحث بارداری به آن اشاره شد، پس از زایمان نیز تمرین هایی وجود دارد که به مادر کمک می کند تا به خستگی و دردهای این دوران غلبه کند. برخی موارد مانند ایستادن طولانی مدت، حمل اشیاء سنگین، دویدن و پریدن نباید تا ۶ هفته بعد از زایمان انجام شود. با انجام تمرین های ورزشی مناسب که در کلاس های آمادگی برای زایمان توسط مربی آموزش داده می شود می توان به جمع شدن سریع تر و بهتر عضلات شکم کمک نمود. استفاده از شکم بند به تنهایی برای جمع شدن عضلات شکم موثر نیست.

تغذیه: تغذیه خوب و داشتن ذخایر کافی از دوران بارداری هم تأمین کننده سلامت مادر و هم موثر در شیردهی است. تولید شیر نیاز به انرژی دارد و مادری که شیر می دهد باید انرژی بیشتری از طریق مصرف مواد غذایی مناسب دریافت کند. در دوران شیردهی غذا یا نوشیدنی خاصی توصیه نمی شود. میزان مصرف مواد غذایی در این دوران معادل زمان بارداری است و لازم است از تمام گروه های غذایی در رژیم غذایی باشد.

در دوران شیردهی:

- مواد غذایی حاوی کلسیم، پروتئین، ویتامین به میزان بیشتر مصرف کند؛
- مصرف مواد غذایی پر چرب و شیرین را کاهش دهد؛
- مایعات به میزان ۶ تا ۸ لیوان در روز بنوشد؛
- از مصرف زیاد نوشیدنی های محرک (قهوه، چای، ...) خودداری کند.

مصرف مکمل های غذایی: پس از زایمان نیز همانند دوران بارداری مادر نیاز به مصرف ویتامین ها و املاح معدنی دارد. لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین مصرف نماید.

مقاربت: به علت خطر عفونت و خونریزی، مادر نباید تا ۳ هفته مقاربت کند. پس از این مدت می تواند در صورت تمایل و راحتی خود نزدیکی کند. خانم ها اکثراً ترجیح می دهند تا ۶ هفته پس از زایمان مقاربت نداشته باشند. خستگی ناشی از نگهداری نوزاد ممکن است میل جنسی را کاهش دهد که این حالت موقتی است و بتدریج بهبود می یابد.

شکایت های شایع

در این دوران ممکن است مادر از خستگی، سردرد، کمر درد و یبوست شکایت کند. در صورتی که علائم حیاتی طبیعی باشد، این موارد گذراست و به تدریج کاهش می یابد.

پس درد: گاهی درد و انقباض هایی در رحم مانند زمان قاعدگی وجود دارد که اصطلاحاً به آن پس درد می گویند. این دردها در زمانی که مادر به نوزاد شیر می دهد بیشتر می شود. معمولاً در روز سوم پس از زایمان از شدت دردها کاسته می شود.

با گرم نگهداشتن، شل کردن عضلات، تنفس عمیق و مصرف مسکن (با نظر پزشک)، می توان درد ناشی از انقباض را کاهش داد. در کسانی که اپی زیاتومی شده اند، استفاده از کیسه یخ بر روی محل بخیه ها در چند ساعت اول پس از زایمان، حمام آب گرم در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، نشستن در لگن آب گرم، قرار گرفتن به پهلو، استفاده از بالش هنگام نشستن به کاهش درد و بهبود سریع آن کمک می کند.

یبوست: اصلاح رژیم غذایی (مصرف مایعات و مواد فیبردار)، تحرک زود هنگام، از یبوست و در نتیجه بروز بواسیر جلوگیری می کند. بهتر است مادر در صورت نبود احساس دفع، از زور زدن اجتناب کند.

علائم خطر پس از زایمان

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر در معاینه اول و دوم پس از زایمان، مادر باید به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری شود:

- خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول یا دفع لخته
- تب و لرز
- افسردگی شدید
- خروج ترشحات بدبو و چرکی از مهبل
- درد و ورم یکطرفه ساق و ران
- عدم دفع ادرار در ۶ ساعت اول پس از زایمان

- بی اختیاری ادرار و مدفوع
 - احساس دفع سریع ادرار
 - مدفوع خونی
 - درد شکم یا پهلوها
 - سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
 - آبنه پستان
 - ماستیت
 - فشارخون ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر
 - بزرگی رحم
 - لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه ها
 - ورم و درد یک طرفه ساق و ران
 - سرگیجه با افت فشارخون سیستولیک و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته
- اگر در معاینه اول و دوم مادر پس از زایمان هر یک از علائم زیر مشاهده شد، مادر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع غیر فوری شود:
- بیماری زمینه ای
 - بواسیر
 - خلق افسرده
 - بی علائگی یا عود بیماری روانی
 - رنگ پریدگی شدید
 - عفونت و درد شدید دندان

علائم خطر نوزادی

در صورت بروز یا مشاهده هر یک از علائم زیر در نوزاد، باید سریعاً ارجاع شود:

- زردی در ۲۴ ساعت اول
 - توکشیده شدن قفسه سینه
 - ناله کردن
 - رنگ پریدگی شدید یا کبودی اندام ها
 - استفراغ مکرر شیر
 - بی قراری و تحریک پذیری
 - ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف
 - قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها
 - خوب شیر نخوردن
 - تب یا سرد شدن اندام ها و بدن
 - تحرک کمتر از حد معمول و بی حالی
 - عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول و ادرار در ۲۴ ساعت اول
 - وجود جوش های چرکی منتشر در پوست
- ❖ **در صورت وجود هر کدام از علائم خطر در مادر یا نوزاد مطابق چارت های مراقبت پس از زایمان در بخش دوم کتاب اقدام شود.**

تمرین:

- مراقبت های دوران پس از زایمان چه اهمیتی دارد؟
- تغییرات پس از زایمان را توضیح دهید.
- دفعات مراقبت های پس از زایمان را توضیح دهید.
- در هر مراقبت چه اقداماتی باید برای مادر انجام شود.
- مکمل های غذائی لازم برای مادر زایمان کرده چیست و چه مدت پس از زایمان باید مصرف شود؟
- علائم خطر در دوران پس از زایمان را نام ببرید.
- در دوران پس از زایمان چه آموزش هائی را لازم می دانید؟(نام ببرید)

بخش دوم
مراقبت های ادغام یافته سلامت
مادران

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه بهورز- ماماروستا

چاپ سوم - تجدید نظر دوم

زمستان ۱۳۸۴

برنامه کشوری مادری ایمن
مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
اجرای کامپیوتری و چاپ:
نوبت چاپ: سوم
زمستان ۱۳۸۴
تیراژ:
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت مادران

فهرست

عنوان

تهیه کنندگان مجموعه
مقدمه

آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ۸۷
جداول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان ۹۱

الف- تشخیص بارداری

الف ۱- تشخیص بارداری ۹۴
تعاریف تشخیص بارداری ۹۵

ب- مراقبت های معمول بارداری

ب ۱- اولین ملاقات بارداری ۹۷
ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری ۹۸
ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری ۹۹
تعاریف مراقبت های بارداری ۱۴

پ- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل

پ ۱- ارزیابی اولیه زایمان در منزل ۱۰۶
پ ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان در منزل ۱۰۷
پ ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان در منزل ۱۰۸
پ ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان در منزل ۱۰۹

تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان در منزل ۱۱۰

عنوان

صفحه

ت- مراقبت های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

ت ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان ۱۱۷
ت ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان ۱۱۸
تعاریف مراقبت های پس از زایمان ۱۱۹

ث- مراقبت از نوزاد

ث ۱- مراقبت از نوزاد ۱۲۳

ج- راهنما

ج ۱- مکمل های دارویی ۱۲۶
ج ۲- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده ۱۲۶
ج ۳- توصیه های بهداشتی پس از زایمان ۱۲۷
ج ۴- فواصل انجام پاپ اسمیر ۱۲۷
ج ۵- مصرف داروها در شیردهی ۱۲۷
ج ۶- زایمان در منزل ۱۲۸

ضمائم

فرم ها:

- فرم مراقبت بارداری
- فرم زایمان در منزل
- فرم مراقبت پس از زایمان

مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارائه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و در شرایط ویژه و اورژانس در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان تهیه گردیده است. حتماً قبل از استفاده از این مجموعه، قسمت «آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران» را مطالعه کنید.

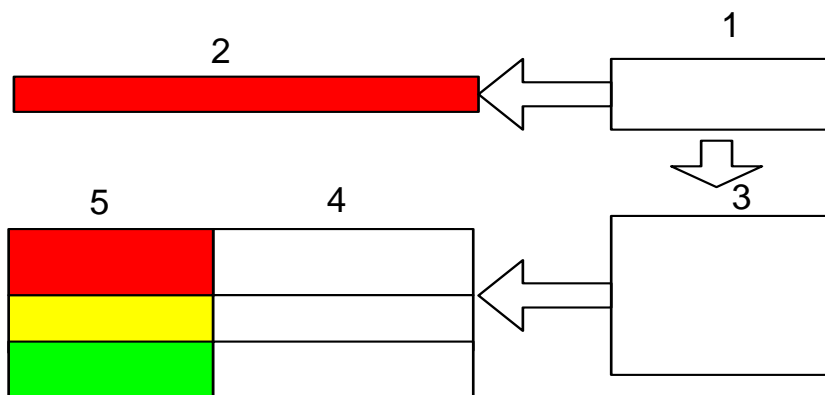
• آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

این مجموعه شامل ۷ بخش: جداول مراقبت های بارداری و پس از زایمان، تشخیص بارداری (بخش الف)، مراقبت های معمول بارداری (بخش ب)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش پ)، مراقبت از نوزاد (بخش ت)، راهنما (بخش ث) و ضمائم است.

✿ **جداول مراقبتهای بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر ارائه می شود.** تقسیم بندی خدمات در این جداول براساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در ستون زیرین آن مشخص شده، باید به مادر ارائه گردد.

✿ **بخش تشخیص بارداری (الف)** به منظور کمک به تشخیص و تأیید بارداری در خانمی است که با شک به بارداری مراجعه می کند. براساس محتویات این بخش، فرد مراجعه کننده، ابتدا ارزیابی شده و براساس پاسخ ارزیابی، گروه بندی و متناسب با گروه تعیین شده برای وی اقدام مورد نیاز انجام می شود. در صورتی که اقدام مورد نظر درخواست آزمایش تشخیص بارداری است، نهایت با توجه به نتیجه آزمایش برای خانم تصمیم گیری و خدمت مناسب ارائه می شود.

✿ **در بخش مراقبت های معمول بارداری (ب)** بر حسب زمان مراجعه مادر باردار (اولین مراجعه و یا مراجعه در نیمه های اول و دوم بارداری)، بررسی مادر از یکی از صفحات ب ۱، ب ۲، ب ۳ شروع می شود. در هر یک از این بخش ها هر صفحه به ۴ مربع مستطیل اصلی تقسیم شده است. شما همیشه از سمت راست و بالای صفحه باید شروع کنید. (مانند شکل مقابل) یعنی:



خانه شماره ۱- قبل از هر اقدامی، مادر را از نظر وجود **علائم خطر فوری** بررسی می کنید.

خانه شماره ۲- در صورتی که هر یک از علائم خطر فوری به تنهایی یا همراه سایر علائم وجود داشت، مطابق دستورالعمل آن **اقدام** می کنید.

خانه شماره ۳- در صورت اطمینان از این که هیچ علامت خطر فوری وجود ندارد، **ارزیابی** مطابق محتوای این خانه شروع می شود.

خانه شماره ۴- بر اساس نتایج ارزیابی، **علائم و نشانه ها گروه بندی** می شود.

خانه شماره ۵- برحسب نتیجه گروه بندی علائم و نشانه ها، **اقدام** می کنید.

فراموش نکنید که ترتیب انجام این بررسی ها از نظر دقت در انجام کار و درستی معاینه بسیار مهم است. هرگز نمی توانید معاینه و بررسی بیمار را از نیمه راه آغاز کنید.

✿ **بخش مراقبت های معمول پس از زایمان (پ)** به دو قسمت مراقبت های ملاقات اول و دوم (ت ۱) و مراقبت های ملاقات سوم (ت ۲) تقسیم شده است. در این بخش نیز قاعده کلی نحوه مراقبت مشابه بخش مراقبت های بارداری است. این مراقبت ها از پس از گذشت ۶ ساعت اول پس از زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان انجام می شود.

✿ **بخش مراقبت از نوزاد (ت)**، به مادر در مورد نحوه مراقبت از نوزاد آموزش داده می شود.

بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند. توجه داشته باشید که اکثر خطاهایی که در ارائه خدمت به مادر باردار رخ داده است، ناشی از جدی نگرفتن معاینه بوده است. فراموش نکنید که علامت خطر دوران بارداری را فقط با سؤال کردن، مشاهده و معاینه دقیق می توانید پیدا کنید.

• اصول کلی استفاده از کتابچه

۱- مفهوم رنگ ها

در چارت های ارائه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد و سبز استفاده شده است.

الف - رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و یا جنین/ نوزاد را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ ارجاع فوری (بلافاصله) به همراه اقدامات اولیه حین ارجاع به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی است. ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را با هر وسیله نقلیه در دسترس ارجاع دهد.

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر و یا جنین/ نوزاد باید بر حسب نوع عارضه در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه (ارجاع در اولین فرصت) و یا حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی شده و نتیجه کار مشخص گردد. در ارجاع در اولین فرصت، اگر مورد ارجاع طی ۴۸ ساعت به هر دلیلی (نرفتن مادر،...) توسط سطوح بالاتر مورد بررسی قرار نگیرد، حکم ارجاع فوری را پیدا می کند. در ارجاع غیر فوری، اگر مورد ارجاع طی یک هفته به هر دلیلی (نرفتن مادر،...) توسط سطوح بالاتر مورد بررسی قرار نگیرد، حکم ارجاع فوری را پیدا می کند.

پ - رنگ سبز نشان دهنده امکان ارائه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است، مگر در شرایطی که اقدامات ارائه شده منجر به بهبود وضعیت مادر یا نوزاد نگردد. در این صورت لازم است مادر و یا نوزاد برای بررسی بیشتر به سطوح بالاتر ارجاع گردد.

نکته: در برخی خانه های «اقدام»، مراقبت ها در بیش از یک حالت تعریف می شود یعنی اقدام های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می شود با رنگ مختص آن نوع «ارجاع» در داخل خانه اصلی مشخص شده است. به طور مثال: در قسمت ب ۱، خانه اصلی اقدام مربوط به «همسرآزاری» سبز است در حالی که اقدام بعدی این خانه که نیازمند «ارجاع فوری» است در خانه ای به رنگ قرمز مشخص شده است.

۲- در مواردی که مادر و یا نوزاد به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، غیر فوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.

۳- در موارد ارجاع فوری، لازم است با حساس کردن خانواده به خصوص همسر نسبت به وضعیت خطرناک مادر، روی تأمین وسیله نقلیه به هر طریق ممکن تأکید شود.

۴- در صورت امکان، آموزش همسر و سایر اعضای خانواده در مورد علائم خطر در هر مقطعی از بارداری و زایمان و پس از زایمان مورد توجه قرار گیرد.

۵- اطلاعات مربوط به مراقبت ها باید به طور کامل و دقیق در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.

- ۶- وضعیت مادری که ارجاع فوری یا ارجاع در اولین فرصت شده است، باید پس از ۳ روز و اگر ارجاع غیر فوری شده طی یک هفته پیگیری و مشخص شود.
- ۷- از دادن هر نوع ماده غذایی و مایعات به مادری که به دلایلی ارجاع فوری می شود، باید خودداری شود.
- ۸- پس خوراند پزشک یا کارشناس مامایی در مورد ارایه مراقبت های ویژه باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.
- ۹- انجام مراقبت ویژه و افزایش دفعات مراقبت ویژه بر اساس پس خوراند پزشک و یا ماما تعیین می شود.
- ۱۰- مراجعه برای دریافت مراقبت های دوران بارداری و پس از زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر تأکید شود.
- ۱۱- تمام خانمهایی که در سنین باروری قرار دارند، لازم است مشاوره پیش از بارداری را دریافت کنند. در این صورت باید خانم به پزشک یا ماما ارجاع شود. این مراقبت ها تا مدت یک سال اعتبار دارد، بدین معنا که در صورت ارایه یک بار مراقبت پیش از بارداری، تا یک سال نیاز به تکرار مراقبت نیست. انجام مشاوره پیش از بارداری، باید در یکی از شرایط زیر صورت گیرد:
- الف) تمامی خانمهایی که به قصد بارداری، روش پیشگیری از بارداری خود را قطع کرده و یا می خواهند قطع کنند،
- ب) تمامی خانمهایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده اند،
- ج) تمامی خانمهایی که از هیچ روشی استفاده نمی کنند و برای اولین بار برای دریافت روش پیشگیری از بارداری مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری در آینده دارند، برای این افراد حداکثر طی ۶ ماه اول پس از مراجعه، مشاوره انجام شده و نتیجه آن به عنوان سابقه برای آنان در پرونده حفظ شود.
- ۱۲- مراقبت های بارداری باید به محض مثبت شدن نتیجه آزمایش بارداری ارایه گردد. به خاطر بسپارید به محض اطلاع از نتیجه مثبت آزمایش، بارداری را به خانم **تبریک** بگویید.
- ۱۳- بهتر است نتیجه آزمایش بارداری ضمن ثبت در فرم مراقبت بارداری، در صورت عدم نیاز مادر، تا پایان بارداری در پرونده نگه داری شود.
- ۱۴- مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۶ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری
- ۱۵- زمان ملاقاتهای مادر براساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.
- ۱۶- هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر(شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی(در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می کند.
- ۱۷- در صورتی که مادر باردار نیاز به دریافت خدمات **درمانی** دندان پزشکی دارد، مناسب ترین زمان **سه ماهه دوم بارداری** است.
- ۱۸- **سه ماهه اول بارداری** را از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، **سه ماهه دوم** را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و **سه ماهه سوم** را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر بگیرید.

- ۱۹- به منظور ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش های کنترل درد زایمان، مادر باردار باید از هفته ۲۰ بارداری در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت کند. از این رو لازم است ضمن آموزش به مادر در مورد مزایا و ضوابط شرکت در کلاس های آمادگی پیش از زایمان، مادر در زمان مناسب، به نزدیک ترین محل برگزاری کلاس معرفی شود.
- ۲۰- هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود، ولی چنانچه به هر علتی زایمان در منزل انجام گردید، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود. در صورت انجام زایمان در منزل، مادر و نوزاد باید تا ۶ ساعت پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند.
- ۲۱- در صورت تشخیص علامت خطر در زمان زایمان، با توجه به نوع علامت خطر و مرحله زایمان، عامل زایمان باید در هنگام ارجاع، مادر را با ست زایمان همراهی کند.
- ۲۲- انجام زایمان مادر در معرض خطر در منزل، به هیچ وجه جایز نیست.
- ۲۳- نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.
- ۲۴- نوزاد مادری که به هر دلیل تحت درمان داروهای روان گردان است، باید تحت مراقبت متخصص اطفال قرار بگیرد.
- ۲۵- مراقبتهای معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان انجام می شود. مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می شود.
- ۲۶- برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت نوبت اول پس از زایمان محسوب کرد.
- ۲۷- توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت و ارجاع و پیگیری مادر مؤثر نخواهد بود.

جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

مراقبت ۴ تا ۸ هفته هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)	مراقبت ۴ و ۵ هفته هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۳ هفته هفته ۲۶ تا ۳۰	مراقبت ۲ هفته هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۱ هفته هفته ۱۰ تا ۱۴	پیش از بارداری	زمان مراقبت
						نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی، حرکت جنین، ضربه 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی، حرکت جنین، ضربه 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی حرکت جنین، ضربه 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی حرکت جنین، ضربه 	<ul style="list-style-type: none"> مشخصات، وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، مصرف مکمل ها و گروه های غذایی سابقه بارداری و زایمان قبلی بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی/ همسرآزاری، رفتارهای پر خطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل شکایت های شایع و علائم خطر، ضربه آخرین روش پیشگیری از بارداری 	ارجاع به پزشک یا ماما	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، پوست، اندام ها و صورت، شکم (لئوپولد) شنیدن صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، اندام ها و صورت، پوست، شنیدن صدای قلب جنین کلاس آمادگی زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، اندام ها و صورت، دهان و دندان، پوست شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، اندام ها و صورت، دهان و دندان، پوست شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری قد و وزن تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی وزن گیری علائم حیاتی، حال عمومی معاینه دهان و دندان معاینه فیزیکی 		معاینه بالینی (ارجاع در صورت نیاز)
<p>سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری</p>	<p>CBC, GCT, U/A نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت)</p>	<p>سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری)</p>	<p>CBC, BG, Rh, , U/A, U/C, BUN, Crea, HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)، HBsAg (در صورت نیاز)، نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)</p>	ارجاع به پزشک یا ماما		آزمایش ها (ارجاع)
<ul style="list-style-type: none"> علائم خطر، شکایت های شایع تغذیه/ مکمل های دارویی فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان شیردهی بهداشت فردی و دهان و دندان عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل بهداشت فردی و دهان و دندان مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> علائم خطر، شکایت های شایع تغذیه/ مکمل های دارویی فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان شیردهی/ تنظیم خانواده عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل بهداشت فردی و دهان و دندان مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزادی تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> علائم خطر، بهداشت فردی شکایت های شایع تغذیه/ مکمل های دارویی بهداشت دهان و دندان شکایت های شایع شیردهی عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> علائم خطر، بهداشت فردی تغذیه/ مکمل های دارویی بهداشت دهان و دندان شکایت های شایع شیردهی عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی و روان بهداشت جنسی بهداشت دهان و دندان تغذیه/ مکمل های دارویی عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل علائم خطر/ شکایت های شایع تاریخ مراجعه بعدی 	آموزش و مشاوره	
اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)						مکمل های دارویی
توأم در صورت نیاز - رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری						ایمن سازی

جدول راهنمای مراقبت های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت	نوع مراقبت	مراقبت ۱ روز های ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۱۴ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده		- مشخصات، وضعیت زایمان - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، سرگیجه، اختلالات روانی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل های دارویی
	معاینه بالینی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی
آزمایش ها (ارجاع)		-----	-----	پاپ اسمیر (در صورت نیاز)
آموزش و مشاوره		بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، تنظیم خانواده، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز در هفته ۶ پس از زایمان، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده (در صورت عدم مشاوره در ملاقات دوم)، تاریخ مراجعه بعدی برای دریافت خدمات تنظیم خانواده
مکمل های دارویی		آهن و مولتی ویتامین تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن سازی		رگام در مادر ارهانش منفی با نوزاد ارهانش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	-----	-----

الف-تشخیص بارداری

صفحه ۹۴

الف-۱- تشخیص بارداری

صفحه ۹۵

تعاریف تشخیص بارداری

الف ۱- تشخیص بارداری

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>- توصیه به استفاده از روش اورژانسی پیشگیری از بارداری</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه در ۷۲ ساعت اول پس از مقاربت محافظت نشده و عدم تمایل به بارداری	مراجعه زودتر از موعد قاعدگی بعدی
<p>- توصیه به انتظار و مراجعه در صورت قطع قاعدگی</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>- مراجعه پس از ۷۲ ساعت از مقاربت محافظت نشده و عدم تمایل به بارداری</p> <p>- مراجعه با تمایل به بارداری</p>	
<p>- مطابق دستورالعمل تنظیم خانواده</p> <p>- توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	قطع قاعدگی از ابتدای استفاده از روش	مراجعه با قطع قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی
<p>- ارجاع غیر فوری برای انجام آزمایش خون تشخیص بارداری</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	قطع قاعدگی در خانمی که خونریزی ماهیانه داشته است	مراجعه در فاصله کمتر از دو هفته از قطع قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش
<p>- توصیه به انتظار و مراجعه پس از گذشت ۲ هفته از قطع قاعدگی</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>- عدم استفاده از روش مطمئن پیشگیری از بارداری</p> <p>- استفاده از کاندوم یا روش منقطع</p>	
<p>- ارجاع غیر فوری برای انجام آزمایش ادرار تشخیص بارداری</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه در فاصله بیش از ۲ هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش	
<p>- ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما برای انجام سونوگرافی یا آزمایش خون</p> <p>- توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه پس از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش	
<p>- ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما برای انجام آزمایش خون تشخیص بارداری</p> <p>- توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه مادر بدون شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان	
	مراجعه مادر با شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۶ هفته از زایمان	

سؤال کنید

- اولین روز آخرین قاعدگی
- نوع روش پیشگیری از بارداری
- وضعیت قاعدگی حین استفاده از روش
- وضعیت شیردهی
- ابتلا به بیماری زمینه ای
- تمایل به بارداری

گروه بندی کند

گروه بندی براساس نتیجه و ارزیابی

اقدام

نوع آزمایش

<p>- ارایه مراقبت های معمول بارداری طبق ب ۱</p> <p>- ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما در صورت وجود کاشتنی ها، آلودگی و یا سایر روش ها همزمان با بارداری</p>	مثبت	آزمایش ادرار تشخیص بارداری (گراویندکس)
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و زایمان	<p>- عدم شروع قاعدگی</p> <p>- شروع قاعدگی به شکل غیر معمول</p>	منفی
ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما برای دریافت مراقبت های پیش از بارداری	<p>- تمایل به بارداری</p> <p>- شروع قاعدگی به شکل معمول</p>	
مشاوره تنظیم خانواده	<p>- عدم تمایل به بارداری</p> <p>- شروع قاعدگی به شکل معمول</p>	
ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما	تفسیر نتیجه آزمایش	آزمایش خون تشخیص بارداری

نتیجه آزمایش

گروه بندی کند

شیردهی انحصاری: تغذیه انحصاری با شیرمادر به طوری که کودک تا ۶ ماه به جز شیرمادر از هیچ ماده غذایی (آب، آب قند، شیر مصنوعی و شیر دام) تغذیه نکند، تغذیه براساس تقاضای کودک باشد و حداقل ۸ بار شیردهی در شبانه روز انجام شود.

عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری: عدم استفاده از روش بدین معناست که خانم اصلاً از هیچ روشی استفاده نمی کند یا مدت استفاده از روش مدرن پیشگیری از بارداری پایان یافته است. این زمان برای روش های مختلف عبارتست از:

- **آمپول DMPA:** حداکثر ۲ هفته پس از پایان مدت زمان مصرف (۹۰ روز) و عدم تزریق مجدد، **کاشتنی ها:** پس از خروج و عدم استفاده مجدد، **آیودی:** پس از انقضای مدت مصرف برحسب نوع آیودی و یا پس از خروج آن و عدم استفاده مجدد، **قرص:** پس از اتمام دوره مصرف و عدم شروع بسته قرص بعدی، **کاندوم:** عدم استفاده

قطع قاعدگی: عدم وقوع قاعدگی در زمان مورد انتظار

نکته ۱: در مورد مادر شیرده ای که قاعدگی اش شروع شده و مجدداً دچار قطع قاعدگی شده است، با توجه به نوع روش پیشگیری همانند خانم غیر شیرده گروه بندی و اقدام کنید. بطور مثال اگر مادر شیرده ای که قاعده می شود و از لاینسترونول استفاده می کند با قطع قاعدگی مراجعه کند، او را همانند خانم غیر شیرده ای که از روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی استفاده می کند و با قطع قاعدگی مراجعه کرده است، گروه بندی کنید.

نکته ۲: توجه کنید در زمان ارجاع خانم برای انجام آزمایش تشخیص بارداری، در مقابل نام او در دفتر مراقبت ممتد تنظیم خانواده عبارت «مشکوک به بارداری» را بنویسید.

نکته ۳: صرف نظر از اقدامات ذکر شده در قسمت تشخیص بارداری، هر زمان که مراجعه کننده تمایل به تشخیص زودهنگام بارداری داشته باشد می توان وی را برای آزمایش بتاساب یونیت یا گراویندکس (با توجه به تاریخچه) ارجاع داد.

اطلاع از بارداری بودن برای تمام زنان همسر دار در سنین باروری اهمیت دارد و معمولاً قطع قاعدگی از مهمترین علائمی است که آنان را به بارداری بودن مشکوک می کند. جدول تشخیص بارداری بر اساس زمان مراجعه زنان از ۷۲ ساعت پس از مقاربت محافظت نشده تا ۸ هفته پس از قطع قاعدگی و با توجه به نوع روش پیشگیری و زمان مراجعه از بالا به پایین طبقه بندی شده است. محتوای این جدول این امکان را فراهم می سازد که بتوانید وضعیت خانم را از نظر بارداری بودن تعیین و اقدام مناسب را انجام دهید. بدیهی است خانم هایی که بارداری آنان تأیید می شود، واجد شرایط دریافت مراقبت های دوران بارداری هستند و آنانی که باردار نیستند در صورت تمایل به بارداری، برای دریافت مراقبت های پیش از بارداری و در صورت عدم تمایل به بارداری برای دریافت خدمات تنظیم خانواده معرفی می شوند.

آموزش و توصیه: براساس گروه بندی، نوع آموزش ها متفاوت است:

۱- به خانمی که زودتر از موعد قاعدگی مراجعه کرده است، آموزش دهید که تا زمان قطع قاعدگی در صورت نیاز استفاده از داروهای رایج مانند مسکن، ضدسرماخوردگی، تقویتی و آنتی بیوتیک (پنی سیلین، آمپی سیلین، آموکسی سیلین) مانعی ندارد.

۲- به خانمی که تمایل به بارداری ندارد و یا مقاربت محافظت نشده داشته و زودتر از موعد قطع قاعدگی مراجعه کرده است، در مورد خطر عوارض و حتی مرگ ناشی از دستکاری و عوارض سقط عفونی و همچنین در مورد استفاده از روش های اورژانس پیشگیری از بارداری طی ۷۲ ساعت اول پس از مقاربت محافظت نشده آموزش دهید.

۳- به خانمی که با قطع قاعدگی صرف نظر از نوع روش پیشگیری مراجعه کرده و احتمال بارداری بودن او وجود دارد، آموزش دهید تا زمان تأیید بارداری:

الف) استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری و تزریق مجدد آمپول را قطع کند و از کاندوم استفاده نماید.

ب) از مصرف هر گونه دارو و انجام عکسبرداری بدون نظر پزشک خودداری کند. در صورت نیاز به عکسبرداری، مسئول مربوطه را از احتمال بارداری بودن خود مطلع کند.

اسید فولیک: مصرف روزانه ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک را به خانم توصیه کنید.

روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی: استفاده از روش های مدرنی است که قطع قاعدگی ایجاد نمی کند. این روش ها شامل استفاده از قرص های ضد بارداری (LD, HD) و تری فازیک، کاندوم، آیودی، بستن لوله در زنان و مردان است.

روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی: استفاده از روش های مدرنی است که قطع قاعدگی ایجاد می کند. این روش ها شامل استفاده از کاشتنی ها، آمپول (DMPA) و لاینسترونول (قرص ضد بارداری دوران شیردهی) است.

ب-مراقبت های معمول بارداری

ب ۱- اولین ملاقات بارداری صفحه ۹۷

ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری صفحه ۹۸

ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری صفحه ۹۹

تعاریف مراقبت های بارداری صفحه ۱۰۰

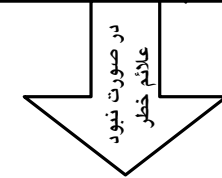
ب ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

<p>سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - خونریزی - تشنج قبل از مراجعه - درد شدید یاحاد شکم 	<p>بررسی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در حال تشنج - اختلال هوشیاری - شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک(ماکزیمم) کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه
--	---

در صورت وجود هر یک از علائم

<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری</p> <p>اقدامات قبل از ارجاع:</p> <p>الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن</p> <p>ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان</p>



ارزیابی

<p>تشکیل پرونده</p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت بارداری</p>
<p>سؤال کنید:</p> <p>لکه بینی، سوزش ادرار، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش ناحیه تناسلی، آبریزش، درد دندان، درد شکم و یا پهلوها، استفراغ شدید یا خونی، شکایت شایع، مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی، اختلالات روانی، همسرآزاری، ضربه، درد یک طرفه ساق و ران، خارش پوست</p>
<p>اندازه گیری کنید:</p> <p>وزن، قد، علائم حیاتی</p>
<p>معاینه کنید:</p> <p>چشم، پوست، اندام ها و صورت، دهان و دندان</p>

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>لکه بینی، سوزش ادرار، استفراغ شدید یا خونی، فشارخون بالا، تب، آبریزش، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها، بیماری روانی شدید، ضربه مستقیم به شکم و لگن</p>	<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری</p>
<p>ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، رنگ پریدگی شدید، بثورات پوستی، ورم دستها و صورت، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان، خارش پوست، موارد نیازمند ارجاع در بخش شرح حال فرم مراقبت بارداری، سوء تغذیه</p>	<p>- اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری</p> <p>- در صورت التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیرفوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p> <p>- در صورت عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p> <p>- در صورت وجود رفتارهای پرخطر: ارجاع به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری</p>
<p>بیماری روانی خفیف (افسردگی، اضطراب، وسواس)</p>	<p>- به دقت به صحبت و شکایت های مادر گوش کنید و به او بگوئید که مشکل او را درک می کنید.</p> <p>- به مادر اطمینان دهید که مشکل او قابل درمان است و از افراد مورد اعتماد برای حل مشکلاتش کمک خواهد.</p> <p>- مادر را به شرکت در برنامه ها و مراسم لذت بخش تشویق کنید.</p> <p>- ادامه مراقبت طبق آخرین خانه زیر</p> <p>- در صورت عدم بهبود مادر در مراقبت بعدی: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>
<p>همسر آزاری</p>	<p>- در صورت وجود سابقه همسرآزاری:</p> <p>- به دقت به صحبت و شکایت های مادر گوش کنید و به او بگوئید که مشکل او را درک می کنید.</p> <p>- از سرزنش کردن و ترحم و قضاوت کردن خودداری کنید و به او اطمینان دهید که اسرار او محرمانه می ماند.</p> <p>- به مادر توصیه کنید که از افراد مورد اعتماد برای کنترل رفتار پرخطر پرخاشگرانه کمک بخواند.</p> <p>- ادامه مراقبت طبق خانه زیر</p> <p>در صورت وقوع همسرآزاری:</p> <p>- در صورت نبود علائم خطر فوری روانی در مادر یا همسر، آنان را برای مراجعه به روان پزشک تشویق کنید و مراقبت را طبق خانه زیر ادامه دهید.</p> <p>در صورت وجود آسیب جسمی و یا علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به بیمارستان</p>
<p>شکایت های شایع یا طبیعی بودن همه موارد</p>	<p>- ایمن سازی در صورت نیاز</p> <p>- تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱</p> <p>- آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم منحنی وزن گیری</p> <p>- تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p> <p>- ارجاع غیر فوری برای انجام آزمایشهای معمول و معاینه توسط پزشک</p>

ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

<p>سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - خونریزی - تشنج قبل از مراجعه - درد شدید یا حاد شکم <p>بررسی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در حال تشنج - اختلال هوشیاری - شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه 	<p>در صورت وجود هر یک از علائم</p>	<p>اقدامات قبل از ارجاع:</p> <p>الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن</p> <p>ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان</p>
--	------------------------------------	--

علائم خطر صورت گیرد

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:

لکه بینی، سوزش ادرار، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش ناحیه تناسلی، آبریزش، درد شکم و یا پهلوها، درد دندان، استفراغ شدید یا خونی، اختلالات روانی، همسرآزاری، شکایت شایع، حرکت جنین، ضربه، مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی، درد یک طرفه ساق و ران، خارش پوست

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، پوست، اندام ها و صورت، دهان و دندان

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>- حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری</p> <p>- در صورت وجود علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری مادر به بیمارستان</p>	<p>لکه بینی، سوزش ادرار، استفراغ شدید یا خونی، تب، آبریزش، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها، فشارخون بالا، بیماری روانی شدید، ضربه مستقیم به شکم و لگن</p>
<p>- اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری</p> <p>- در صورت التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیرفوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p> <p>- در صورت عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p> <p>- آموزش به مادر در مورد توجه به حرکت جنین</p> <p>- توجه به نکات مربوط به شنیدن صدای قلب جنین در دستورالعمل فرم مراقبت بارداری</p>	<p>وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک (می نیمم) به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، بثورات پوستی، ورم دستها و صورت، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، خارش پوست، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری، عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان، نبود حرکت و صدای قلب جنین، سوء تغذیه</p>
<p>اقدام طبق خانه زیر و ب ۱</p>	<p>بیماری روانی خفیف (افسردگی، اضطراب، وسواس)، همسرآزاری</p>
<p>- ایمن سازی در صورت نیاز</p> <p>- تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱</p> <p>- آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم منحنی وزن گیری</p> <p>- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان</p> <p>- تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p>	<p>شکایت های شایع یا طبیعی بودن همه موارد</p>
<p>- ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما برای انجام سونوگرافی معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری</p>	

ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

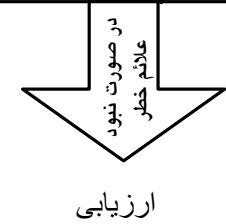
ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

اقدامات قبل از ارجاع:
 الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
 ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خواباندن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

سؤال کنید:
 - خونریزی
 - تشنج قبل از مراجعه
 - پاره شدن کیسه آب
 - درد شدید یا حاد شکم

بررسی کنید:
 - در حال تشنج
 - اختلال هوشیاری
 - شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه

در صورت وجود هر یک از علائم



گروه بندی علائم و نشانه ها اقدام

<p>لکه بینی، سوزش ادرار، استفراغ شدید یا خونی، فشارخون بالا، تب، آبریزش، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها، افزایش وزن ناگهانی، نشنیدن یا غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین، کاهش یا عدم حرکت جنین، ورم دستها و صورت، سن بارداری بیش از ۴۰ هفته، بیماری روانی شدید، ضربه مستقیم به شکم و لگن</p>	<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری - در صورت وجود علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری مادر به بیمارستان</p>
<p>وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک (می نیمم) به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، بثورات پوستی، خارش پوست، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری، سوء تغذیه، عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان،</p>	<p>اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p>
<p>بیماری روانی خفیف (افسردگی، اضطراب، وسواس)، همسرآزاری</p>	<p>اقدام طبق خانه زیر و ب ۱</p>
<p>شکایت های شایع یا طبیعی بودن همه موارد</p>	<p>ایمن سازی در صورت نیاز - تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم منحنی وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - مشاوره تنظیم خانواده در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری طبق ت ۲ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما: - انجام آزمایش های معمول در هفته ۲۶ تا ۳۰ و تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری - انجام سونوگرافی معمول در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری</p>

گروه بندی و اقدام

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:
 لکه بینی، سوزش ادرار، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش ناحیه تناسلی، آبریزش، درد شکم و یا پهلوها، خارش پوست، حرکت جنین، استفراغ شدید یا خونی، اختلالات روانی، همسرآزاری، شکایت شایع، مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی، ضربه، درد یک طرفه ساق و ران

اندازه گیری کنید:
 وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:
 شکم (لئوپولد)، چشم، پوست، اندام ها و صورت

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آزمایشهای معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل خون، کشت و کامل ادرار، BUN و کراتی نین خون و در ملاقات سوم بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) شمارش کامل خون، GCT و کامل ادرار توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

نکته ۱: نتایج آزمایش ها توسط پزشک یا ماما بررسی می شود.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، زن باردار را برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید.

نکته ۳: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، زن باردار را برای انجام آزمایش VDRL ارجاع دهید.

نکته ۴: نوبت اول کومبس غیر مستقیم در مادر اره‌اش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن اره‌اش همسر توسط پزشک یا ماما درخواست می شود. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۶ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۵: در اولین مراجعه، چنانچه زن باردار در معرض خطر (سابقه مرده زایی، سابقه حداقل ۲ بار سقط خود به خودی، سابقه تولد نوزاد ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده، نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع پیش از بارداری) باشد، آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز در شرایط غیر ناشتا توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

نکته ۶: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است، آزمایش HBsAg توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

آموزش و توصیه: طی ملاقات های بارداری در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، عدم مصرف الکل، شکایت های شایع، علائم خطر و مراجعه برای دریافت مراقبت های بارداری، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد، شیردهی، تنظیم خانواده و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان، به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتی متر تقریباً با سن

بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

استفراغ شدید: استفراغ های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم آبی بدن مادر گردد.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده است؛

- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛

- تمایل دائم و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛

- مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

الکلیسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد، اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.

اولین ملاقات: اولین ملاقات با مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد. اقداماتی که در این ملاقات در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود عبارتست از:

تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر، درخواست آزمایش های معمول، ثبت نتیجه پس از بررسی شرح حال و معاینه، انجام مراقبت ویژه در صورت نیاز و ثبت اقدامات آن، ارزیابی مادر در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری و ثبت نتایج آن

نکته: چنانچه مادری در زمانی غیر از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری برای اولین بار مراجعه کند، علاوه بر اقدامات مربوط به اولین ملاقات (تشکیل پرونده و شرح حال، درخواست آزمایش های روتین، معاینه توسط پزشک)، با توجه به زمان مراجعه مادر، مراقبت مربوط به همان هفته بارداری را نیز انجام دهید.

ایمن سازی: ایمن سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید.

نکته: در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی، مادر را برای ایمن سازی به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در هر مراجعه، ابتدا پرونده را مرور کنید و چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمت های مختلف پرونده، نامشخص بودن وضعیت ایمن سازی، نبودن جواب آزمایش ها، نبودن نتیجه و پسخوراند وجود دارد، رفع و دستورات را اجرا کنید.

بیماری روانی خفیف: این بیماری که مردم عادی به آن ناراحتی اعصاب می گویند با علائم زیر ظاهر می شود:

اضطراب، بی قراری، بی اشتهاپی و یا برعکس پرخوری، افسردگی، وسواس، عصبانیت، پرخاشگری، احساس درد در نقاط مختلف بدن. این علائم با کم یا زیاد شدن فشارها و مشکلات زندگی تغییر می کند و گاه ماه ها و سال ها ادامه می یابد. این بیماران به پزشکان زیادی مراجعه و مورد معاینه و آزمایش های مختلف قرار می گیرند که به آنها گفته می شود بیماری شما جسمی نیست و مربوط به اعصاب شما است.

بیماری روانی شدید: در این بیماری، رفتار، گفتار و ظاهر فرد بیمار با افراد طبیعی فرق می کند. گروهی از مردم به این بیماری جنون می گویند. این بیماری بیشتر در افراد بالای ۱۵ سال دیده می شود که گاه به صورت تدریجی و گاهی به صورت ناگهانی ایجاد می شود. اکثر این بیماران، خودشان را بیمار نمی دانند و حاضر نیستند به پزشک مراجعه کنند یا تحت درمان قرار گیرند.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر همدیگر

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را بر اساس «هفته» تعیین و به مادر یادآوری کنید.

تزریق آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری ترجیحاً توسط پزشک یا ماما تزریق می شود.

نکته: به خاطر بسپارید در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت، در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...)، آمپول رگام تزریق می شود.

تجویز مکمل های دارویی: مکمل های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، در ملاقات اول « فرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمایید.

تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تعداد بارداری: مجموع بارداری های مادر بدون توجه به نتیجه آنها (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.

توجه به تاریخ تقریبی زایمان: از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.

جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندان ها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.

حرکت جنین: در ملاقات هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری از حرکت جنین سؤال کنید. معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در این هفته ها احساس می شود. این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد.

نکته: تعیین حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. در مواردی که مادر می گوید جنین حرکت ندارد، ابتدا به روش زیر وضعیت حرکت جنین را بررسی و سپس براساس نتیجه آن، تصمیم گیری کنید. برای شمارش حرکت، به مادر یک لیوان شربت قند داده و به او بگویید که به پهلو چپ بخوابد و تعداد حرکت جنین را به مدت دو ساعت شمارش کند. حرکات جنین به تعداد ۱۰ بار در ۲ ساعت طبیعی است. در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد یا صدای قلب جنین نیز شنیده نمی شود، مادر را ارجاع دهید.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

دخانیات: مصرف هر نوع سیگار، توتون، تنباکو و ... است.

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

نکته: در مواردی که سن بارداری بالای ۳۷ هفته است، درد متناوب پایین شکم می تواند نشانه زایمان باشد.

دیابت بارداری: شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان سخت: زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.

سقط: خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری

سقوط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقوط مکرر: حداقل ۳ بار سقط متوالی

سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

سونوگرافی: در هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، مادر را برای انجام سونوگرافی معمول به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، سوء تغذیه، عفونت HIV / ایدز، ناهنجاری اسکلتی، بیماری تیروئید، ناهنجاری دستگاه تناسلی، تالاسمی مینور در زوجین، هیپاتیت، اختلالات انعقادی، سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ) و یا سابقه قبلی سرطان پستان در مادر و یا لمس توده در پستان توسط مادر، مصرف دارو و حساسیت دارویی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت بارداری فعلی، آخرین روش پیشگیری از بارداری، داشتن فرزند کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، مصرف الکل، شغل سخت و سنگین، رفتارهای پر خطر، همسرآزاری

شکایت های شایع: این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهلبی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستان ها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهلبی، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته ۱: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

نکته ۲: متناسب با هر شکایت، طبق متن آموزشی به مادر توصیه کنید.

شغل: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.

شغل سخت و سنگین:

- کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت؛
- قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس و یا در معرض مواد شیمیایی اعم از حشره کش، مواد آزمایشگاهی و...؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود.

نکته: لازم است مادر بارداری که کار طولانی مدت نشسته دارد، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.

شوکه: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۲۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

ضربه: هر نوع صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن مادر نیاز به بررسی دارد. ضربه مستقیم به شکم و لگن، نیازمند ارجاع فوری مادر است.

عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: این مورد از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خودبه خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لته ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. فشارخون ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم روانی: وضعیت روانی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

- **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال: فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود.)

کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین های عصبی-عضلانی، اصلاح وضعیت ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام سازی تشکیل می شود. مادر می تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس ها شرکت کند.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانده و شکم او را عریان کنید. مانور های لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

مرده زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.

نکته: دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

مشاوره تنظیم خانواده: در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید.

مشکلات اداری- تناسلی: این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیر طبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی است.

معاینه اندام ها و صورت: پاها، صورت و دست های مادر را از نظر وجود ادم بررسی کنید.

معاینه پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی

معاینه چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید.

نکته: کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.

معاینه دهان و دندان: در ملاقات اول و دوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

معاینه شکم: در نیمه دوم بارداری با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید.

معاینه فیزیکی: مادر به شرح زیر توسط پزشک معاینه می شود:

- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی

- بررسی پوست از نظر وجود بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول های تیروئید

- سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)

- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده

- بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

ملاقات های معمول بارداری: تعداد ملاقات های معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبت های استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید.

نکته: تعیین نمایه توده بدنی تا پایان هفته ۱۲ بارداری معتبر است.

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. بطور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است. **نکته:** افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی و مصرف روزانه مقادیر کافی و متنوع از گروه های اصلی غذایی را سؤال و به مصرف روزانه بخصوص از گروه شیر و لبنیات و گروه میوه و سبزی تأکید کنید.

همسرآزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

پ-مراقبت های معمول زایمان و

بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل

پ ۱- ارزیابی اولیه زایمان در منزل	صفحه ۱۰۶
پ ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان در منزل	صفحه ۱۰۷
پ ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان در منزل	صفحه ۱۰۸
پ ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان در منزل	صفحه ۱۰۹
پ ۵- تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان در منزل	صفحه ۱۱۰

پ ۱- ارزیابی اولیه زایمان در منزل

(در صورتی که زایمان در منزل انجام می گیرد، به نکات راهنمای ج ۶ توجه کنید.)

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
- اختلال هوشیاری
- خونریزی
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک (ماکزیم) کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه
- تنفس مشکل

در صورت وجود هر یک از علائم

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
اقدامات قبل از ارجاع:
الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو
چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

در صورت نبود
علائم خطر

تعیین مرحله زایمان

در صورتی که زایمان در مرحله دوم به بعد باشد

مراقبت هر مرحله زایمان طبق پ ۲ تا پ ۴

در صورتی که مرحله اول
زایمان باشد

ارزیابی اولیه

تشکیل پرونده
گرفتن شرح حال مطابق فرم زایمان در منزل
سؤال کنید:
شروع دردهای زایمانی، لکه بینی، آبریزش/ پارگی کیسه آب
کنترل و اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی، صدای قلب جنین، انقباضات رحم
معاینه کنید:
لئوپولد، چشم، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی، مهبل (وضعیت زایمان، کیسه آب، لگن)

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>- ارجاع فوری - در صورت جلو افتادن بند ناف: قرار دادن مادر در وضعیت سجده یا گذاشتن چند بالش در زیر باسن مادر</p>	<p>فشارخون بالا، نشنیدن صدای قلب جنین، جلو افتادن بند ناف، تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار و کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه، زایمان زودرس، زایمان دیررس، پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت، تب، ضایعات ناحیه تناسلی، چندقلویی، نمایه توده بدنی بیش از ۴۴/۸، جنین ناهنجار، اعتیاد به مواد مخدر، تأخیر رشد داخل رحمی، نمایش غیر طبیعی، قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر، لکه بینی، مرگ جنین، کم خونی، جنین درشت، شکم اول، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت، ابتلا به بیماری، بارداری پنجم و بالاتر، رفتارهای پرخطر، ابعاد نامتناسب لگن، زجر جنین یا دفع مکنونیوم</p> <p>سوابق بارداری و زایمان قبلی: زایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، خونریزی در بارداری و پس از زایمان، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰گرم، جنین ناهنجار، مرده زایی، مرگ نوزاد</p>
<p>ارایه مراقبت های زایمان طبق پ ۲</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد و تمایل مادر به زایمان در منزل</p>

پ ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان در منزل

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>شوک، تشنج، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، خونریزی، فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت، ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ و بیشتر از ۱۶۰ بار در دقیقه، جلو افتادن بندناف، فشارخون بالا، تب، پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت، دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتیمتر در ساعت در فاز فعال، نزول سر جنین کمتر از ۱ سانتیمتر در ساعت پس از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر، وجود خون یا مکنونیوم در مایع آمنیوتیک، نمایش غیر طبیعی، چندقلویی</p>	<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر با کیف زایمان اقدامات قبل از ارجاع: (الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن (ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان (ج) جلو افتادن بند ناف: قرار دادن مادر در وضعیت سجده یا گذاشتن چند بالش در زیر باسن مادر</p>
<p>طبیعی بودن همه موارد و پیشرفت مناسب زایمان</p>	<p>ادامه مراقبت تا شروع مرحله دوم زایمان</p>

اقدام اولیه و ارزیابی

- آماده کردن اولیه مادر و محل زایمان
- کنترل علائم حیاتی، پیشرفت زایمان
- بررسی وضعیت کیسه آب و انقباضات رحم
- شنیدن صدای قلب جنین

گروه بندی و اقدام

مرحله اول زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>شوک، تشنج، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، طولانی شدن مرحله دوم بیش از ۲۰ دقیقه، پارگی رحم، خونریزی، کاهش ضربان قلب جنین، خارج نشدن شانه ها، تب، چندقلوئی، نمایش غیر طبیعی</p>	<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر با کیف زایمان اقدامات قبل از ارجاع: (الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن (ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان (ج) خارج نشدن شانه ها: پاهای مادر را روی شکم خم کنید. از همراه بخواهید همزمان که سر را به پایین می کشید، از روی شکم فشار متوسطی روی رحم وارد کند. در صورت عدم خروج شانه ها از دستکاری بیشتر بپرهیزید.</p>
<p>طبیعی بودن همه موارد و پیشرفت مناسب زایمان</p>	<p>- انجام مانورهای زایمانی برای خروج سر نوزاد - خارج کردن ترشحات دهان و بینی پس از خروج سر نوزاد - خارج کردن کامل نوزاد</p>

اقدام اولیه و ارزیابی

- | | |
|---|-------------|
| <p>- آمادگی برای زایمان (مادر، ماما، وسایل)
- کنترل پیشرفت زایمان و صدای قلب جنین</p> | <p>مادر</p> |
|---|-------------|

گروه بندی و اقدام

مرحله دوم زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، آغشته بودن به مکنونیوم، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی، سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته</p>	<p>- کلامپ و بریدن سریع بندناف - ارجاع فوری ۱</p>
<p>طبیعی بودن همه موارد</p>	<p>- فراهم کردن گرما - پاک کردن راه های هوایی (ترشحات دهان و بینی) - خشک کردن بدن - کلامپ و بریدن بندناف</p>

اقدام اولیه و ارزیابی

- | | |
|--|--------------|
| <p>ارزیابی سریع علائم زیر:
- آغشته بودن به مکنونیوم
- تنفس یا گریه کردن
- تون عضلانی مناسب
- رنگ صورتی بدن
- سن بارداری ترم</p> | <p>نوزاد</p> |
|--|--------------|

گروه بندی و اقدام

پ ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان در منزل

مرحله سوم زایمان

مرحله چهارم زایمان

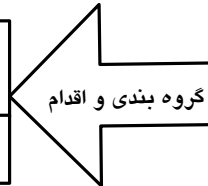
اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	<ul style="list-style-type: none"> - تزریق اکسی توسین (در صورت نبود قل دیگر) - بررسی علائم خروج جفت - انجام مانورهای خروج جفت - بررسی جفت، پرده ها و بندناف - اطمینان از جمع بودن رحم
-------------	--



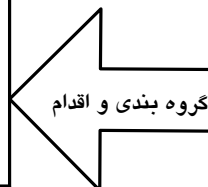
اقدام اولیه و ارزیابی

نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> - تعویض دستکش - کلیپس بندناف - تمیز کردن چشم ها و بدن - قرار دادن نوزاد روی سینه مادر برای تماس پوست با پوست و شروع شیردهی - پوشاندن بدن - اطمینان از گرم بودن اتاق - ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی
--------------	---



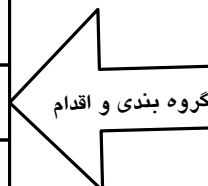
اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی کانال زایمانی و میزان و نوع پارگی
-------------	--



اقدام اولیه و ارزیابی

نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> - اطمینان از گرم بودن نوزاد و مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی
--------------	---



گروه بندی و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>خونریزی (احتباس جفت، شل بودن رحم، پارگی ها)، وارونگی رحم</p>	<p>- ارجاع فوری و همراهی مادر اقدامات قبل از ارجاع: - وارونگی رحم: پیچیدن تمام رحم در یک گاز استریل گرم و مرطوب - خونریزی: ماساژ رحم</p>
طبیعی بودن همه موارد	ادامه مراقبت

گروه بندی و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی</p>	<p>ارجاع فوری</p>
طبیعی بودن همه موارد	ادامه مراقبت

گروه بندی و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>اختلال هوشیاری، شوک، تشنج، خونریزی، تنفس مشکل، تب، پارگی کانال زایمان، فشارخون بالا، پارگی رحم</p>	<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر اقدامات قبل از ارجاع: الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خواباندن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان ج) خونریزی: ماساژ رحم</p>
طبیعی بودن همه موارد	آماده کردن مادر برای استراحت

گروه بندی و نشانه ها

اقدام نهایی

<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی</p>	<p>ارجاع فوری</p>
<p>سرد بودن پاها</p>	<p>- پوشاندن بدن و سر نوزاد با لباس و کلاه و پیچیدن او در پتو و گذاردن در آغوش مادر و یا استفاده از گرم کننده تابشی</p>
طبیعی بودن همه موارد	ادامه مراقبت

پ ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان در منزل

اقدام نهایی

گروه بندی علائم و نشانه ها

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر اقدامات قبل از ارجاع: الف) شوک و اختلال هوشیاری: تشنج، شوک، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خواباندن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان ج) خونریزی: ماساژ رحم	اختلال هوشیاری، تشنج، شوک، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب
- تشویق و آموزش به ادرار کردن و در صورتی که با آموزش مادر همچنان ادرار نکرده است: ارجاع فوری	عدم دفع ادرار
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع به بیمارستان پس از ۶ ساعت	تمایل به بستن لوله ها
- تجویز مسکن در صورت نیاز و مکملهای دارویی طبق ج ۱ - تشویق مادر به شیردهی انحصاری - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم زایمان در منزل و رایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۳ - توصیه به مصرف مواد غذایی - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی - ترک منزل مادر پس از ۶ ساعت	طبیعی بودن همه موارد

اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت دفع ادرار - سؤال در مورد تمایل مادر به بستن لوله ها
------	---

گروه بندی و اقدام

اقدام نهایی

گروه بندی علائم و نشانه ها

ارجاع فوری	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی
- در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد اقدامات پیش از ارجاع - فراهم کردن گرما - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق مانا	سرد بودن نوزاد
بر حسب مورد: اقدام طبق مانا و خانه زیر	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد
- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول - تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد نوزاد - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد - ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای ارزیابی توسط پزشک	طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی و اقدام

نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> - اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، غیرطبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد)
-------	--

۶ ساعت اول پس از زایمان

تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول

پس از زایمان) در منزل (به ترتیب حروف الفبا)

ارزیابی اولیه

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

احتباس جفت: باقی ماندن کامل جفت یا قسمتی از آن در رحم

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم

درک زمان و مکان

ارزیابی علائم خطر فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک

نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص

وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده

است؛

- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛

- تمایل دائم و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛

- مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و قدرت

هر انقباض بررسی کنید.

پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، « فرم مراقبت زایمان » را تکمیل کنید.

تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفیدی عضلات همراه

است.

تعیین مرحله زایمان: با انجام معاینه مهبل (واژینال) و بررسی وضعیت دهانه رحم، مرحله

زایمان را تعیین کنید.

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

نکته: در صورت وجود خونریزی، از معاینه مهبل خودداری کنید و مادر را ارجاع دهید.

دردهای زایمان: تشخیص دردهای واقعی از دردهای کاذب در این مرحله اهمیت دارد. مشخصات

انقباضات واقعی عبارتند از:

- در فواصل منظم اتفاق می افتد و فواصل بتدریج کوتاه می شود؛

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود.

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر

خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه مسافرت مکرر و یا اقامت طولانی مدت در

خارج از کشور در مادر و یا همسرش

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان سخت: زایمانی که طولانی بوده و یا بوسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج

سخت شانه ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماریهای زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا،

صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی، هیپرتیروئیدی و ...)، عفونت HIV / ایدز، هیپاتیت، ضایعات ناحیه

تناسلی، ناهنجاری اسکلتی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، سیفلیس

- تاریخچه بارداری: سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت بارداری فعلی، وضعیت زایمان

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، اعتیاد به مواد مخدر/

داروهای مخدر، رفتارهای پر خطر

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی

شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر

جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در

دقیقه یا بیشتر و بیقراری و گیجی همراه باشد.)

صدای قلب جنین: به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان را

بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

علائم حیاتی: علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. فشارخون ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه زیر زبانی اندازه گیری کنید. درجه زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است. دمای بدن به میزان ۲۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

نکته: چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه بینی مادر در هفته های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سر راهی باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید و مادر را ارجاع دهید.

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانده و شکم او را عریان کنید. مانورهای لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

مرده زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.

نکته: دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

معاینه چشم: رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

نکته: کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

معاینه شکم (لئوپولد): با انجام مانورهای لئوپولد، قرار و نمایش و وزن جنین را تخمین بزنید.

معاینه مهبل (واژینال): مادر را به منظور تعیین وضعیت دهانه رحم، نمایش و نزول سر جنین و وضعیت کیسه آب معاینه واژینال کنید و حین معاینه به وضعیت لگن از نظر شرایط انجام زایمان طبیعی نیز توجه نمایید.

معاینه لگن: به منظور تخمین نمایش و شرایط مادر برای انجام زایمان واژینال، به شرح زیر معاینه لگن انجام دهید:

(۱) بررسی وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکل های محسوس مانند راشیتیسسم، فلج بودن، اسکولیوزیس و وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشند)

- قوس پوبیس (با زاویه ۹۰ تا ۱۰۰ درجه، گرد و پهن باشد)

- انحناى ساکروم (به سمت جلو یا عقب شیب نداشته باشد)

- نبود ناهنجاری ها، تنگی و توده ها، ...

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یکسال نزدیکی بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری

وارونگی رحم: بیرون آمدن رحم از واژن پس از تولد نوزاد (قبل یا بعد از خروج جفت)

وضعیت کیسه آب: معمولاً کیسه آب در مراحل اولیه زایمان سالم می باشد. بنابراین با توجه به پاسخ مادر در مورد پارگی یا سلامت کیسه آب، وضعیت آن را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، به شفاف بودن مایع آمنیوتیک و همچنین به مدت زمان پارگی توجه کنید.

نکته: در صورت وقوع پارگی حین معاینه، به احتمال جلو افتادن بند ناف و همچنین رنگ مایع و یا وجود خون در مایع آمنیوتیک توجه کنید.

وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی: ناحیه تناسلی را از نظر وجود ضایعات پوستی، رگ های واریسی و توده ها بررسی کنید.

مرحله اول زایمان (از شروع دردهای واقعی زایمان تا دیلاتاسیون کامل):

آماده کردن اولیه مادر: برای مادر اقدامات زیر را انجام دهید:

کوتاه کردن موهای پرینه (در صورت نیاز)، تعویض لباس، ممانعت از مصرف مواد غذایی جامد، توصیه به مادر برای ادرار کردن هر ۲ ساعت (تخلیه مثانه)، توصیه به مادر برای قرار گرفتن در وضعیت راحت و آماده کردن مادر از نظر روحی و روانی برای زایمان

آماده کردن محل زایمان: اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت محل زایمان به میزان ۲۸-۲۵ درجه سانتی گراد، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و قدرت هر انقباض بررسی کنید.

نکته ۱: در فاز نهفته هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و در فاز فعال هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه، انقباضات رحم را کنترل کنید.

نکته ۲: طول مدت فاز نهفته را ۸ ساعت در نظر بگیرید.

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه مهبل، میزان باز و نرم شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون و افاسمان) و نزول سر جنین را بررسی کنید.

نکته: در زنان چندزا ممکن است در فاز فعال، نزول سر جنین دیرتر اتفاق افتد.

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید.

علائم حیاتی: در فاز نهفته و فعال، فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر یک ساعت و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنید.

فاز فعال: از باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان ۳ تا ۴ سانتیمتر تا باز شدن کامل دهانه رحم (۱۰ سانتیمتر)

فاز نهفته: از شروع دردهای واقعی تا باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان ۳ تا ۴ سانتی متر

وضعیت کیسه آب: وضعیت سلامت یا پارگی کیسه آب را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، به شفاف بودن مایع آمنیوتیک و همچنین به مدت زمان پارگی توجه کنید.

مرحله دوم زایمان (از دیلاتاسیون کامل تا خروج کامل نوزاد):

آمادگی برای زایمان (مادر، عامل زایمان، وسایل زایمان):

مادر: مادر را بشرح زیر آماده کنید:

قرار دادن در وضعیت مناسب، آماده سازی روانی و آموزش برای همکاری در طول زایمان، شستشوی ناحیه تناسلی، پوشاندن مادر با شان های استریل

عامل زایمان: به مدت ۳ دقیقه دست بشوئید و ناخن ها را برس بزنید. لباس های مورد نیاز (گان، ماسک، پیش بند، دستکش، عینک) را بپوشید.

وسایل زایمان: وسایل مورد نیاز برای زایمان، وسایل نوزاد شامل پوار، دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد، داروهای مورد نیاز شامل اکسی توسین و ویتامین ک۱، واکسن های بدو تولد، مواد ضد عفونی کننده و ایروی را در دسترس قرار دهید.

پاک کردن راه های هوایی: ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد را با پوار تمیز کنید.

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه مهبل، وضعیت نزول سر جنین را بررسی کنید.

نکته: مدت انتظار مرحله دوم زایمان را ۲۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تنفس نوزاد: در حال خشک کردن نوزاد، او را از نظر تنفس خوب و بدون ناله ارزیابی کنید.

خارج کردن کامل نوزاد: با انجام مانور، نوزاد را خارج کنید.

خارج نشدن شانه ها: عدم خروج شانه ها پس از گذشت ۶۰ ثانیه از خروج سر نوزاد

خشک کردن بدن نوزاد: نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شان های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شان های خشک و گرم بپوشانید.

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۱۵ دقیقه و در مادر پر خطر هر ۵ دقیقه کنترل کنید.

فراهم کردن گرما: نوزاد را در شان از پیش گرم شده و یا زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.

کلامپ و بریدن بندناف: یک دقیقه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.

مانورهای زایمان برای خروج سر نوزاد: با انجام مانورهای زایمانی و مانور کنترل پرینه، سر نوزاد را خارج نمایید.

مرحله سوم زایمان (از خروج کامل نوزاد تا خروج کامل جفت):

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد است.

بررسی جفت و پرده ها و بندناف: پس از خروج، قسمت های مختلف جفت و پرده ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید. بندناف را از نظر وجود رگ های خونی (۳ رگ) بررسی کنید.

پوشاندن بدن: بدن نوزاد را با لباس و سر او را با کلاه بپوشانید.

تزریق اکسی توسین: یک دقیقه پس از تولد نوزاد، در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی تزریق کنید.

تمیز کردن چشم ها و بدن: نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. چشم ها را تمیز کنید. اگر نوزاد خونی یا مکونیومی است، با پارچه ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید.

شروع شیردهی: نوزاد را برای شروع اولین شیردهی به روی سینه مادر قرار دهید. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب قند، آب) به نوزاد ندهید.

کلیپس بندناف: بندناف را به طول ۳ تا ۴ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید.

نکته: بندناف را از نظر نشست خون بررسی کنید. هیچ ماده ای روی آن قرار ندهید و از بانداژ کردن نیز خودداری کنید.

مانورهای خروج جفت: با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده ها کمک کنید.

نکته ۱: مهلت زمان لازم برای خروج جفت ۳۰ دقیقه است.

نکته ۲: قبل از جدا شدن جفت، کشش بندناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملایم و کنترل شده بند ناف به سمت پایین به خروج جفت کمک می کند.

مرحله چهارم زایمان (از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از آن):

آماده کردن مادر: پس از پایان مرحله سوم زایمان، ناحیه تناسلی را شستشو داده، لباس مادر را عوض کنید و نوزاد را در آغوش مادر قرار دهید.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد است.

بررسی کانال زایمان: دستگاه تناسلی - ادراری را از نظر پارگی ها بررسی کنید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد و میزان خونریزی از آن بتدریج کاهش می یابد.

نکته: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

نکته ۲: پیرینه را از نظر وجود هماتوم (توده ای که از جمع شدن خون به وجود می آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر، بررسی کنید.

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید.

کنترل علائم حیاتی: بلافاصله پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه و سپس در ابتدای ساعت سوم، و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه گیری کنید.

۶ ساعت اول پس از زایمان (از مرحله چهارم تا زمان ترخیص):

آموزش و توصیه: به مادر در مورد علائم خطر مادر و نوزاد، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی و روان، تنظیم خانواده، مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان آموزش دهید.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد است.

بررسی وضعیت دفع ادرار: قبل از ترخیص، از دفع ادرار مادر مطمئن شوید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید. درجه حرارت بدن مادر را پس از ۴ ساعت از اولین نوبت اندازه گیری کنید.

نکته ۱: میزان خونریزی در ۲ ساعت اول پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

نکته ۲: پیرینه را از نظر وجود هماتوم (توده ای که از جمع شدن خون به وجود می آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر، بررسی کنید.

تجویز مسکن و مکمل های دارویی: برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مفنامیک اسید برای مصرف هنگام درد و مکمل های دارویی را طبق راهنما تجویز کنید.

ترک منزل مادر: با در نظر گرفتن وضعیت طبیعی مادر و نوزاد، پس از ۶ ساعت منزل را ترک کنید.

تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد: بلافاصله پس از زایمان ویتامین ک ۱ را به صورت ۰/۵ میلی گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر تزریق کنید. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

تزریق آمپول رگام: در صورت امکان، آمپول رگام را در مادر اره‌اش منفی با نوزاد اره‌اش مثبت به صورت عضلانی تزریق کنید و در غیر این صورت، تزریق آن را طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت بار اول پس از زایمان را تعیین و تاکید کنید.

تعیین زمان و مکان مراقبت بعدی نوزاد: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت های نوزاد را تعیین و تاکید کنید.

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید.

صدمات زایمانی و ناهنجاری نوزاد: نوزاد را از نظر وجود ناهنجاری ها (شکاف کام بزرگ، ناهنجاری بینی و شکم، خونریزی ناف، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، ابهام تناسلی، مقعد بسته، شکل و اندازه غیر طبیعی و یا توده و تورم اعضای بدن، محل غیر طبیعی گوش ها، عروق نافی غیر طبیعی، دررفتگی مادرزادی لگن، مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم نزول دوطرفه بیضه ها، اندازه غیر طبیعی آلت) و همچنین از نظر وجود صدمات زایمانی (تورم و خون مردگی اعضای بدن، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاهای، شکل غیر قرینه بینی و صورت) بررسی و طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال(مانا)» اقدام کنید.

عفونت های موضعی: علائم عفونت شدید پوست(وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر و یا تاول های بزرگ چرکی) و علائم عفونت خفیف پوست(وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد) و علائم عفونت شدید چشم(تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم) و علائم عفونت خفیف چشم(خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها) را در نوزاد بررسی و طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال(مانا)» اقدام کنید.

غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد: در صورتی که نوزاد وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم و یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته دارد، طبق «بوکلت چارت مانا» اقدام کنید.

کنترل علائم حیاتی: بلافاصله پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه و سپس در ابتدای ساعت سوم، و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه گیری کنید.

ماساژ رحم: اگر خونریزی از رحم پس از خروج کامل جفت ادامه دارد و رحم شل است، پس از اطمینان از خالی بودن مثانه تا جمع شدن رحم و کنترل خونریزی، رحم را ماساژ دهید.

مصرف مواد غذایی: در صورتی که مادر طی یک ساعت اول پس از زایمان مشکلی ندارد، می تواند مایعات و مواد غذایی نیمه جامد مقوی و مغذی مصرف کند.

معاینه نوزاد توسط پزشک: نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک بر اساس «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

نشانه های خطر: نشانه های خطر (وجود تب مادر و یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر، توکسیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت نوزاد بیش از ۳۷/۵ و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتی گراد، رنگ پریدگی و یا کبودی، تونیسیتة عضلانی غیر طبیعی، نبض غیر طبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب نوزاد، استفراغ مکرر، توده در شکم، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن) را در نوزاد بررسی و طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال(مانا)» اقدام کنید.

ت-مراقبت های معمول پس از زایمان

(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

ت ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان صفحه ۱۱۷

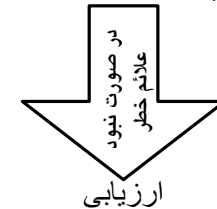
ت ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان صفحه ۱۱۸

تعاریف مراقبت های پس از زایمان صفحه ۱۱۹

ت ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

سؤال کنید:	بررسی کنید:
- تشنج پس از زایمان و یا قبل از مراجعه	- در حال تشنج - اختلال هوشیاری - شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک(ماکزیم) کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه - تنفس مشکل



در صورت وجود هر یک از علائم

اقدامات قبل از ارجاع:
الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری	خونریزی بیش از حد قاعدگی طبیعی یا دفع لخته، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، سوزش و درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، مدفوع خونی، سرگیجه با افت فشارخون سیستولیک و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته، احساس دفع سریع ادرار، فشارخون بالا، تب، آبسه پستان، ماستیت، بزرگی رحم، لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم محل برش، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، جنون پس از زایمان، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، درد شکم و یا پهلوها
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری	بیماری زمینه ای، بواسیر، عود بیماری روانی، رنگ پریدگی شدید، درد شدید دندان، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی
تجویز مسکن و کمپرس گرم و اقدام طبق آخرین خانه زیر	درد محل برش اپی زیاتومی یا سزارین بدون لمس توده و تب و خروج ترشحات چرکی
- به دقت به صحبت و شکایت های مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید. - به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولاً طی ۲ هفته خود به خود بهبود می یابد. - به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر آموزش دهید. - اقدام طبق آخرین خانه زیر	اندوه پس از زایمان
- در صورت تشدید علائم بیماری و یا داشتن افکار خودکشی و یا تداوم علائم بعد از ۲ هفته: ارجاع فوری به روان پزشک	
تجویز مسکن و اقدام طبق آخرین خانه زیر	پس درد
توصیه به ادامه شیردهی و رعایت نکات بهداشتی در شقاق و اقدام طبق خانه زیر	شقاق و احتقان پستان
- تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی و مصرف داروها در شیردهی طبق ت ۳ و ت ۵ - تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - مشاوره تنظیم خانواده در ملاقات دوم طبق ت ۲ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت وجود اضطراب، وسواس، افسردگی/ همسرآزاری: اقدام طبق ت ۱	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد، اضطراب، وسواس، افسردگی، همسرآزاری

گروه بندی و اقدام

تشکیل پرونده در ملاقات اول
گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پس از زایمان
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم
سؤال کنید:
ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، شکایت شایع، درد (شکم، پهلوها، پستان، محل بخیه ها، دندان، ساق و ران)، همسرآزاری، مصرف مکمل های دارویی
اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی
معاینه کنید:
چشم، پستان، شکم(رحم)، محل بخیه، اندام ها

ت ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری</p>	<p>خونریزی در حد قاعدگی طبیعی، لکه بینی، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، مدفوع خونی، افسردگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی غیر طبیعی، تب، احساس دفع سریع ادرار، ماستیت، آبسه پستان، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، بزرگی رحم، ورم یا درد و حساسیت و یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، جنون پس از زایمان، درد شکم و یا پهلوها، فشارخون بالا با علائم پره اکلامپسی</p>	<p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>سؤال کنید: ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، شکایت شایع، درد (شکم، پهلوها، پستان، دندان، محل بخیه، ساق و ران)، مصرف مکمل های دارویی، همسرآزاری</p> <p>اندازه گیری کنید: علائم حیاتی</p> <p>معاینه کنید: چشم، دهان و دندان، پستان، شکم(رحم)، محل بخیه، اندام ها</p>
<p>اقدام طبق خانه زیر و ب ۱</p>	<p>بیماری زمینه ای، بواسیر، سوزش ادرار، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، عود بیماری روانی، فشارخون بالا بدون علائم پره اکلامپسی، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی آبسه و درد شدید دندان</p>	
<p>تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱ آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان ارایه توصیه های بهداشتی طبق ت ۳ در صورت عدم انجام مشاوره در ملاقات دوم: مشاوره تنظیم خانواده طبق ت ۲ تعیین تاریخ مراجعه بعدی برای دریافت خدمات تنظیم خانواده ارجاع غیر فوری برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز طبق ت ۴</p>	<p>بیماری روانی خفیف (افسردگی، اضطراب، وسواس)، همسرآزاری</p> <p>شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد</p>	

گروه بندی و اقدام

تعاریف مراقبت های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی و روان و جنسی، علائم خطر، شکایت شایع، تغذیه و مکمل های دارویی، شیردهی و مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده، بهداشت دهان و دندان، به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فرا گرفته است.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارزیابی علائم خطر فوری: در ملاقات اول و دوم، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

الکلیسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد، اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و نقایصی مانند تکمیل نبودن قسمت های مختلف را رفع و دستورات را اجرا کنید.

بیماری زمینه ای: منظور بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، فشارخون بالا، صرع، ... است.

پاپ اسمیر: در ملاقات سوم طبق راهنما و با تأکید به این نکته که مادر لکه بینی نداشته باشد، او را برای انجام پاپ اسمیر به ماما ارجاع دهید.

پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

ترشحات مهبل: خروج ترشحات چرکی و بد بو را از مهبل سؤال کنید.

تزریق رگام: آمپول رگام را در مادر ارهش منفی با نوزاد ارهش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان به صورت عضلانی تزریق کنید.

تجویز مکمل های دارویی: مکمل های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

نکته: توجه داشته باشید که مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی ویتامین دارد.

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندان ها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم رنگ می شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهبل را سؤال کنید.

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

سرگیجه: حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. در صورت طبیعی بودن، مادر را ارجاع غیرفوری و در صورت غیرطبیعی بودن (میزان فشارخون سیستولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان ۲۰ میلی متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته ۲۰ بار افزایش یابد)، مادر را ارجاع فوری دهید.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، کلیوی، آسم، قلبی، سل و ...)، اختلالات روانی
- تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان
- تاریخچه اجتماعی: سن، همسرآزادی، مصرف داروها در شیردهی، مصرف الکل، کشیدن سیگار و دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر

شکایت های شایع: این شکایت ها شامل خستگی، سردرد، کمردرد و یبوست است.

شوکه: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. فشارخون ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر (بجز ۲۴ ساعت اول پس از زایمان) «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم روانی: وضعیت روانی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

- **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

محل بخیه ها: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن توسط پزشک یا ماما دارد. در ملاقات سوم، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) معمولاً ترمیم یافته اند.

مشاوره تنظیم خانواده: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید. در صورتی که در ملاقات دوم با مادر در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری مشاوره نکرده اید، در ملاقات سوم انجام دهید.

نکته: مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده را تأکید کنید.

مشکلات شیردهی: در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته و شقاق به مادر آموزش دهید.

مصرف مکمل های دارویی: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی را سؤال کنید.

معاینه اندام ها: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه بررسی کنید.

معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد بررسی کنید.

معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

نکته: کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

معاینه دهان و دندان: در ملاقات سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبنه معاینه کنید.

معاینه شکم (رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.

نکته: در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می گویند.

ملاقات اول: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳ پس از زایمان

ملاقات دوم: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان

ملاقات سوم: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان

وضعیت ادراری - تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.

وضعیت روانی (خلق و خوی): در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سؤال کنید. برخی مادران ممکن است در روزهای ۳ تا ۶ و حداکثر تا روز ۱۴ پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی ظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخظری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید. اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود. در ملاقات سوم، وضعیت روحی و روانی مادر را سؤال کنید.

وضعیت شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد ادامه شیردهی به نوزاد سؤال کنید.

همسر آزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

ث-مراقبت از نوزاد

ث ۱- مراقبت از نوزاد

صفحه ۱۲۳

ث ۱ - مراقبت از نوزاد

به مادر آموزش دهید:

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، فوری به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- توکشیده شدن قفسه سینه
- ناله کردن
- رنگ پریدگی شدید یا کبودی
- استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفراوی
- تحرک کمتر از حد معمول، بی حالی و خواب آلودگی
- تشنج
- اسهال (دفع مدفوع آبی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز)
- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول
- عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول
- بی قراری و تحریک پذیری
- خوب شیر نخوردن
- ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف
- جوش های چرکی منتشر در پوست (۱۰ عدد یا بیشتر) یا تاول چرکی
- تب یا سرد شدن اندام ها و بدن
- زردی ۲۴ ساعت اول

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، در اولین فرصت (طی ۲۴ ساعت) به مرکز بهداشتی درمانی

مراجعه کند:

- مشکل شیردهی به نوزاد
- عفونت خفیف چشم (خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها)
- عفونت خفیف پوست (وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد)
- عفونت خفیف ناف (ترشح غیر چرکی و خونابه از ناف)
- برفک دهان
- تغذیه نوزاد با شیر مادر کمتر از ۵ بار در ۲۴ ساعت

گرم نگه داشتن نوزاد

- نوزاد یک لایه لباس بیشتر از کودکان یا بالغین نیاز دارد.
- اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد گرم نگه دارد.
- در خلال روز نوزاد را بپوشاند.
- در شب، نوزاد با مادرش بخوابد یا در دسترس او باشد تا به راحتی شیر بخورد.
- نوزاد را در محل نمناک یا خنک قرار ندهد.
- نوزاد را حداقل تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکند.
- نوزاد را قنداق نکند.
- نوزاد را در معرض تابش مستقیم نور خورشید یا کوران هوا قرار ندهد.

زمان مراقبت های معمول نوزاد

- مراقبت اول: روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان
- مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان
- مراقبت سوم: روزهای ۳۰ تا ۴۵ پس از زایمان

- همیشه قبل از دست زدن به نوزاد، دستها را بشوید.

مراقبت از بندناف

- پیش و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوید.
- در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن مانعی ندارد.
- کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچد.
- اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک کند.
- شکم یا ناف را بانداژ نکنند.
- هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و...) روی ناف نگذارد.
- ناف را دستکاری نکنند.

پیشگیری از سوانح و حوادث

- از نگه داری حیوانات در محل زندگی خودداری کند.
- هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد.
- نوزاد را با حیوانات خانگی تنها نگذارد.
- نوزاد را بالا و پایین نیندازد.
- از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کند.
- محیط نوزاد عاری از دود به خصوص دود سیگار و قلیان و... باشد.
- نوزاد مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارد.
- در زمان بغل کردن نوزاد، مایعات داغ ننوشد.
- نوزاد را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری، کرسی، اتو و...) قرار ندهد.
- نوزاد را در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذارد.
- نوزاد را در جاهای بلند مانند (میز، صندلی و...) تنها رها نکند.
- ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد.

خواباندن نوزاد

- نوزاد را به شکم خواباند. بهتر است نوزاد را به پهلو یا به پشت خواباند.

مراقبت از چشم

- از هیچ ماده مانند سرمه یا هیچ دارویی بدون تجویز پزشک برای چشم استفاده نکند.

ث ۱ - مراقبت از نوزاد (ادامه)

به مادر آموزش دهید:

تغذیه با شیر مادر:

- حتماً در مدت یک ساعت اول تولد، نوزاد از شیر مادر تغذیه شود.
- وقتی احساس کرد که نوزاد آماده است، او را به پستان بگذارد. علائم آمادگی عبارتند از:
 - نوزاد اطراف را نگاه می کند و یا حرکت دارد؛
 - دهان خود را باز می کند؛
 - جستجو می کند.
- شیرخوار باید در ۶ ماه اول به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود یعنی به جز شیر مادر هیچ ماده خوراکی (آب، آب قند، شیر مصنوعی و شیر دام) داده نشود و شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای شیرخوار حداقل ۸ بار در شبانه روز انجام شود.
- یک نوزاد رسیده ممکن است در روز اول پس از یک تغذیه خوب، ساعات بیشتری بخوابد.
- به استفاده از داروهایی که منع شیردهی دارد، توجه کند. (طبق راهنمای ث ۵ آموزش دهید)

طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن نوزاد

- بدن و سر نوزاد در امتداد هم باشد.
- صورت نوزاد مقابل پستان باشد.
- نوزاد چسبیده به مادر باشد.
- تمام بدن نوزاد و نه فقط گردن و شانه ها با دست حمایت شود.
- نوک پستان با لب نوزاد تماس پیدا کند.
- صبر کند تا نوزاد دهانش را خوب باز کند.
- سریع او را به طرف پستان بیاورد به طوری که نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان نوزاد باشد و لب تحتانی به خوبی زیر پستان قرار گیرد.
- اگر پستان محقق است، شروع شیردهی از پستان غیر محقق انجام شود و کمی از شیر مادر باید قبل از شیردادن دوشیده شود تا ناحیه آرئول نرم شود و نوزاد بهتر بتواند پستان را بگیرد.
- اجازه دهد نوزاد پستان اول را رها کند و سپس پستان دوم را به او بدهد.
- اگر مادر حضور ندارد، شیرش را بدوشد و فرد دیگری شیر دوشیده شده را با فنجان، قاشق یا سرنگ به نوزاد بدهد.
- نوزاد را برای گرفتن پستان مجبور نکند.
- قبل از آن که نوزاد پستان را رها کند، او را جدا نکند.
- از شیشه شیر و گول زنک (پستانک) استفاده نکند.

حمایت ویژه نوزاد کوچک برای تغذیه با شیر مادر (نارس یا کم وزن یا چندقلویی)

- می تواند به نوزاد کوچکش شیر بدهد و شیر او کافی است. شیر روزهای اول غلیظ و زرد است و سپس رقیق تر و سفیدتر می شود که هر دو تغییر برای نوزاد مطلوب است.
- روزهای اول، نوزاد کوچک خوب شیر نمی خورد به علل: ممکن است به راحتی خسته شود و ضعیف بمکد، زمان کوتاه تری بخورد و استراحت کند، در خلال شیر خوردن خوابش ببرد، بین مکیدن ها بیشتر توقف کند و طولانی تر بخورد، همیشه برای تغذیه بیدار نمی شود.
- تماس پوست با پوست برقرار کند، زیرا شیر خوردن از پستان را راحت تر می کند.
- هر ۲-۳ ساعت نوزاد را شیر دهد. اگر نوزاد خودش بیدار نمی شود، ۲ ساعت پس از آخرین شیر خوردن، او را بیدار کند.
- نوزاد را طولانی تر زیر پستان نگه دارد. اجازه دهد بیشتر استراحت کند و بمکد. اگر هنوز می خواهد شیر بخورد، او را جدا نکند.

در موارد دو قلوئی:

- شیر کافی برای هر دو نوزاد دارد. مقدار شیر به میزان مکیدن نوزاد وابسته است و به جثه مادر ارتباط ندارد.
- تا زمانی که جریان شیر به خوبی برقرار شود، هر نوزاد را جداگانه تغذیه کند.
- اگر قل اول، پستان راست را خورده است، در نوبت بعدی قل دوم از این پستان تغذیه شود.

حمام کردن نوزاد

- هیچگاه نوزاد را زیر دوش نبرد، ابتدا سرو گردن نوزاد را شسته و خشک کرده و با کلاه بپوشاند و سپس تنه و نهایتاً اندام ها را لخت کرده و بشوید.
- هیچگاه به صورت نوزاد صابون یا شامپو نزنند. صورت، چشم ها و پشت گوشها را با یک تکه پنبه نرم که در آب گرم مرطوب شده است، تمیز نماید.
- ترشحات ناحیه تناسلی دختران و احياناً مختصر خونریزی از آن طبیعی است، آن را دستکاری نکند.
- در اولین فرصت ممکن برای ختنه نوزاد پسر اقدام کند.

- برای گرفتن خون پاشنه پا نوزاد به منظور کنترل از نظر هیپوتیروئیدی، مادر حتماً در یکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

ج- راهنما

ج ۱- مکمل های دارویی صفحه ۱۲۶

ج ۲- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده صفحه ۱۲۶

ج ۳- توصیه های بهداشتی پس از زایمان صفحه ۱۲۷

ج ۴- فواصل انجام پاپ اسمیر صفحه ۱۲۷

ج ۵- مصرف داروها در شیردهی صفحه ۱۲۷

ج ۶- زایمان در منزل صفحات ۱۲۸-۱۲۹

ج ۱- مکمل های دارویی

بارداری:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسیدفولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه شود. آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست. پس از زایمان:

روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تا ۳ ماه پس از زایمان تجویز شود.

ج ۲- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده

• در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.

• به مادر تأکید کنید در صورت عدم تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان می تواند منجر به بارداری گردد، بنابراین باید در سریع ترین زمان، روشی را برای پیشگیری از بارداری انتخاب کند.

• در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، رعایت فاصله ۳ سال بین بارداری ها را تأکید کنید. (این مسئله در مورد زنان مبتلا به ایدز یا عفونت HIV اهمیت ویژه ای دارد)

• زمان مناسب برای پیشگیری از بارداری پس از زایمان، به نحوه تغذیه شیرخوار (تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر) بستگی دارد.

نکته: تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.

• برای واکتومی همسر مادر باردار محدودیت خاصی (به جز محدودیت های مربوط به عمل واکتومی یا NSV) وجود ندارد.

• در مادر بارداری که احتمال ابتلا به بیماری های مقاربتی بالاست، توصیه کنید همواره و با روش درست از کاندوم استفاده کند.

نکات مهم در مورد زنان مبتلا به عفونت HIV یا ایدز

اگر شیردهی انحصاری ندارند، باید بلافاصله پس از زایمان از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنند. استفاده همزمان از دو روش (کاندوم + روش دیگر) در این افراد برای به حداقل رساندن بارداری ناخواسته و انتقال بیماری اهمیت دارد. برخی از روشها در این افراد توصیه نمی شود:

• تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر با توجه به احتمال انتقال ویروس ایدز

• استفاده از آیودی (IUD) مگر در صورت عدم امکان استفاده از سایر روشها

• مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین)

توصیه های لازم در مورد بستن لوله های رحمی (TL)

• مادر بلافاصله پس از زایمان و در صورت نبود علائم عفونت می تواند برای بستن لوله های رحمی اقدام کند. بهترین زمان طی هفته اول پس از زایمان یا پس از ۶ هفته است.

• در محلی زایمان کند که امکان بستن لوله ها وجود داشته باشد.

• وجود رضایت نامه برای بستن لوله ها ضروری است.

روش های قابل استفاده برای مادران شیرده

• بلافاصله پس از زایمان: کاندوم، واکتومی و بستن لوله ها (تا یک هفته پس از زایمان)

• ۶ هفته پس از زایمان: آیودی، واکتومی، بستن لوله ها، لاینسترونول، تزریقی سه ماهه (DMPA)

• ۶ ماه پس از زایمان: قرصها و آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری علاوه بر روش های

فوق به جز لاینسترونول

استفاده از قرصها و آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری تا ۶ ماه پس از زایمان در مادر شیرده منع مصرف مطلق دارد.

روش های قابل استفاده برای مادران غیر شیرده

• بلافاصله پس از زایمان: کاندوم، واکتومی، تزریقی سه ماهه (DMPA) و بستن لوله ها (تا یک هفته پس از زایمان)

• هفته ۳ پس از زایمان: قرصها و آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری، واکتومی، کاندوم، تزریقی سه ماهه (DMPA)

• هفته ۶ پس از زایمان: آیودی + روشهای فوق

ج ۳- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

محل بخیه ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.

بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه را توصیه کنید.

ج ۴- فواصل انجام پاپ اسمیر

انجام هر ۳ سال یک بار پاپ اسمیر در خانم های حداقل یک بار ازدواج کرده ۲۰ تا ۶۵ سال مشروط بر این است که خانم حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال داشته باشد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس نباشد.

زنانی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هستند، عبارتند از:

- زنانی که در سنین پایین ازدواج می کنند؛

- زنانی که همسرشان ختنه نشده است؛

- زنانی که چندین بار ازدواج کرده اند؛

- زنانی که بیش از یک شریک جنسی دارند؛

- زنانی که همسرشان بیش از یک شریک جنسی دارد؛

- زنانی که همسرشان قبلاً همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است؛

- زنانی که دخانیات مصرف می کنند. (هر چه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد، خطر ابتلا افزایش می یابد)

در مورد خانمی که در معرض خطر ابتلا سرطان سرویکس باشد، تعداد دفعات انجام پاپ اسمیر بر اساس نظر پزشک خواهد بود.

در مورد خانمی که سابقه حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال را ندارد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هم نیست، باید سالی یک بار تا ۳ سال پاپ اسمیر انجام دهد.

ج ۵- مصرف داروها در شیردهی

موارد منع شیردهی

۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و...)، بروموکریپتین، فنیل دیون، لیتیم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفن و فن سیکلیدین (PGF) است.

۲- مادر معتاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکائین و هروئین

۳- مواد رادیواکتیو در مدت درمان با نظر پزشک معالج

نکته: مصرف متوتروکسات به صورت یک روز در هفته برای درمان آرتریت روماتوئید مادر، منع شیردهی ندارد، فقط باید مادر بعد از مصرف دارو به مدت ۲۴ ساعت به فرزندش شیر ندهد.

سایر داروهایی که بر شیردهی تأثیرگذار است و توصیه می شود از داروهای جایگزین استفاده شود:

- آتنولول	- پیریمیدون	- سولفاسالازین
- آمینوسالیسیلیک اسید	- کلماستین	
- آسپیرین (سالیلات)	- فنوباریتال	

ج ۶- زایمان در منزل

در صورت انجام زایمان در منزل، لازم است شرایط انجام آن را فراهم کرد. نکات زیر برای انجام زایمان در منزل در نظر گرفته شده است:

- ۱- لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری بازدید شود. هدف از بازدید: آشنایی با افراد خانواده، بررسی شرایط بهداشتی محیط منزل، آموزش علائم خطر به مادر و خانواده، راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز، آمادگی لازم برای انتقال مادر در شرایط فوری و وجود حداقل دو نفر از اعضای خانواده به عنوان کمک حین زایمان
- ۲- **شرایط اتاق زایمان:** بهتر است یکی از اتاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:
 - اتاقی که رو به آفتاب بوده و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان آن را به راحتی گرم نگه داشت.
 - کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز و با مشمع یا نایلون بزرگ هنگام زایمان پوشانده شود.
 - درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود.
 - اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. (بهتر است لامپ ۶۰ وات، سریپیچ مناسب و سیم رابط اضافی در دسترس باشد)
 - بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و غیره در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد.
 - وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.
 - وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه و بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.
 - وسایل مورد نیاز زایمان و وسایل مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود.
 - به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد.
 - در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً انتخاب شده اند، ضروری است.
 - در ۶ ساعت اول پس از زایمان به منظور کاهش خطر انتقال عفونت و حفظ آرامش مادر و عامل زایمان، باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را محدود کرد.
- ۳- **وسایل لازم در اتاق زایمان:** بهتر است حداقل ۴ هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان، وسایل مورد نیاز فراهم شود. این وسایل شامل:
 - حداقل ۴ ملحفه تمیز. ملحفه ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود.
 - شمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک و کف اتاق
 - وسایل مادر:** ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز، نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی
 - وسایل نوزاد:** رختخواب نوزاد (تتشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کهنه یا پوشک
 - دولگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سطل آشغال، کیسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله
- ۴- **وسایل مورد نیاز زایمان:** وسایلی که باید در کیف مامایی قرار داده شود، شامل:
 - گوشی مامایی
 - گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
 - درجه حرارت سنج دهانی
 - گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
 - پنس کوخر حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد
 - کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
 - دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)
 - کلیپس بندناف حداقل ۵ عدد
 - صابون و جاصابونی، حوله دست
 - نوار متری
 - پوار حداقل ۲ عدد
 - چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافه داشته باشید)
 - مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰
 - وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
 - ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد
 - حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰
 - برس برای شستشوی زیر ناخنها
 - مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین
 - فرم ثبت مراقبت های زایمان

ج ۶- زایمان در منزل (ادامه)

چند توصیه برای همراه مادر

- ۱- همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد.
- ۲- با راهنمایی ماما، پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی او را با دستمال خیس بپوشاند.
- ۳- هنگام قدم زدن یا توالت رفتن او را تنها نگذارد.
- ۴- در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن طبق راهنمایی ماما به مادر کمک کند.
- ۵- علائم خطر را شناسایی کند.
- ۶- مخالف نظر عامل زایمان مادر را راهنمایی نکند.

احتیاطات همه جانبه

- ۱- از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید.
- ۲- نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:
در دسترس قرار دادن کیف مامایی؛
اطمینان از استریل بودن وسایل و رعایت شرایط استریل در هنگام زایمان؛
استفاده از وسایل حفاظتی شامل پوشیدن گان و پیش بند نایلونی و دستکش و استفاده از ماسک و عینک؛
کوتاه نگه داشتن ناخنها و شستن دستها قبل از زایمان؛
گذاردن جفت، خون و ترشحات در ظرفهای بدون نفوذ؛
دفن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری؛
جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه؛
شستشوی و ضد عفونی کردن وسایل زایمان و اتاق زایمان (در صورت نیاز و امکان) پس از زایمان؛
تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل.

ایجاد ارتباط با مادر

- برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین اقداماتی است که هر فرد مراقبت کننده از مادر باید انجام دهد. در ایجاد ارتباط به نکات زیر توجه کنید:
- با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
 - رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛
 - با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
 - به سئوالات مادر به دقت گوش کنید و پاسخ دهید؛
 - کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛
 - مادر را برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛
 - قبل از هر معاینه از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛
 - حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛
 - راز مادر را آشکار نکنید؛
 - پوشش مناسب مادر را هنگام زایمان و معاینه رعایت کنید؛
 - به مادر آموزش های لازم را ارائه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است.

ضمائم

فرم ها:

فرم مراقبت بارداری

فرم زایمان در منزل

فرم مراقبت پس از زایمان

فرم مراقبت بارداری

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

نتیجه مثبت تشخیص بارداری: گراویندکس (ادرار) بتاساب یونیت (خون) سونوگرافی تاریخ انجام:

بخش ۱: شرح حال

سن:

شغل:

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده: مرده:

تاریخ آخرین زایمان: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تقریبی زایمان:

قد: وزن: نمایه توده بدنی: آخرین روش پیشگیری از بارداری:

وضعیت بارداری فعلی (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

<input type="checkbox"/>	بارداری زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال
<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر	<input type="checkbox"/>	بارداری اول	<input type="checkbox"/>	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر
<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	ارهاش منفی	<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی غیر طبیعی
<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل
<input type="checkbox"/>	شیردهی همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/>	آمپول همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/>	آیودی همزمان با بارداری
<input type="checkbox"/>	لایبسترونول همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با بستن لوله ها	<input type="checkbox"/>	کاشتتگی ها همزمان با بارداری

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

<input type="checkbox"/>	پره اکلامپسی	<input type="checkbox"/>	جدا شدن زودرس جفت	<input type="checkbox"/>	جفت سر راهی	<input type="checkbox"/>	چندقلویی
<input type="checkbox"/>	خونریزی پس از زایمان	<input type="checkbox"/>	دیابت بارداری / دیابت در خانواده	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس
<input type="checkbox"/>	زایمان سخت	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	سقط مکرر / دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سزارین	<input type="checkbox"/>	مرده زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	مول / حاملگی نابجا
<input type="checkbox"/>	نازایی	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری یا ناهنجاری (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا
<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	آسم	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/>	هپاتیت	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه ناسلی	<input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور
سرطان پستان در مادر یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس توده توسط مادر							
سایر بیماری ها:							
نوع داروهای مصرفی:				حساسیت دارویی:			

رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش (نیازمند ارجاع غیر فوری)

<input type="checkbox"/>	سابقه زندان	<input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه تزریق مکرر خون	<input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	سابقه اعتیاد تزریقی	<input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	<input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>

بخش ۲: نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی (این بخش توسط پزشک یا ماما بررسی و ثبت می‌شود)

تاریخ درخواست:		تاریخ درخواست:	
تاریخ انجام:		تاریخ انجام:	
آزمایش‌های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)	نتیجه	آزمایش‌های معمول هفته (۳۶ تا ۳۰)	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت:	CBC	هموگلوبین: پلاکت:
GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)		GCT	
GTT (در صورت نیاز)		GTT (در صورت نیاز)	
کومبس غیرمستقیم (نوبت اول)		کومبس غیرمستقیم (نوبت دوم)	
کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> نکات غیرطبیعی:.....	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> نکات غیرطبیعی:.....
کشت ادرار	محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش‌ها (در صورت نیاز):		
BUN و کراتی نین خون	BUN:	کراتی نین خون:	
گروه خونی و اره‌اش	مادر:	اره‌اش همسر:	
HBsAg (در صورت نیاز)			
VDRL (در صورت نیاز)			
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی معمول (هفته ۳۱ تا ۲۴)	سونوگرافی معمول (هفته ۱۶ تا ۱۸)
تاریخ درخواست: سن بارداری (LMP): وضعیت جفت: نکات مهم:	تاریخ درخواست: سن بارداری (LMP): وضعیت جفت: نکات مهم:
تاریخ انجام: سن بارداری (گزارش سونوگرافی): وضعیت مایع آمنیوتیک:	تاریخ انجام: سن بارداری (گزارش سونوگرافی): وضعیت مایع آمنیوتیک:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی‌ها (در صورت نیاز):	

بخش ۳: معاینه (این بخش توسط پزشک بررسی و ثبت می‌شود)

معاینات توسط پزشک انجام می‌شود. موردی که با * مشخص شده است، ترجیحاً توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام می‌شود.

فشارخون:	درجه حرارت:	نیض:	تنفس:
چشم	زردی اسکلرا <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>	
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ندول <input type="checkbox"/>
قلب	سوفل سیستولیک <input type="checkbox"/>	سوفل دیاستولیک <input type="checkbox"/>	آریتمی <input type="checkbox"/>
ریه	ویزینگ <input type="checkbox"/>	رال <input type="checkbox"/>	
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات:.....	
پستان*	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ظاهر غیر طبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
اندام‌ها	ادم <input type="checkbox"/>	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: سرخی <input type="checkbox"/> رنگ پریدگی <input type="checkbox"/> کبودی <input type="checkbox"/>

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایش‌ها یا سونوگرافی) این بخش توسط پزشک و ماما ثبت می‌شود

.....
.....
.....

تاریخ / نام و امضاء:

بخش ۴: ارزیابی معمول (در موارد ستاره دار، به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود)

۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷ تا ۳۵	۳۴ تا ۳۱	۳۰ تا ۲۶	۲۵ تا ۲۱	۲۰ تا ۱۶	۱۵ تا ۱۱	۱۰ تا ۶	زمان ملاقات (هفته بارداری)		
											اجزای مراقبت	تاریخ مراجعه	
												سن بارداری (هفته)	
												علائم خطر فوری	
													خونریزی
													پارگی کیسه آب
													درد شدید یا حاد شکم
													تشنج
													اختلال هوشیاری
												شوک	
												لکه بینی	
												سوزش ادرار	
												آبریزش	
												عوارض	
													* درد (شکم، پهلو، دندان، یک طرفه ساق و ران)
													استفراغ شدید یا خونی
													ترشحات چرکی و بدبو مهبل و سوزش تناسلی
													کاهش / نبود حرکت جنین
													* کاهش پوست
													علائم روانی شدید
													* علائم روانی خفیف
													* همسرآزاری
													ضربه
												شکایت شایع	
												تغذیه	
													مصرف مکمل های دارویی
													مصرف روزانه گوشت یا تخم مرغ
													مصرف روزانه حبوبات
												مصرف روزانه شیر و لبنیات	
												مصرف روزانه میوه و سبزی	
												اندازه گیری کنید	
													میزان وزن
													افزایش وزن ناگهانی
													فشارخون
													فشارخون بالا
												افزایش تدریجی فشارخون	
												* تعداد نبض و تنفس	
												تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی	

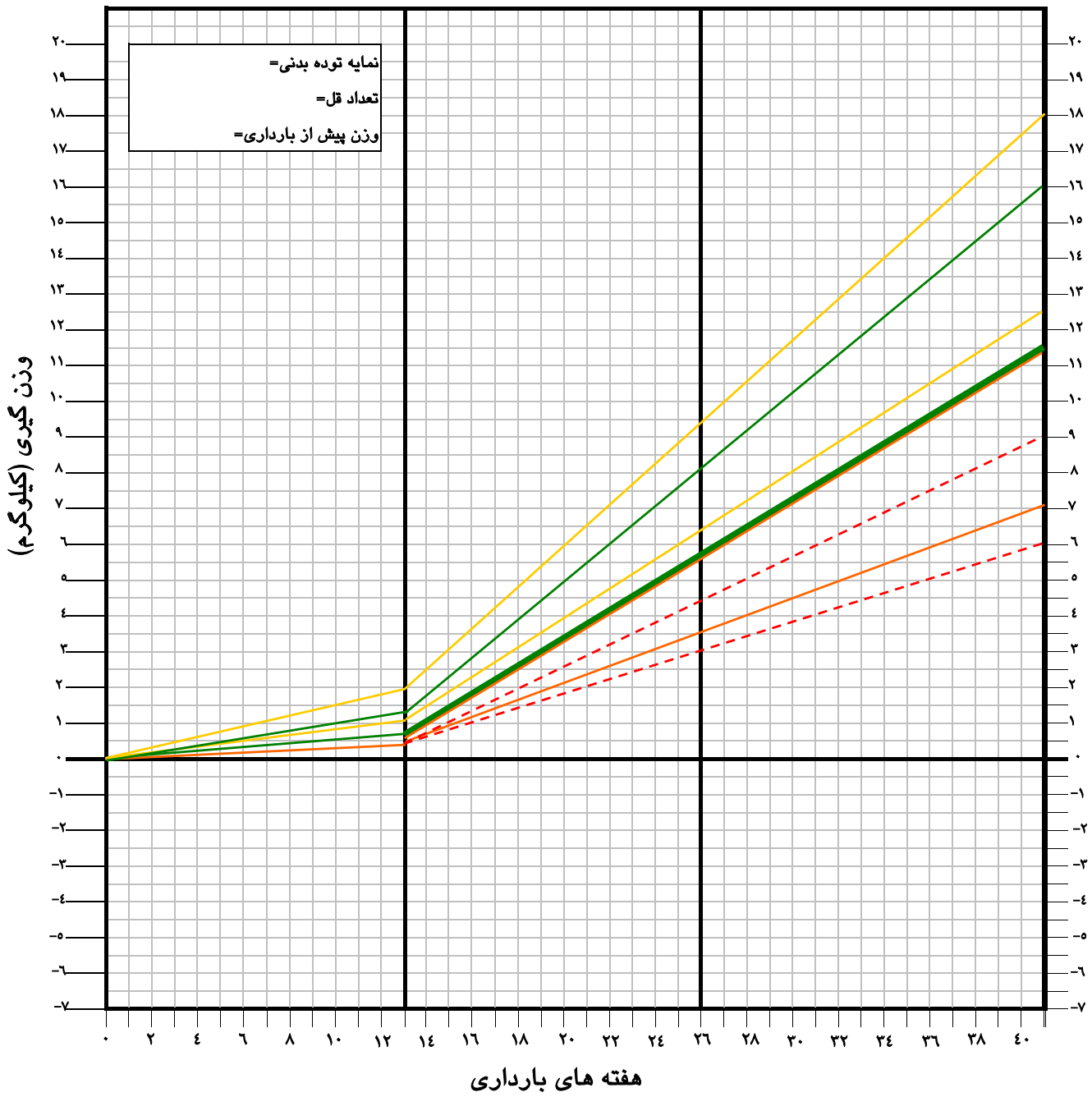
بخش ۴: ارزیابی معمول (در موارد ستاره دار، به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود)

زمان ملاقات (هفته بارداری)											اجزای مراقبت		
۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷ تا ۳۵	۳۴ تا ۳۱	۳۰ تا ۲۶	۲۵ تا ۲۱	۲۰ تا ۱۶	۱۵ تا ۱۱	۱۰ تا ۶			
											میزان درجه حرارت تب میزان ارتفاع رحم عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری تعداد ضربان قلب جنین نشینیدن با غیر طبیعی بودن ضربان قلب	اندازه گیری کنید	
											زردی رنگ پریدگی شدید/ آئمی بثورات * ورم دست و صورت/ ورم یک طرفه ساق و ران	چشم	
												پوست	
												اندام ها	
											پوسیدگی دندان جرم دندان التهاب لثه عفونت دندانی، آبسه	دهان و دندان	معاینه کنید
											بهداشت فردی / روان / جنسی بهداشت دهان و دندان تغذیه و مکمل های دارویی علائم خطر/ شکایت شایع عدم اعتیاد و مصرف سیگار و الکل فواید، آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی شیردهی مشاوره تنظیم خانواده مراقبت از نوزاد / علائم خطر نوزاد	آموزش و توصیه ها	
											* اسید فولیک آهن مولتی ویتامین	مکمل های دارویی	
											تعیین تاریخ مراجعه بعدی (مراقبت معمول و یا ویژه)		
											نام و امضاء معاینه کننده		

بخش ۵: ایمن سازی

واکسن توأم	در صورت کامل بودن <input type="checkbox"/> در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم:	تاریخ تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری:
	در صورت تزریق در سایر موارد: (مورد را بنویسید)	تاریخ تزریق:

بخش ۶: جدول وزن گیری



جدول ثبت میزان وزن گیری

۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷-۳۵	۳۴-۳۱	۳۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	زمان ملاقات
											سن بارداری
											میزان وزن گیری
											وزن گیری نامناسب

فرم زایمان در منزل

نام و نام خانوادگی: سن: نام و نام خانوادگی همسر:

آدرس / تلفن:

تاریخ و ساعت ملاقات با مادر:

بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

ارزیابی علائم خطر فوری

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تشنج	اختلال هوشیاری / شوک	تنفس مشکل	خونریزی

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده: مرده

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تقریبی زایمان: سن بارداری:

نوع زایمان قبلی: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکيوم سزارین

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم: گروه خونی و ارهاش:

فشارخون: درجه حرارت: نبض: تنفس:

دیلاتاسیون و افاسمان (باز و نرم شدن دهانه رحم): ایستگاه و وضعیت عضو نمایش: نمایش جنین:

وضعیت کیسه آب: سالم پاره شده خود به خودی پاره شده توسط عامل زایمان زمان پارگی: دقیقه / ساعت

وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف خونی آغشته به مکنونیوم

تعداد ضربان قلب جنین: در دقیقه وضعیت ضربان قلب جنین: طبیعی غیر طبیعی

سابقه و عوارض بارداری و زایمان قبلی (نیازمند ارجاع فوری)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سزارین، جراحی شکم و رحم	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا با وزن ۴۰۰۰ گرم و بیشتر	جنین ناهنجار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مرده زایی / مرگ نوزاد	زایمان سریع / زایمان سخت	خونریزی بارداری و پس از زایمان	

موارد خطر زایمان فعلی (نیازمند ارجاع فوری)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فشارخون بالا	اعتیاد به مواد مخدر	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	ارهاش منفی	لکه بینی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری	شکم اول	چندقلویی	جنین ناهنجار	رفتارهای پرخطر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضایعات ناحیه تناسلی	جنین درشت	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	زایمان زودرس	بارداری پنجم و بالاتر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ابعاد نامتناسب لگن	تأخیر رشد داخل رحمی	سن زیر ۱۸ سال	زایمان دیررس	کم خونی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زجر جنین و یا دفع مکنونیوم	تب	سن بالای ۳۵ سال	جلو افتادن بندناف	نمایش غیرطبیعی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پارگی طولانی کیسه آب	مرگ جنین	نشئیدن یا غیرطبیعی بودن صدای قلب جنین			

بخش ۴: مشخصات، ارزیابی و مراقبت از نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ارزیابی سریع: آغشته نبودن به مکنیوم داشتن تنفس یا گریه کردن تون عضلانی مناسب سن بارداری ترم هفته

نمره آپگار: دقیقه اول: دقیقه پنجم:

تعداد و جنسیت نوزاد: پسر دختر نامعلوم

تاریخ و ساعت معاینه: قد: وزن: دور سر:

اجزای مراقبت	اقدام و توصیه ها
<p><u>نشانه های خطر:</u></p> <p>تنفس تند <input type="checkbox"/></p> <p>کاهش سطح هوشیاری <input type="checkbox"/></p> <p>تنفس کند <input type="checkbox"/></p> <p>تشنج <input type="checkbox"/></p> <p>تو کشیده شدن شدید قفسه سینه <input type="checkbox"/></p> <p>درجه حرارت بالا <input type="checkbox"/></p> <p>ناله کردن <input type="checkbox"/></p> <p>درجه حرارت پایین <input type="checkbox"/></p> <p>تونسیته عضلانی غیر طبیعی <input type="checkbox"/></p> <p>رنگ پریدگی یا سیانوز <input type="checkbox"/></p> <p>غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب <input type="checkbox"/></p> <p>نبض غیر طبیعی اندام ها <input type="checkbox"/></p> <p>زردی ۲۴ ساعت اول <input type="checkbox"/></p> <p><u>سن بارداری و اندازه های نوزاد:</u></p> <p>سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/></p> <p>سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفته و وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/></p> <p><u>ناهنجاری و صدمات زایمانی:</u></p> <p>ناهنجاری <input type="checkbox"/> نوع ناهنجاری</p> <p>صدمه زایمانی <input type="checkbox"/> نوع صدمه</p> <p><u>عفونت های موضعی</u></p> <p>تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم <input type="checkbox"/></p> <p>ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها <input type="checkbox"/></p> <p>جوشهای چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر یا تاول بزرگ چرکی <input type="checkbox"/></p> <p>جوش چرکی کمتر از ۱۰ عدد در پوست <input type="checkbox"/></p>	<p>* در صورت نیاز به ارجاع، اقدامات پیش از ارجاع را بنویسید:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* در صورت عدم ارجاع، اقدامات انجام شده و توصیه ها را بنویسید:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* آموزش مراقبت از نوزاد</p> <p>علائم خطر <input type="checkbox"/> گرم نگه داشتن نوزاد <input type="checkbox"/> زمان مراقبت های معمول <input type="checkbox"/> مراقبت از چشم <input type="checkbox"/></p> <p>مراقبت از بندناف <input type="checkbox"/> پیشگیری از سوانح و حوادث <input type="checkbox"/> خواباندن نوزاد <input type="checkbox"/> حمام کردن <input type="checkbox"/></p> <p>ختنه نوزاد پسر <input type="checkbox"/> ترشحات تناسلی نوزاد دختر <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/></p> <p>* ایمن سازی بدو تولد:</p> <p>تزریق ویتامین ک ۱ <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق واکسن ب ت ژ <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق واکسن هپاتیت <input type="checkbox"/></p> <p>تجویز واکسن فلج اطفال <input type="checkbox"/></p> <p>* شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان: <input type="checkbox"/></p>

اثر انگشت مادر	اثر کف پای نوزاد

بخش ۵: مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ساعت سوم تا زمان ترخیص			ساعت دوم پس از زایمان			ساعت اول پس از زایمان			زمان مراقبت
									اجزای مراقبت
									حال عمومی و سطح هوشیاری
									میزان خونریزی و وضعیت رحم
									وضعیت پرینه
									فشارخون
									درجه حرارت
									تعداد نبض
									تعداد تنفس
									دفع ادرار <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
									شروع مصرف مواد غذایی <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
									تجویز مکمل های دارویی آهن: مولتی ویتامین: مسکن:

موارد خطر بلافاصله پس از زایمان (نیازمند ارجاع فوری)

<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا	<input type="checkbox"/>	تشنج	<input type="checkbox"/>	شوکی / اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/>	نوزاد بدحال
<input type="checkbox"/>	خونریزی	<input type="checkbox"/>	پارگی ها	<input type="checkbox"/>	تنفس مشکل	<input type="checkbox"/>	وارونگی رحم
<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	عدم دفع ادرار تا ۶ ساعت پس از زایمان	<input type="checkbox"/>	احتباس یا باقی ماندن تکه ای از جفت		

بخش ۶: اقدامات پیش از ارجاع مادر در معرض خطر

در صورتی که برای مادر در معرض خطر اقدامی کرده اید، در این قسمت بنویسید.

تاریخ و ساعت	علت ارجاع	اقدام

بخش ۷: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/>	بهداشت فردی	<input type="checkbox"/>	بهداشت روان	<input type="checkbox"/>	علائم خطر مادر و نوزاد	<input type="checkbox"/>	شیردهی	<input type="checkbox"/>	تنظیم خانواده	<input type="checkbox"/>	زمان و مکان ملاقاتهای بعدی
--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------------------

ساعت ترک منزل:

نام و امضاء عامل زایمان:

نام و امضاء کمک کننده به زایمان:

تاریخ:

فرم مراقبت پس از زایمان

سن: آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: ارزیابی معمول

تاریخ زایمان: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکيوم سزارین

محل زایمان: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل بین راه

روزهای ۶۰ تا ۴۲	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۱ تا ۳	زمان ملاقات	اجزای مراقبت
				تاریخ مراجعه
ارزیابی علائم خطر فوری				
				تشنج
				اختلال هوشیاری
				شوک
				تنفس مشکل
سئوال کنید				
				خونریزی *
				لکه بینی
				ترشحات چرکی و بدبو از مهبل
				بیماری زمینه ای
				مشکل ادراری و اجابت مزاج *
				مشکل ادراری و اجابت مزاج
				علائم روانی شدید *
				علائم روانی خفیف
				اندوه پس از زایمان
				همسرآزاری *
				سرگیجه *
				درد شکم و یا پهلوها
				درد محل بخیه ها
				درد پستان ها
				درد یک طرفه ساق و ران
				درد شدید دندان
				پس درد
				شکایت شایع
				مصرف مکمل های دارویی
				شیردهی به نوزاد
اندازه گیری کنید				
				میزان فشارخون *
				فشارخون بالا
				تعداد نبض *
				تعداد تنفس
				تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی
				میزان درجه حرارت
				تب

* به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود.

بخش ۱: ارزیابی معمول

روزهای ۶۰ تا ۴۲	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۱ تا ۳	زمان ملاقات
اجزای مراقبت			
معاینه کنید			
			چشم (رنگ پریدگی شدید)
			پوسیدگی دندان
			جرم دندان
			التهاب لثه
			عفونت دندانی، آپسه
			پستان (آپسه، ماستیت)
			پستان (شقاق و احتقان)
			شکم (بزرگی رحم)
			* محل بخیه ها (ورم، ترشح چرکی، توده)
			محل بخیه ها (بدون درد، ترشح چرکی، ورم)
			اندام ها (ورم یک طرفه ساق و ران)
آموزش و توصیه ها			
			بهداشت فردی
			بهداشت روان
			بهداشت جنسی
			بهداشت دهان و دندان
			علائم خطر
			شکایت شایع
			تغذیه/ مکمل های دارویی
			شیردهی، مشکلات و تداوم آن
			مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد
			تنظیم خانواده/ مشاوره
		آهن:	تجویز مکملهای دارویی
آهن:	آهن:	مولتی ویتامین:	
مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	تزریق آمپول رگام در مادر ارهاس منفی
			تاریخ مراجعه بعدی (مراقبت معمول و یا ویژه)
			نام و امضاء معاینه کننده

* به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود.

** در صورتی که در روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان، مشاوره تنظیم خانواده انجام نداده اید، در ملاقات سوم انجام دهید.

پاپ اسمیر در ملاقات روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان
تاریخ انجام:
نتیجه:

