

محتوای آموزشی برای مدرسین مامایی

مدل‌های آموزشی مامایی - چاپ دوم

اداره‌ی اکلامپسی



دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اصول آموزشی برای مریبان مامایی

مدل‌های آموزش مامایی - ویرایش دوم

اداره‌ی اکلامپسی

دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

به نام خدا

انتشار توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸

تحت عنوان:

*Education material for teachers of midwifery/Midwifery education modules-
second edition/managing eclampsia*

سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۸

انتشارات سازمان جهانی بهداشت حقوق ترجمه و انتشار به زبان فارسی را به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی اعطا نموده است که تنها مسئول برای انتشار فارسی می‌باشد.

اصول آموزشی برای مربیان مامایی / مدل‌های آموزش مامایی - چاپ دوم

اداره اکلامپسی

مترجمین: دکتر مژگان میرغفوروند، عزیزه فرشباف خلیلی، هانیه صالحی پورمهر*

ویراستار: هانیه صالحی پور مهر

ناشر: دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سال ترجمه و انتشار: ۲۰۱۴

* اعضای گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

به نام خدا

قابل توجه خوانندگان گرامی

امروزه ارتقای کیفیت خدمات از مسایل عمده بحث‌های بین‌المللی در زمینه مراقبت‌های مامایی و بهداشت باروری می‌باشد. هدف اصلی از ارتقای کیفیت خدمات، حفاظت از حقوق مادران، ترغیب بیشتر افراد نیازمند جهت مراجعه و دریافت مراقبت و افزایش اثربخشی مراقبت‌های ارائه شده می‌باشد. در راستای اهداف توسعه هزاره به خصوص نیل به هدف پنجم آن و بهبود سلامت مادران نیاز به تدریس مهارت‌های مامایی لازم برای پاسخ به علل عمده‌ی مرگ مادران وجود دارد. مبحث اداره اکلامپسی از مباحث مهم درسی دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی است. در این مدل، آموزش دانشجویان پس از بیان اهداف و ارائه درس توسط مجموعه‌ای از روش‌های تدریس و ارائه دستورالعمل‌های کار گروهی در جلسات متعدد از طریق بازدیدهای جامعه و بررسی نیازهای واقعی جامعه، نوشتن موارد لازم و بحث و گفتگو و نتیجه‌گیری نهایی انجام می‌گیرد.

اهمیت ارتقای کیفیت آموزشی اینجانب را بر آن داشت تا پس از انتشار **online** اصل این کتاب، پیشنهاد ترجمه گروهی و فراهم‌سازی امکان دسترسی آسان به ترجمه کتاب برای کلیه علاقه‌مندان به ویژه مدرسان، دانشجویان و کارکنان نظام ارائه خدمات سلامتی از طریق انتشار **online** و چاپی مطرح شود که مورد استقبال همکاران قرار گرفت. پس از اخذ مجوز رسمی از سازمان بهداشت جهانی و انجام هماهنگی‌های لازم با گروه ترجمه و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی تبریز و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کار ترجمه کتاب منتشر شده سال ۲۰۰۸ میلادی شروع و پس از ۴ ماه اتمام یافت. ابتدا هر قسمت از کتاب توسط دو نفر از اعضا ترجمه شد. متون ترجمه شده بازبینی و کلمه به کلمه با متن اصلی کتاب مطابقت داده شد. در نهایت هر قسمت از کتاب توسط یکی از مترجمین بازبینی مجدد گردید. از آنجایی که تنها متن بی‌غلط نامه نانوخته است، با وجود نهایت توجهی که در ترجمه و ویرایش این کتاب به کار رفته است بی-شک اشتباهاتی در متن وجود دارد. خواهشمندیم نظرات خود را با ما در میان گذارده و در جهت اصلاح اشتباهات ما را یاری فرمایید.

گروه مترجمین

تقدیر و تشکر

مدل‌های مامایی به دلیل نیاز به محتوای آموزشی به منظور تسهیل تدریس مهارت‌های مامایی لازم برای پاسخ به علل عمده‌ی مرگ مادران، توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) توسعه ایجاد شده است.

خانم Gaynor Maclean پیش‌نویس اولیه مدل‌ها را تهیه نمود و پیش‌آزمون برخی از روش‌های تدریس - یادگیری را در دو کشور آفریقایی انجام داد. خانم Friederike Wittgenstein با حفظ بسیاری از ایده‌ها و روش‌های گنجانده شده در پیش-نویس اولیه نسخه آزمایشی مدل‌ها را تهیه کرد. خانم Judith O'Heir با هماهنگی فعالیت‌های آزمون - مدل در ۵ کشور آفریقا، آسیا و اقیانوس آرام، پروتکل آزمون - مدل را توسعه داد و مدل‌ها را مطابق آزمون تکمیل کرد. خانم Barbara Kwast و خواهر او Anne Thompson دو مامای مشهور بین‌المللی بعنوان اعضای کارکنان WHO مسئول پرورش، توسعه، تولید و در نهایت انتشار و استفاده از مدل‌ها بودند.

WHO ضمن سپاسگزاری، مشارکت بسیاری از افراد و موسسات را در این امر تصدیق می‌نماید. به خصوص کنفدراسیون بین‌المللی ماماها (ICM) و کالج آمریکایی پرستار ماماها (ACNM) که در آماده کردن، انجام پره‌تست، ویرایش، آزمون - مدل و تکمیل مدل‌ها درگیر بوده‌اند. از افراد در کشورهای آزمون - مدل به خاطر زمان و تلاشی که برای استفاده نسخه آزمایشی - مدل اختصاص داده‌اند و به خاطر نظرات ارزشمند آنان برای نسخه نهایی تقدیر فراوان بعمل می‌آید.

چاپ دوم مدل‌های مامایی تحت توجهات تیم "ایمن‌تر کردن بارداری" با مشارکت ارزشمند سایر همکاران گروه بهداشت باروری و پژوهش توسعه یافته است. طراحی مدل توسط خانم Maureen Dunphy و اجرای کلی توسط خانم Shamilah Akram انجام شد. این چاپ دوم بطور مشترک توسط WHO و ICM منتشر شده که مراتب تشکر از افراد زیر بعمل می‌آید: خانم Betty Sweet و خانم Judith O'Heir به خاطر بازبینی و به‌روزرسانی مدل‌ها، همه اعضا مجمع فنی تقویت مامایی، برگزار شده در ژنو ۲۰۰۱ به خاطر نظرات ارزشمند، همکاری و پیشنهادات مفیدشان برای پیشرفت بیشتر در نهایی‌سازی چاپ دوم و از IPAS به خاطر نظرات و کمک به تهیه مدل جدید مدیریت سقط ناقص و مراقبت بعد از سقط و به خاطر اجازه صمیمانه جهت استفاده از تصاویر آنان.

در نهایت WHO از کمک‌های مالی برای حمایت از این و فعالیت‌های مرتبط با سلامت مادران و برنامه مادری ایمن و متعاقب آن مقدمات برنامه ایمن‌تر کردن بارداری از دولت‌های استرالیا، ایتالیا، نروژ، سوئد و سوئیس، شرکت کارنگی، بنیاد راکفلر، UNICEF، UNFPA و بانک جهانی تشکر می‌کند. حمایت مالی برای تولید اولین نسخه مدل‌ها توسط شرکت کارنگی، دولت‌های ایتالیا، ژاپن و موسسه توسعه همکاری بین‌المللی سوئد فراهم شده بود.

فهرست

مقدمه..... ۷

خلاصه مدل..... ۱۷

سخن آغازین..... ۱۸

جلسه ۱:

شناخت اکلامپسی..... ۱۹

جلسه ۲:

عوامل قابل اجتناب..... ۲۷

جلسه ۳:

شناسایی مشکل..... ۳۵

جلسه ۴:

اداره اکلامپسی..... ۶۴

جلسه ۵:

یادگیری مهارت‌های بالینی..... ۸۳

جلسه ۶:

مطالعات موردی..... ۱۱۰

واژه‌نامه..... ۱۱۷

مقدمه

مقدمه

تخمین زده می‌شود که سالانه در سراسر دنیا، بیش از ۵۰۰۰۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند. حداقل ۷ میلیون از زنانی که از زایمان جان سالم به در می‌برند، از مشکلات سلامتی جدی رنج می‌برند و بیش از ۵۰ میلیون زن از پیامدهای سلامتی نامطلوب پس از زایمان رنج می‌برند. اکثریت قریب به اتفاق این مرگ و میرها و عوارض در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد.

به منظور حمایت از ارتقای مهارت‌های مامایی که بر اساس آن کشورها بتوانند با تقویت خدمات سلامت مادر و نوزاد به این وضعیت پاسخ دهند، مجموعه‌ای از مدل‌های آموزش مامایی توسط سازمان بهداشت جهانی تهیه شده‌است. نیاز به مدل‌ها توسط ماماها و مدرسین مامایی سراسر جهان در کارگاه آموزش مامایی قبل از کنگره تحت عنوان اقدام برای مادری ایمن مشخص شد که در سال ۱۹۹۰ در کوبه ژاپن تحت حمایت مشترک WHO، کنفدراسیون بین‌المللی ماماها (ICM) و صندوق کودکان سازمان ملل (UNICEF) برگزار شده بود.

مدل‌هایی که در مرحله اول برای برنامه‌های آموزش ضمن خدمت ماماها و پرستار ماماها در نظر گرفته شده بودند، می‌توانند در برنامه‌های مامایی پایه و بعد از پایه نیز مورد استفاده قرار گیرند. علاوه بر این، مدل‌ها می‌توانند برای به روزرسانی مهارت‌های مامایی سایر مشاغل مراقبت‌های سلامتی مورد استفاده گیرند. به هر حال توجه به این نکته مهم است که این مدل‌ها جایگزین کتاب‌های درسی مامایی با آموزش سایر جنبه‌های مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نیست، بلکه به جای آن قصد بر آن است که به عنوان پایه‌ای برای ماماها، مدرس و فراگیران مامایی یا سایر افرادی که این مهارت‌های مامایی خاص را کسب می‌کنند عمل کند تا به علل عمده مرگ و میر مادران از قبیل خونریزی، عوارض سقط جنین، مشکلات زایمانی، عفونت نفاسی و اکلامپسی پاسخ مناسب بدهد. مدل‌ها می‌توانند برای به روزرسانی دانش و مهارت مدرسین مامایی نیز استفاده شوند.

هدف مدل‌ها کمک به ماماها و دیگران جهت پرورش بالین کاران ماهری است که قادر به تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری بالینی بر اساس دانش درست و درک این عوارض باشند. با این حال فرض بر این است که ماماها و کارآموزان مامایی که با استفاده از مدل‌ها تحت تعلیم قرار می‌گیرند، قبلاً در بسیاری از مهارت‌های اساسی مانند اندازه‌گیری فشار خون، انجام معاینه واژینال، هدایت زایمان طبیعی و پیشگیری از عفونت، مهارت کسب کرده‌اند، بنابراین موقع استفاده از مدل‌ها برای برنامه‌های پایه مامایی، نخست باید این مهارت‌ها تدریس شود.

در مدل‌ها، انواعی از مهارت‌های دیگر گنجانده شده چرا که آنها جهت عملکرد مامایی جامع اساسی در نظر گرفته شده‌اند. در برخی از کشورها، تعدادی از این مهارت‌ها ممکن است بخشی از عملکرد مامایی نباشد و در واقع ممکن است به عنوان مسئولیت پزشک به جای ماما در نظر گرفته شوند. این مدل‌ها بر اساس این باور توسعه یافته‌اند که ماماها علاوه بر مهارت‌های مامایی پایه، نیاز به طیفی از مهارت‌های نجات‌بخش زندگی دارند که آنان را قادر بسازد تا سهم چشمگیری در کاهش مرگ و میر مادران و ترویج مادری ایمن داشته باشند.

در مجموعه‌ی اصلی که در سال ۱۹۹۶ منتشر شد، ۵ مدل وجود داشت. اخیراً یک مدل دیگر در مورد مدیریت سقط ناقص اضافه شد. مدل‌ها در ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در راستای شواهد اخیر و دستورالعمل WHO برای مدیریت عوارض دوران بارداری و زایمان: راهنمایی برای ماماها و پزشکان به‌روزرسانی شد. مدل بنیادین با ماماها در جامعه سروکار دارد، در حالیکه هر یک از مدل‌های فنی مشکلات خاصی را پوشش می‌دهد که ممکن است منجر به مرگ مادر شود. تخمین زده می‌شود که مدل بنیادین برای آموزش و یادگیری موثر حداقل به دو هفته زمان نیاز دارد، در حالیکه هر مدل فنی به ۱۰ روز تا دو هفته زمان نیاز دارد. این چارچوب زمانی ممکن است با توجه به عواملی مانند توانایی دانشجویان، منابع در دسترس برای حمایت فرایند تدریس- یادگیری و برنامه‌ریزی برنامه تدریس- یادگیری تغییر کند.

هر کدام از مدل‌ها محتوای مستقلی دارند و در صورت لزوم می‌توانند مستقل از مدل‌های دیگر تدریس شوند. با این وجود، از آنجایی که آن‌ها در کنار هم یک رویکرد جامعی جهت رویارویی با علل عمده مرگ و میر و عوارض مادران را ارائه می‌دهند، بعنوان مکمل یکدیگر در نظر گرفته شده‌اند. به همین دلیل توصیه می‌شود به نحوی از مدل‌ها استفاده شود که ماماها را از طریق کار کردن با همه آنها توانمند سازد.

برای اینکه ماماها در ارائه خدمات فوری و مناسب به زنانی که عوارض بارداری و زایمان را تجربه می‌کنند، موثر باشند و مطابق با تعریف بین‌المللی از همراه ماهر^۱ برای مراقبت دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، همه مهارت‌های تحت پوشش مدل‌ها لازم است. با این حال ممکن است در برخی از کشورها، ماماها از نظر قانونی مجاز به انجام تمام مهارت‌های مورد نیاز نباشند. در این کشورها، نیاز به تطابق مدل‌ها با مقررات محلی مربوط به عملکرد مامایی وجود دارد، در حالیکه در همان زمان باید تلاش برای ارائه تغییرات قانونگذاری صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که ماماها مجازند که این مهارت‌های مورد نیاز را انجام دهند.

ساختار مدل‌ها

تمام مدل‌ها ساختار مشابهی دارند، به جز مدل بنیادین که الگوی نسبتاً متفاوتی نسبت به سایر مدل‌ها را دنبال می‌کند. مدل بنیادین با مشکل بالینی خاصی سر و کار ندارد ولی با موضوع کلی مرگ و میر مادران، عوامل مساعد کننده‌ی آن و اهمیت کار کردن با جامعه برای کمک به مادری ایمن‌تر سروکار دارد. بنابراین، جلسات در این مدل حول و حوش این موضوعات سازماندهی شده‌اند. مدل‌های فنی با مشکلات بالینی خاصی سر و کار دارند و از چارچوب مشترکی پیروی می‌کنند. هر کدام با مقدمه‌ای بر مشکل خاص شروع می‌شود که سپس با جلساتی در مورد عوامل قابل اجتناب مرتبط، شناسایی مشکل، مدیریت مشکل و یادگیری مهارت‌های بالینی مورد نیاز دنبال می‌شوند.

جلسات در تمامی مدل‌ها به صورت زیر ارائه می‌شود:

^۱ - همراه ماهر یک کارکن بهداشتی با مهارت‌های مامایی است مانند ماماها و پزشکان و پرستارانی که برای مهارت مدیریت بارداری زایمان نرمال (بدون عارضه) و دوران اولیه پس از زایمان و شناسایی، مدیریت و ارجاع عوارض در زنان و نوزادان آموزش دیده و تحصیل کرده باشند. (ایمن تر کردن بارداری، نقش حیاتی همراه ماهر. بیانیه مشترک توسط ICM، WHO و FIGO. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴)

مقدمه و رئوس مطالب جلسه که توصیف می‌کند:

Aims - هدف جلسه خاص

Objectives - در پایان هر جلسه دانشجو قادر به انجام چه کاری است.

طرح درسی - طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع - آموزش‌های دانشجویان و کاربرگ‌ها، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

آموزش‌ها برای مدرس (متن ایتالیایی): توضیح گام به گام نحوه‌ی هدایت جلسه و گاهی اوقات شامل روش‌های پیشنهادی برای ارزیابی یادگیری است.

مطالب تکمیلی برای مدرس (متن نرمال): جزئیات مطالب آموزشی تئوری و عملی را ارائه می‌دهد.



آموزش برای دانشجویان (برچسب خورده بعنوان "آموزش برای دانشجویان" یا "آموزش برای کار گروهی"):

دستورالعمل‌هایی برای فعالیت‌های فردی یا گروهی ارائه می‌کند.

محتوای مدل‌ها

مامایی جامعه‌نگر

مدل با داستان خانم X شروع می‌شود که نشان می‌دهد چگونه عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص در همراهی با تأخیر در رسیدن و اخذ مراقبت‌های پزشکی، مادر را در معرض خطر عوارضی قرار می‌دهد که مکرراً منجر به مرگ او می‌شود. سپس مضمون داستان در سرتاسر بقیه قسمت‌های مدل تقویت می‌شود. به نقش ماماها در ارتقای مادری ایمن در جامعه با کمک کردن به افراد، خانواده‌ها و دیگر اعضای جامعه جهت درک و مشارکت در مادری ایمن تأکید خاص داده می‌شود. جلساتی وجود دارد که موضوعات خاصی مانند جایگاه و ارزش زنان در جامعه، پیشبرد مادری ایمن از طریق حقوق بشر، باورهای سنتی، عملکردها و موارد منع موثر بر سلامت زنان در دوران بارداری و زایمان، شناسایی و کاهش عوامل خطر، مفهوم تأخیر بعنوان ارتباط آن با مرگ مادر و AIDS /HIV و مادری ایمن را تحت پوشش قرار می‌دهند. جلسات اضافی شامل استفاده از پروفایل جامعه برای طرح‌ریزی مراقبت جامعه محور و ارزیابی آن مراقبت می‌باشد.

اداره‌ی خونریزی پس از زایمان

به منظور درک کامل دانشجویان از چگونگی روی دادن خونریزی پس از زایمان، این مدل با شرح مختصری از فیزیولوژی و مدیریت مرحله سوم لیبر شروع می‌شود. سپس دانشجویان یاد می‌گیرند که خونریزی پس از زایمان چیست، چگونه اتفاق می‌افتد، عوامل مستعدکننده آن چیست، چگونه می‌تواند تشخیص داده شود و نقاط بحرانی برای مدیریت چیست. مهارت‌های خاص برای پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان عبارتند از: شناسایی عواملی که زنان را در معرض خطر خونریزی پس از زایمان قرار می‌دهد، مدیریت مرحله سوم لیبر، ماساژ رحم و خارج کردن لخته‌ها، استفاده از فشردن دودستی رحم، استفاده از فشردن آئورت با دست، بخیه زدن پارگی‌های پرینه، بخیه زدن اپیزیوتومی، ترمیم پارگی‌های دهانه رحم و پارگی‌های بزرگ واژن، خروج دستی جفت. مهارت‌های عمومی در این مدل عبارتند از: کاتتریزاسیون ادراری، گرفتن و ثبت مشاهدات، گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، نظارت بر ترانسفوزیون خون، احتیاط‌های کلی برای پیشگیری از عفونت و نگهداری مستندات. برخی از این مهارت‌های عمومی در مدل‌های فنی دیگر نیز گنجانده شده است.

اداره‌ی زایمان طول کشیده و متوقف‌شده

این مدل با مرور آناتومی و فیزیولوژی مربوط به اداره زایمان طول کشیده و متوقف‌شده شروع می‌شود. بر این اساس مدل توضیح می‌دهد که چه چیزی باعث می‌شود که توقف زایمان بیشتر اتفاق افتد، در زایمان متوقف شده چه اتفاقی می‌افتد، علایم لیبر متوقف شده چگونه تشخیص داده می‌شود و گام‌هایی که برای مدیریت موثر برداشته می‌شود. به استفاده از پارتوگراف برای نظارت بر لیبر تأکید خاص داده می‌شود.

مهارت‌های خاص برای پیشگیری و مدیریت لیبر طول کشیده و متوقف شده عبارتند از: شناسایی عوامل خطر، ارزیابی خروجی لگن، تشخیص نمایش و وضعیت جنین، ارزیابی نزول سر جنین، تشخیص لیبر متوقف شده و خروج با واکيوم. مهارت‌های عمومی در این مدل عبارتند از: کاتتریزاسیون ادراری، گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، تجویز داروهای لازم، حفظ تعادل مایعات، احتیاط‌های کلی برای پیشگیری از عفونت و نگهداری مستندات.

اداره‌ی عفونت نفاسی

این مدل با توضیح مشکل عفونت نفاسی شروع می‌شود. سپس این محتوا، عوامل موثر در عفونت، نحوه تشخیص و افتراق آن از سایر بیماری‌ها، چگونگی پیشگیری از آن و در صورت وقوع نحوه اداره کردن آن را تحت پوشش قرار می‌دهد. یک جلسه نیز به HIV و AIDS مربوط به زنان زائو اختصاص داده می‌شود.

مهارت‌های خاص برای پیشگیری و مدیریت عفونت نفاسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر، شناسایی علایم و نشانه‌ها، گرفتن نمونه از وسط جریان ادرار، گرفتن سواب از قسمت فوقانی واژن و حفظ بهداشت فرج. مهارت‌های عمومی در این مدل عبارتند از: گرفتن و ثبت مشاهدات، گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، حفظ تعادل مایعات، احتیاط‌های کلی برای پیشگیری از عفونت، تجویز داروهای لازم، پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی و نگهداری مستندات.

اداره‌ی اکلامپسی

این مدل با توضیح بیماری پره‌اکلامپسی و اکلامپسی شروع می‌شود. سپس محتوا، عوامل مستعدکننده اکلامپسی، نحوه شناسایی و افتراق آن از سایر وضعیت‌ها، نحوه پیشگیری از آن و در صورت وقوع، نحوه اداره آن را تحت پوشش قرار می‌دهد. مهارت‌های خاص برای پیشگیری و مدیریت اکلامپسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر ابتلا به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، مشاهدات مامایی و مراقبت و مشاهده در زمان مناسب. مهارت‌های عمومی در این مدل عبارتند از: گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، تجویز داروهای لازم، کاتتریزاسیون ادراری، پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی، احتیاط‌های کلی برای پیشگیری از عفونت و نگهداری مستندات.

اداره‌ی سقط ناقص

این مدل با توضیح سقط جنین، از جمله انواع سقط جنین، اثر سقط بر روی مرگ و میر و بیماری مادران، پیشگیری از حاملگی ناخواسته، قوانین و مقررات مربوط به سقط جنین، دیدگاه‌های فرهنگی-اجتماعی و مذهبی، و نقش ماماها در مراقبت از سقط، با تاکید خاص بر مراقبت از سقط اورژانسی شروع می‌شود. سپس محتوا شامل عواملی موثر در سقط جنین، نحوه شناسایی و افتراق آن از بیماری‌های دیگر، نحوه پیشگیری و در صورت وقوع چگونگی اداره آن می‌باشد.

مهارت‌های خاص برای اداره سقط ناقص عبارتند از: اسپیراسیون مکشی دستی و مشاوره تنظیم خانواده بعد از سقط و روش‌های تنظیم خانواده. مهارت‌های زیر، که در مدل خونریزی پس از زایمان هم هستند شامل سقط ناقص نیز می‌شوند، چون ممکن است که استفاده از فشردن دودستی رحم، استفاده از فشردن دستی آئورت و ترمیم پارگی‌های بزرگ واژن و دهانه رحم در زمان مدیریت سقط ناقص هم لازم باشد. مهارت‌های عمومی این مدل عبارتند از: گرفتن و ثبت مشاهدات، گرفتن نمونه خون برای تجزیه و تحلیل، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، نظارت بر تزریقات خون، تجویز داروها، کاتتریزاسیون ادراری و جلوگیری از اختلال ترومبوآمبولی، احتیاط‌های کلی برای پیشگیری از عفونت و نگهداری مستندات.

روش‌های تدریس - یادگیری

مدل‌ها طیفی از روش‌های آموزشی- یادگیری را پیشنهاد می‌کنند که جهت به حداکثر رساندن مشارکت دانشجوی، بر اساس اصول آموزش بزرگسالان طراحی شده است. در مدل‌ها تاکید بر تبدیل نظریه به عمل وجود دارد و در نتیجه زمان کافی در محیط‌های بالینی و بازدیدهای جامعه یک بخش اساسی از فرایند تدریس و یادگیری است و توجه دقیق و آمادگی پیشرونده برای این بخش نیز همانند محتوای تئوری مورد نیاز است.

سخنرانی‌های تعدیل شده

سخنرانی‌های تعدیل شده در مدل‌ها برای ارائه اطلاعات جدید و مرور متونی که دانشجویان غالباً با آن آشنا هستند مورد استفاده قرار می‌گیرند. آنها مشتمل بر استراتژی‌هایی مانند طوفان فکری، گروه‌های مباحثه، جلسات پرسش و پاسخ و بحث است که دانشجویان را در یادگیری خود درگیر می‌کند. مدل‌ها واجد انواع مواد بصری برای استفاده معلم به منظور برگزاری جالب جلسات است. معلم ممکن است به تقویت محتوای سخنرانی موجود در مدل‌ها با استفاده از اطلاعات منابع دیگر تمایل داشته

باشد، و یا به سادگی مطالب ارائه شده را دنبال کند. در هر دو مورد، آمادگی پیش از جلسه با خواندن مطالب مربوط به محتوا و مواد مرجع و تضمین در دسترس بودن منابع برای دانشجویان در صورت لزوم مهم خواهد بود.

بحث‌ها

تخصیص وقت برای بحث و بررسی در زمان‌های مناسب در طول کلاس و یا در پایان جلسات تدریس مهم است. این کار برای دانشجویان فرصتی را برای پرسش کردن در مورد اطلاعاتی که برای آنها نامشخص است، و همچنین به مشارکت آنها بر اساس دانش و تجربه خود، و به معلم برای ارزیابی دیدگاه‌ها و سطح دانش و درک دانشجویان فراهم می‌کند.



کار گروهی و بازخورد

بسیاری از جلسات در مدل‌ها شامل کار گروهی است که معمولاً با یک جلسه بازخورد از هر گروه به کل کلاس دنبال می‌شود. گروه‌ها بایستی تا حد امکان کوچک باشند (ترجیحاً بیش از شش نفر دانشجو در هر گروه نباشد) که با هدف ارائه فرصت برای دانشجویان برای بررسی موضوع و یا مشکل خاص می‌باشد. این مهم است که از کافی بودن فضا برای ملاقات گروه بدون ایجاد مزاحمت به یکدیگر اطمینان حاصل شود. هر گروه نیاز به فرد تسهیل‌گری دارد که مسئول حفظ ادامه بحث و حصول اطمینان از تکمیل کار گروه باشد. تسهیل‌گر کسی غیر از معلم است، یادداشتهای خلاصه شده باید به این شخص عرضه شود. علاوه بر این، ضروری است که معلم در هر گروه بدون برهم زدن بحث بچرخد، تا اطمینان حاصل کند که گروه یادداشتهای خلاصه شده خود را نگهداری می‌کنند و یا به هر سؤال یا موضوع مشکل که ممکن است بوجود آید کمک کند. به علاوه، هر گروه به گزارشگری نیاز خواهد داشت که یادداشتهای را گرفته و از طرف همه بازخوردی به کلاس ارائه دهد. دستورالعمل‌های خاص در جلساتی که شامل کار گروهی است ارائه می‌شود.

تدریس خصوصی (Tutorials)

تدریس خصوصی (Tutorial) یک جلسه تدریس- یادگیری غیررسمی بین یک معلم و یک دانشجو و یا گروه کوچکی از دانشجویان است. تدریس خصوصی وقت‌گیر بوده، اما برای پیشرفت دانشجویان ضروری است. تدریس خصوصی معمولاً فعالیت‌های یادگیری خاصی را دنبال کرده و به دانشجویان فرصت ابراز نگرانی‌های خود به معلم، و به نوبه خود به معلم فرصتی برای شناخت بهتر دانشجو به ویژه در رابطه با پیشرفت‌های حاصله را می‌دهد. تدریس‌های خصوصی در هر یک از مدل‌ها موجود بوده، اما در تمام جلسات نیست.

تمرین‌های عملی

تمرین‌های عملی فرصتی را برای دانشجویان جهت نشان دادن دانش و مهارت خود در رابطه با یک موضوع خاص را فراهم می‌کند. مهم است که به دانشجویان در این شرایط دستورالعمل روشن در مورد نحوه انجام این تمرینها و نظارت بر پیشرفت خود و ارائه کمک در صورت نیاز ارائه شود. مدل‌های بنیادین، خونریزی پس از زایمان، اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده و سقط ناقص این تمرینات عملی را دارند.



بازدیدهای جامعه

بازدیدهای جامعه به عنوان تجربیات آموزنده و نیز لذت‌بخش برای دانشجویان در نظر گرفته شده‌اند. مدل بنیادین مشتمل بر یک سری از بازدیدهای جامعه می‌باشد که هدف آن کمک به دانشجویان جهت درک نحوه به کارگیری مفاهیم این مدل‌ها در

جامعه است. با این حال لازم است که بازدیدهای جامعه از قبل برنامه‌ریزی و به خوبی سازمان یافته باشند، از جمله انتخاب یک جامعه مناسب، کسب مجوز از مقامات مربوطه برای دیدار از جامعه، و تماس با یک شخص کلیدی در جامعه که برای تسهیل و نظارت بر فعالیت‌های دانشجویان در جامعه قادر باشد. نکته مهم دیگر در دسترس بودن وسیله حمل و نقل برای رساندن دانشجویان به جامعه و برگرداندن آنها است.

معلم ممکن است برای بازدیدهای جامعه طوری سازماندهی کند که بازدید در روزهای متوالی انجام شود نه در فواصلی که پیشنهاد شده است. اگر این تغییر ایجاد شد، مهم است که اطمینان حاصل شود که تداخلی با دستیابی به اهداف یادگیری این مدل وجود ندارد.

آموزش بالینی

آموزش بالینی در مدل‌های تکنیکی بسیار مهم است، چراکه یادگیری مهارت‌های بالینی دانشجویان می‌تواند به معنا و مفهوم تفاوت میان مرگ و زندگی برای زنان در امر مراقبت از آنان باشد. تئوری زمینه‌ای برای هر یک از مهارت‌های موجود در مدل‌ها باید در کلاس تدریس شده و تا حد امکان، قبل از اینکه دانشجویان به محیط بالینی واقعی برده شوند، این مهارت‌ها در یک محیط شبیه‌سازی شده بالینی تدریس شود. تسهیلاتی که در آن عملکرد بالینی انجام می‌گیرد باید بر اساس در دسترس بودن زنان با شرایط مشتمل در مدل انتخاب و پیش بینی شود. اگرچه، حتی با بهترین برنامه‌ریزی هم، همیشه امکان‌پذیر نمی‌شود تا تجربه مستمر برای هر دانشجوی در طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها را تضمین نمود. بنابراین، مهم خواهد بود که برای دانشجویان فرصت دیگری برای یادگیری مهارت‌های لازم به عنوان مثال توسط مکانیزم شبیه‌سازی و محلی برای کسب تجربه بالینی مناسب پس از اتمام دوره در نظر گرفته شود.

هماهنگی با کارکنان تسهیلات سلامتی که در آن آموزش بالینی انجام خواهد گرفت، باید از قبل انجام شود. علاوه بر این، بازدید دانشجویان از این تسهیلات به منظور آموزش بالینی نباید مراقبت معمول از مراجعه کننده را مختل کند. وقتی دانشجویان در حال یادگیری و تمرین مستمر مهارت‌ها هستند، باید توسط معلم و یا فرد آموزش دیده و باتجربه نظارت حمایتی بشوند تا شایستگی در مهارت‌های مربوطه را به دست آورند.

نمایش و ایفای نقش

نمایش و ایفای نقش جهت تأکید بر نکات معلم ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. در هر دو مورد از دانشجویان خواسته می‌شود که یک وضعیت واقعی یا خیالی را انجام دهند. در نمایش، دانشجویان ویژگی‌های شخصیتی خود و تا حدی داستان خود را برای توضیح دادن یک نکته خاص ارائه می‌دهند. در ایفای نقش، دانشجویان به صورت افراد خاص، مانند ماما، رهبر روستا، اقوام پریشان یا مادر نگران ایفای نقش می‌کنند. این امر به دانشجویان فرصت مشاهده و درک شرایط، مسائل و یا مشکلات از منظر دیگران را می‌دهد. نمایش و ایفای نقش به عنوان فعالیت‌های اختیاری در تعدادی از مدل‌ها گنجانده شده است.

مطالعات موردی

مدل‌های تکنیکی به دانشجویان فرصتی را برای ارائه مطالعات موردی به عنوان پایه‌ای برای ارزیابی اثربخشی مراقبت در شرایط خاص مهیا می‌کند. دانشجویان قادر خواهند بود تا از تجربه شخصی خود و نیز از تجربه دیگران یاد بگیرند. هدف از مطالعات موردی انتقاد از عملکرد دیگران نیست؛ در عوض، دانشجویان باید تشویق شوند تا در عملکرد گذشته نگاه کنند و ببینند چه درس‌هایی را می‌توان برای آینده آموخت. مطالعات موردی باید بر اساس پرونده مراجعه‌کننده انتخاب شوند تا اداره شرایط

خاص (به عنوان مثال اکلامپسی) را نشان دهند. لازم به ذکر است که اطلاعات مددجو باید در طول ارائه مطالعات موردی محرمانه نگه داشته شوند.

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری ابزار تعاملی و لذت بخشی را برای دانشجویان جهت به دست آوردن دانش جدید، و برای مرور کردن و تحکیم دانش موجود ارائه می‌دهند. بازی‌ها و پازل‌های یادگیری در مدل‌ها برای معلمانی که از آنها استفاده می‌کنند جدید خواهند بود و بنابراین مهم است که مدرسان از قبل با آنها آشنا شوند. مخصوصاً، مهم است که مدرس قادر به ارائه یک توضیح روشن به دانشجویان استفاده کننده از بازی و پازل باشد و پیشرفت آنها را در طول فعالیت کنترل نماید.

کارگاه‌های آموزشی

یک کارگاه آموزشی، دوره‌ای از فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده روی یک موضوع خاص است، که اغلب توسط یک یا چند سخنران مهمان ارائه می‌شود. به هنگام توصیه کارگاه‌های آموزشی، محتوا و برنامه‌ها پیشنهاد می‌گردند. کارگاه‌های آموزشی نیاز به برنامه‌ریزی دقیق با توجه به محتوا، جدول زمانی، و تسهیلات دارند. مدل‌های عفونت نفاسی و اکلامپسی مشتمل بر کارگاه‌های آموزشی در جلسه‌ای از برنامه‌های مراقبتی می‌باشد.

بازتاب

یادگیری به عنوان نتیجه‌ای از بازتاب تجربه رخ می‌دهد. بنابراین دانشجویان باید تشویق شوند تا تجربه خود را در عملکرد بالینی منعکس کنند و بازتاب‌های خود را در دفتر خاطرات روزانه و یا دفتر یادداشت ثبت کنند. این بازتاب‌ها می‌توانند به عنوان پایه‌ای برای بحث با گروه تدریس خصوصی و یا همتایان آموزشی استفاده شوند. یک چارچوب برای بازتاب شامل انتخاب یک تجربه، شناسایی احساسات و افکار شخصی خود در مورد آن تجربه، احساسات و افکار دیگران، و سپس ارزیابی خوب و بد در مورد آن تجربه می‌باشد. در مرحله بعد، دانشجو تشویق می‌شود تا سعی کند با تجزیه و تحلیل بگوید که چرا احساس تجربه‌ای برایش خوب و یا بد بوده و تعیین کند که انجام چه چیز دیگری در آن موقعیت می‌توانست به بهبود نتیجه بیانجامد. در نهایت، یک طرح عملی برای تمرین در آینده در حین رویارویی با وضعیت مشابه طراحی می‌شود. بحث در مورد تجارب ثبت شده به صورت بازتاب‌های خاطرات روزانه، چه در گروه‌ها و چه با معلم به دانشجویان کمک می‌کند تا دیدگاه‌های متفاوتی در مورد تجربه‌شان ارائه دهند. خلاصه‌ای از چنین بحث باید در دفتر خاطرات اضافه شده و ثبت شود تا برای یادآوری در آینده کمک کند.

ارزیابی دانشجویان

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پیش‌آزمون‌ها وسیله مفیدی جهت ایجاد دانش نظری پایه برای دانشجویان محسوب می‌شوند. همان سوالات مورد استفاده در پیش‌آزمون باید دوباره در پس‌آزمون برای ارزیابی دانش در پایان مدل استفاده شوند. معلم نیز ممکن است بخواهد که پرسش‌های اضافی را به پس‌آزمون اضافه کند. لازم به ذکر است که در طول فرایند تدریس - یادگیری، گزینه‌های دیگری برای

ارزیابی (پایین را ببینید)، به ویژه تعیین پیشرفت حاصل شده توسط هر دانشجوی طی ادامه دوره باید مورد استفاده قرار گیرند. نمونه‌هایی از سوال‌های قبل و بعد از آزمون در هر یک از مدل‌های تکنیکی گنجانده شده است.

ارزیابی صلاحیت بالینی

ارزیابی صلاحیت بالینی جزء اصلی ارزیابی دانشجوی در مدل‌های تکنیکی را تشکیل می‌دهد. در سراسر جلساتی که دربرگیرنده آموزش مهارت‌های بالینی در مدل‌هاست، بخش‌هایی تحت عنوان **ارزیابی صلاحیت** وجود دارد. این بخش‌ها راهنمایی برای معلمان جهت ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان، به دنبال آموزش مهارت بالینی خاص فراهم می‌کنند. تا حد ممکن معلم باید اجرای مهارت‌ها را در بالین مشاهده نماید. با این حال، این ممکن است همیشه امکان پذیر نباشد، زیرا ممکن است همیشه مراجعه‌کنندگان با شرایط خاص موجود در مدل‌ها در زمان مناسب در دسترس نباشند. در این شرایط، معلمان باید تلاش کنند موقعیت‌های شبیه‌سازی شده را فراهم کنند تا به دانشجویان فرصتی برای تمرین داده و سپس در مورد مهارت‌های مربوطه ارزیابی شوند. کارکنان آموزش دیده در محیط‌های بالینی نیز ممکن است در ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان درگیر باشند.

گزینه‌های دیگر برای ارزیابی

گزینه‌های دیگری برای ارزیابی در طول کار گروهی، از جمله تدریس‌های خصوصی، سمینارهای دانشجویی، بازی‌های یادگیری و پرسش و آزمون در طول بازدید جامعه در دسترس خواهند بود. این فعالیت‌ها، فرصت‌های حیاتی را برای معلم جهت نظارت بر پیشرفت دانشجویان در زمینه دستیابی به اهداف یادگیری از جلسات خاص در مدل‌ها را ارائه می‌کند.

برنامه‌ریزی فعالیت‌های پیگیری

عملکرد مامایی جامع، بر تجربه و همچنین به دانش و مهارت متکی می‌باشد. تجربه چیزی است که دانشجویان وقتی به دست خواهند آورد که آموخته‌های خود در این مدل را موقع برگشتن به محل‌های کاری مربوطه، در عمل پیاده کنند. این دقیقاً زمانی است که آن‌ها دانش و مهارت خود را در عمل پیاده می‌کنند. زمانی که ماماها در شرایطی قرار خواهند گرفت که احتمالاً سوالاتی برای آنها ایجاد شود. به عنوان مثال، ممکن است مسائل و مشکلاتی باشد که آن‌ها بخواهند به منظور جستجوی راه حل و بهبود عملکرد با سوپروایزرها و بالین‌کاران با تجربه‌تر به بحث بپردازند. این به‌ویژه برای ماماها و پرستار ماماها قابل اجراست که در پایان دوره آموزشی، هنوز نیاز به تجارب بالینی مستمر در برخی از مهارت‌های موجود در مدل‌ها را دارند. بنابراین یک جلسه پیگیری، شاید شش ماه پس از پایان دوره، برای توانمند کردن دانشجویان از طریق به اشتراک گذاشتن تجربیات، گزارش در مورد موفقیت‌ها، بررسی پیشرفت، و بحث در مورد مشکلات مربوط به بالین مهم باشد. جلسات پیگیری دیگر نیز ممکن است، شاید پس از یک سال، و حتی دوباره پس از دو سال مناسب باشد.

خلاصه مدل

جلسه	روش‌های تدریس - یادگیری	چارچوب زمانی (تقریبی)
۱. شناخت اکلامپسی	سخنرانی تعدیل یافته، کار گروهی، بحث	یک و نیم ساعت
۲. عوامل قابل اجتناب	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی بازخورد، بحث	نیم ساعت ۱ ساعت ۱ و نیم ساعت
۳. شناسایی مشکل	سخنرانی تعدیل یافته آموزش بالینی کار گروهی، بازخورد، بحث	نیم ساعت ۱ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان ۲ ساعت
۴. اداره‌ی اکلامپسی	سخنرانی تعدیل یافته، بحث	۲ ساعت
۵. یادگیری مهارت‌های بالینی	سخنرانی تعدیل یافته آموزش بالینی، بحث	۲ ساعت ۱ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان برای هر مهارت
۶. مطالعات موردی	مطالعات موردی، بحث، کار گروهی، بازخورد آموزش اختیاری	۳ ساعت ۱ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان

سخن آغازین

قبل از شروع جلسه ۱، شما ممکن است بخواهید نحوه‌ی ارائه جلسات را یادآوری کنید.

Aims - هدف اختصاصی جلسه

Objectives - در پایان هر جلسه دانشجو قادر به انجام چه کاری است.

طرح درسی - طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع - دستورالعمل‌های دانشجویان و برگه‌های کار، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

آموزش‌ها برای مدرس: نحوه هدایت جلسه را گام به گام توضیح داده و بعضی وقت‌ها شامل روش‌های پیشنهادی برای ارزیابی است.

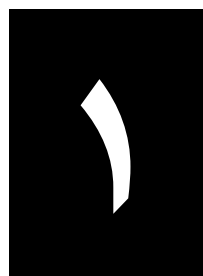
ماده تکمیلی برای مدرس: جزئیاتی از محتوای آموزشی را برای هر ۲ روش تئوری و عملی ارائه می‌دهد.

آموزش‌هایی برای دانشجویان (تحت عنوان "آموزش برای دانشجویان" یا "آموزش برای کارگروهی"): دستورالعمل-هایی برای فعالیت‌های فردی و گروهی فراهم می‌کند.

نکات مهم دیگری که باید قبل از شروع جلسه در نظر گرفته شود:

- چارچوب زمانی نشان داده شده در طرح درسی در شروع هر جلسه در مدل می‌تواند در صورت نیاز توسط مدرس تغییر پیدا کند. بسته به دانش و توانایی‌های دانشجویان و نیازهای یادگیری آنان، زمان مورد نیاز برای هر فعالیت ممکن است کوتاه‌تر یا بلندتر از زمان مشخص شده در طرح باشد. تخمین زده می‌شود که این مدل برای تدریس به ۱۰ روز الی ۲ هفته زمان نیاز دارد.
- در شروع مدل/جلسه مطمئن شوید که همه یادداشتهایی که شما می‌خواهید برای دانشجویان استفاده کنید، آماده و در دسترس کلاس هست.
- شما اگر پیش‌آزمون و پس‌آزمون را آماده کرده‌اید، قبل از شروع اولین جلسه در این مدل باید به ضمیمه در پایان مدل مراجعه کنید.
- به یاد داشته باشید که این مدل مانند مدل‌های تکنیکی دیگر می‌باشد ولی به این معنا نیست که به جای کتاب‌های درسی دیگر می‌باشد. بنابراین، در دسترس بودن حداقل یک چنین کتابی جهت رجوع حین پیشرفت شما در این جلسه و بقیه جلسات ممکن است مفید باشد.

شناخت اکلامپسی



جلسه ۱

شناخت اکلامپسی

هدف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان به شناخت اکلامپسی و خطرات همراه با آن، اهمیت تشخیص و درمان زودرس به منظور نجات زندگی‌ها

اهداف درسی

در پایان جلسه اول، دانشجویان قادر خواهند بود:

- فشارخون، فشارخون القاء شده توسط حاملگی، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی را تعریف نمایند.
- علائم اکلامپسی قریب الوقوع را توصیف نمایند.
- مراحل حملات اکلامپتیک را توصیف نمایند.
- علل خطرناک بودن یک حمله اکلامپتیک را برای مادر و جنین توضیح دهند.
- سایر علل تشنجات را تشریح نماید که ممکن است در زنان سنین باروری رخ دهد.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده

کار گروهی

بحث

زمان کلی: ۱/۵ ساعت

مقدمه

مدل را با توضیح اینکه اکلامپسی مسئول ۱۲٪ از تمامی مرگ‌های مادری در کشورهای در حال توسعه است، مطرح نمایید. این رقم مقدار متوسط است، به علت اینکه در بعضی کشورها میزان بروز اکلامپسی بیشتر از سایر کشورهاست. بسیار مهم است که ماماها قادر باشند که شروع زودرس پره‌اکلامپسی را کشف نمایند، نشانه‌های اکلامپسی قریب الوقوع و ضرورت درخواست کمک فوری در صورت بروز نشانه‌ها را به زنان و خانواده‌های آن‌ها آموزش داده و اقدامات اورژانسی و مناسب را در مورد پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی انجام دهند تا خطر مرگ مادری را کاهش دهند.

تعاریف

هیپرتانسیون

- هیپرتانسیون به فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر اطلاق می‌شود. اختلالات هیپرتانسیو حاملگی عبارتند از:
- هیپرتانسیون القاشده توسط حاملگی که بعد از هفته ۲۰ حاملگی، در طی لیبر یا در عرض ۴۸ ساعت اول پس از زایمان رخ می‌دهد.
 - هیپرتانسیون مزمن که قبل از هفته ۲۰ حاملگی موجود باشد.

فشارخون دیاستولیک در مقایسه با فشارخون سیستولیک شاخص قابل اعتمادتری برای هیپرتانسیون است. فشارخون دیاستولیک مقاومت محیطی را سنجش می‌کند و به اندازه‌ی فشار خون سیستولیک در اثر حالات هیجانی زن زیاد تغییر نمی‌کند. نقطه ناپدید شدن صدای شریانی همان فشار خون دیاستولیک است. اگر کاف فشارسنج حداقل در سه چهارم دور بازو بسته نشود، فشار خون دیاستولیک به طور کاذب بیش از اندازه واقعی نشان داده می‌شود. در صورتی که قطر بازوی فوقانی بیش از ۳۰ سانتی‌متر باشد، یک کاف بزرگتر بایستی استفاده شود. اگر فشار خون دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر در دو بار اندازه‌گیری متوالی به فاصله ۴ ساعت یا بیشتر باشد، تشخیص هیپرتانسیون داده می‌شود. در بعضی مواقع ممکن است لازم باشد که فاصله اندازه‌گیری‌ها به کمتر از ۴ ساعت کاهش داده‌شود، برای مثال در یک کلینیک قبل از زایمان یا در مواردی که فشارخون دیاستولیک خیلی بالا مثلاً ۱۱۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر است.

پروتئینوری

وجود پروتئینوری تشخیص را از هیپرتانسیون القا شده توسط حاملگی به عارضه جدی‌تر پره‌اکلامپسی تغییر می‌دهد. علل دیگر وجود پروتئین در ادرار شامل عفونت مجاری ادراری، بیماری کلیه، آلودگی نمونه ادرار برای مثال با ترشحات واژینال، خون یا مایع آمنیوتیک، کم‌خونی شدید و نارسایی قلبی است. اما هر زن با هیپرتانسیون و پروتئینوری باید به عنوان پره‌اکلامپسی در نظر گرفته شده و بر آن اساس درمان شود.

در صورتی که هیپرتانسیون در حاملگی یافت شود، همیشه ادرار باید از نظر وجود پروتئین بررسی شود. نمونه ادرار برای آزمایش بایستی از وسط جریان ادرار و به شکل تمیز گرفته شده باشد تا از آلودگی به وسیله ترشحات واژن اجتناب شود. ممکن است از تست‌های نواری استفاده شود و یک تغییر از منفی به مثبت در حاملگی یک علامت هشدار است که نباید نادیده گرفته شود.

اگر تست نواری در دسترس نباشد، ادرار باید به شرح زیر آزمایش شود:

▪ نمونه تمیز گرفته شده از وسط جریان ادرار را در یک لوله آزمایش تمیز تا نقطه جوش حرارت دهید. ادرار جوشیده شده کدر می‌شود.

▪ یک یا دو قطره از اسید استیک ۲٪ بعد از جوشیده شدن به نمونه اضافه کنید. اگر ادرار همچنان کدر ماند، پروتئین در ادرار موجود است، اما در صورتی که ادرار شفاف شد، هیچ پروتئینی در ادرار نیست. اگر اسید استیک در دسترس نباشد، نیمه بالایی ادرار را در لوله‌ی آزمایش بجوشانید و بعد فرصت دهید تا ادرار از جوشیدن متوقف شود. رسوب ضخیم در ته لوله آزمایش وجود پروتئین را نشان می‌دهد.

هیپرتانسیون القا شده توسط حاملگی

هیپرتانسیون القا شده توسط حاملگی ممکن است از یک وضعیت هیپرتانسیون خفیف به یک عارضه تهدید کننده‌ی حیات مطابق زیر پیشرفت کند:

- هیپرتانسیون بدون پروتئینوری یا ادم
- پره اکلامپسی خفیف
- پره اکلامپسی شدید
- اکلامپسی

زنان مبتلا به پره اکلامپسی تا افزایش شدت عارضه احساس بیماری نمی‌کنند. لذا این بیماری تهدید کننده حیات است. ماهیت بی سروصدای بیماری یکی از علل خطرناک بودن آن است، بنابراین تشخیص زودرس از طریق پایش منظم پیش از تولد و پیگیری دقیق زنان با پره اکلامپسی خفیف برای تشخیص زودرس و درمان اکلامپسی شدید ضروری است. گاهی اوقات پره-اکلامپسی خفیف به طور ناگهانی و با کمترین هشدار و یا بدون هیچ هشدار به سمت پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی پیشرفت می‌کند. این وضعیت، پره اکلامپسی فولمینات نامیده می‌شود و برای مادر و جنین بسیار خطرناک است.

طبقه بندی پره‌اکلامپسی و علائم اکلامپسی قریب‌الوقوع

یافته‌ها	پره‌اکلامپسی خفیف	پره‌اکلامپسی شدید
فشار خون دیاستولیک	افزایش تا ۹۰-۱۱۰ میلی‌متر جیوه در دو ویزیت مجزا به فاصله ۱-۴ ساعت بعد از هفته ۲۰ حاملگی	افزایش تا ۱۱۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر بعد از هفته ۲۰ حاملگی
پروتئینوری	تا حدود ۲+	۳+ یا بیشتر

علائم دیگر پره‌اکلامپسی شدید مطابق جدول زیر است:

سر درد	وجود ندارد	ممکن است موجود باشد.
اختلال بینایی	وجود ندارد	ممکن است موجود باشد.
درد قسمت فوقانی شکم (ناحیه اپی‌گاستریک)	وجود ندارد	ممکن است موجود باشد.
اولیگوری (کمتر از ۴۰۰ میلی‌لیتر ادرار در ۲۴ ساعت)	بدون اولیگوری	کاهش برون‌ده ادرار به کمتر از ۴۰۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت
هیپرفلکسی	وجود ندارد	ممکن است موجود باشد.
ادم ریوی	وجود ندارد	ممکن است موجود باشد.

اگر زنی هر کدام از علائم و نشانه‌های پره‌اکلامپسی شدید را نشان دهد، درمان فوری نیاز است تا از پیشرفت آن به سمت اکلامپسی جلوگیری شود. مدیریت پره‌اکلامپسی شدید مشابه اکلامپسی است (جلسه ۴ را ببینید).

اکلامپسی

اکلامپسی شروع حملات تشنج در زنی است که حاملگی‌اش توسط پره‌اکلامپسی عارضه‌دار شده است. حملات ممکن است در طی حاملگی بعد از هفته ۲۰، در طی لیبر یا در طول ۴۸ ساعت اول دوران پس از زایمان رخ دهد. در زن مبتلا به اکلامپسی میزان بروز بالایی از مرگ مادری وجود دارد. همچنین میزان مرگ و میر پری‌ناتال بالاست.

پره‌اکلامپسی و اکلامپسی بخشی از اختلال یکسان هستند و اکلامپسی شکل شدید بیماری است. همچنین پره‌اکلامپسی مقدم بر اکلامپسی است، اما در تمامی موارد پیشرفت منظم از بیماری خفیف به شدید وجود ندارد و در برخی زنان پره‌اکلامپسی شدید یا اکلامپسی بسیار ناگهانی ایجاد می‌شود.

گاهی اوقات تشنج بدون وجود هیپرتانسیون و فقط با وجود پروتئینوری رخ می‌دهد. سایر زنان ممکن است فشارخون بالا و پروتئینوری را داشته باشند، اما فقط یک یا دو علامت پره‌اکلامپسی شدید را در زمان وقوع حملات داشته باشند.

مراحل یک حمله اکلامپتیک

اگر دانشجویان با حملات اکلامپتیک آشنا باشند، آن‌ها نباید مشکلی در درک مراحل یک حمله اکلامپتیک داشته باشند که مشابه با یک حمله صرع است.

۱. مرحله پیش درآمد

این مرحله ۲۰-۱۰ ثانیه طول می‌کشد که در طی آن:

- چشم‌ها می‌چرخد یا خیره می‌شود.
- عضلات دست و صورت منقبض می‌شود.

۲. مرحله تونیک

این مرحله ۳۰ ثانیه طول می‌کشد که در طی آن:

- عضلات دچار اسپاسم شدید می‌شوند.
- مشت‌ها گره زده می‌شود و بازوها و ساق‌ها سفت می‌شوند.
- دیافراگم (عضله‌ای که قفسه‌ی سینه را از شکم جدا می‌کند) دچار اسپاسم می‌شود، در نتیجه تنفس متوقف شده و رنگ پوست آبی یا سیانوزه می‌شود.
- پشت حالت قوس می‌گیرد
- دندان‌ها قفل می‌شوند.
- چشم‌ها برآمده می‌شوند.

۳. مرحله کلونیک

این مرحله ۲-۱ دقیقه طول کشیده و با موارد ذیل مشخص می‌شود:

- انقباض و انبساط شدید عضلات
- افزایش بزاق که منجر به ایجاد کف در دهان شده و خطر استنشاق وجود دارد.
- تنفس صدادار و عمیق
- صورت محتقن (پر خون) و متورم.

۴. مرحله کما

این مرحله ممکن است دقیقه‌ها یا ساعت‌ها طول بکشد. زن عمیقاً غیرهوشیار است و اغلب صدادار نفس می‌کشد. سیانوز زودگذر است، اما صورت ممکن است هنوز هم محتقن و متورم باشد. حملات بیشتر ممکن است رخ دهد.

زن ممکن است بعد از یک یا دو تشنج بمیرد.

چگونه اکلامپسی مادر و جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد

توضیح دهید که اسپاسم گسترده شریان‌ها اکثر ارگان‌های بدن را تحت تأثیر قرار داده و منجر به ایجاد نارسایی ارگان شده و زندگی مادر و جنین را به مخاطره می‌اندازد. از دانشجویان بخواهید که دونفره با هم کار کنند. از نیمی از کلاس بخواهید که اثرات اکلامپسی را بر مادر و نیمی دیگر اثرات آن را بر روی جنین فهرست نمایند.

اثرات بر روی مادر

این‌ها شامل:

- مشکلات تنفسی (آسپیراسیون مواد استفراغی، ادم ریوی، برونکوپنومونی)
- مشکلات قلبی (نارسایی قلبی)
- اثرات بر روی مغز (خونریزی، ترومبوز، ادم)
- عوارض کلیوی (نارسایی حاد کلیوی)
- بیماری کبدی (نکروز کبد)
- سندرم HELLP (همولیز، افزایش آنزیم‌های کبدی، کاهش تعداد پلاکت)
- کواگولوپاتی (لخته / نارسایی انعقادی)
- اختلالات بینایی (کوری موقت به علت ادم شبکیه)
- صدمات در طی تشنج (شکستگی‌ها)

علل اصلی مرگ مادر در اکلامپسی خونریزی داخل مغزی، عوارض ریوی، نارسایی کلیه، نارسایی کبد و نارسایی بیش از یک ارگان (قلب + کبد + کلیه) است.

اثرات بر روی جنین

پره اکلامپسی با کاهش در جریان خون جفتی - مادری همراه است که منجر می شود به:

- هیپوکسی
 - عقب ماندگی رشد داخل رحمی (IUGR)
 - مرده زایی در موارد شدید
- هیپوکسی شدید و طول کشیده ممکن است منجر به آسیب مغزی شده و می تواند باعث ایجاد:
- ناتوانی ذهنی یا جسمانی شود.

از دانشجویان بخواهید هر سوالی دارند بپرسند.

مطالب جلسه را خلاصه نمایند.

عوامل قابل اجتناب



جلسه ۲

عوامل قابل اجتناب

هدف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان به شناخت عواملی که در مرگ مادر ناشی از اکلامپسی نقش دارند و درک اینکه اکثر این مرگ‌ها قابل پیشگیری هستند.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۲، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- عوامل قابل اجتناب، عوامل خطر، مرگ مستقیم مامایی و مرگ غیرمستقیم مامایی را تعریف نمایند.
- عوامل خطر برای اکلامپسی را فهرست نمایند و در بین آن‌ها عوامل قابل اجتناب را تعیین نمایند.
- در مورد گام‌هایی بحث نمایند که بایستی به منظور پیشگیری از مرگ ناشی از عوامل قابل اجتناب تعیین شده اتخاذ گردد.

برنامه

سخنرانی تعدیل شده (نیم ساعت)

کار گروهی (۱ ساعت)

بازخورد، بحث (یک و نیم ساعت)

منابع

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان

کاربرگ

اگر قبلاً تعاریف عوامل قابل اجتناب، مرگ مستقیم مامایی و مرگ غیرمستقیم مامایی را در یکی دیگر از مدل‌های حرفه‌ای برای دانشجویان مطرح کرده‌اید، شما باید این تعاریف را مرور کنید و سپس بقیه جلسه را ادامه دهید.

تعاریف

مطمئن شوید که دانشجویان تعاریف زیر را درک کرده‌اند.

عوامل قابل اجتناب

عواملی هستند که در اثر عدم انجام معیارهای پذیرفته شده مراقبتی باعث مرگ مادر شده و یا به آن کمک می‌کنند.

عوامل خطر

عواملی هستند که باعث می‌شوند که یک عارضه با احتمال بیشتر اتفاق بیفتد یا بیشتر خطرناک شود. مهم است که دانشجویان مطالب زیر را درک کنند:

"عوامل خطر" نباید برای پیش‌بینی عوارض استفاده شوند. سیستم طبقه‌بندی خطر یا "رویکرد خطر" که قبلاً در انتخاب زنان برای درمان تخصصی استفاده می‌شد مفید نیست، به این علت که شواهد نشان می‌دهد که اکثر زنانی که در گروه "پرخطر" طبقه‌بندی می‌شوند، عملاً عارضه‌ای را تجربه نمی‌کنند، در حالی که اکثر زنان که به عنوان "کم خطر" طبقه‌بندی می‌شوند، عوارض را تجربه می‌کنند. بنابراین تمامی زنان باردار باید در معرض خطر ایجاد عوارض در نظر گرفته شوند.

مرگ مستقیم مامایی

به مرگ مادر ناشی از مشکلات مامائی در دوران بارداری (حاملگی، لیبر و دوره نفاس) در اثر مداخلات، سهل‌انگاری‌ها، درمان نادرست و یا زنجیره‌ای از حوادث ناشی از هر یک از عوامل فوق اطلاق می‌شود.

مرگ غیرمستقیم مامایی

به مرگ مادر در اثر بیماری‌های موجود از قبل و یا در اثر بیماری‌هایی که در اثر بارداری بوجود می‌آیند و مستقیماً از علل مادری نیست، اما در اثر تغییرات فیزیولوژیک بارداری تشدید پیدا کرده یا بدتر می‌شوند اطلاق می‌شود.

از دانشجویان بخواهید مثالی در مورد عوامل قابل اجتناب زده و در مورد آن‌ها بحث کنید، تأیید کنید که آن‌ها واقعاً قابل اجتناب هستند. بعنوان مثال:

▪ خانمی فشارخون افزایش یافته در اولین ویزیت بارداری خود در ۲۴ هفتگی در درمانگاه قبل از زایمان دارد. او مسافت طولانی را به برای رسیدن به درمانگاه طی کرده است. با انجام ویزیت در منزل برای ارائه مراقبت دوران بارداری می‌توان از طی این مسافت طولانی اجتناب نمود. ممکن است بدین طریق او مراقبت بارداری زودتری داشته باشد و همچنین امکان تمایز هیپرتانسیون اولیه از فشارخون القاشده توسط حاملگی وجود خواهد داشت.

از دانشجویان مثال‌های دیگر را بی‌پرسید.

به منظور پیشگیری از مرگ مادر ضروری است که نه تنها به علل مرگ توجه شود، بلکه عوامل خطر نیز مدنظر قرار گیرد.

- اکلامپسی می‌تواند علت مرگ باشد، اما با تشخیص زودرس و اداره‌ی مناسب پره‌اکلامپسی ممکن است از آن اجتناب نمود.
- علت پره‌اکلامپسی هنوز به طور کامل شناخته نشده است، بنابراین پیشگیری از شروع بیماری امکان ندارد.

آموزش زنان، خانواده‌ها و جامعه درباره بیماری و اهمیت مراقبت منظم و زودتر دوران بارداری احتمال تشخیص و درمان زودرس بیماری را افزایش می‌دهد. تمامی زنان بایستی در هر ویزیت بارداری از نظر پره‌اکلامپسی بررسی شوند.

کار گروهی

دانشجویان را به گروه‌هایی تقسیم کنید و دستورالعمل کارگروهی که در آخر این جلسه وجود دارد را بدهید. توضیح دهید که آن‌ها در مواجهه با مثال ارائه شده چه کاری باید انجام دهند.

بازخورد

بعد از کار گروهی با اجازه دادن به هر گروه برای گزارش جزئیات، بازخورد را تسهیل کنید. از چک لیست آماده شده بعنوان راهنما برای عواملی که باید ذکر شوند استفاده کنید.

توجه دانشجویان را به جامعه و عوامل خطر مرتبط با خدمات بهداشتی که باعث افزایش خطر مرگ ناشی از اکلامپسی می‌شود، جلب کنید.

با دانشجویان در مورد نقش ماما در آموزش جامعه بحث کنید. زنان باردار، خانواده‌های آنها، ماماها سستی (TBA = Traditional Birth Attendant) و رهبران جامعه مجبورند که درباره اهمیت مراقبت دوران بارداری شامل پایش فشارخون و تست ادرار و درباره‌ی علائم خطر پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی آموزش ببینند.

اهمیت دسترسی به تسهیلات بهداشتی و انتقال بیمار را نیز در پیشگیری از مرگ ناشی از اکلامپسی بیان کنید.

درباره اعتقادات سنتی درباره تشنجات و سایر عوارض حاملگی و نفوذ درمانگران سنتی در جامعه بحث کنید. در صورتی که بی-اعتمادی نسبت به کارکنان مراقبت بهداشتی وجود داشته باشد، خانواده بیمار اکلامپتیک احتمالاً ترجیح دهند که با یک درمانگر سنتی تماس بگیرند و این کار ارجاع خانم را به تسهیلات بهداشتی مناسب برای درمان اکلامپسی به تأخیر می‌اندازد.

به دانشجویان کمک کنید تا درک نمایند که امکان مرگ خانم مبتلا به اکلامپسی در تسهیلات بهداشتی وجود دارد، در صورتی- که کارکنان بهداشتی کارآمد و آموزش دیده در اداره‌ی اکلامپسی در آن تسهیلات نباشد و داروهای اساسی نیز در دسترس نباشد. در مورد راهکارهای بهبود مراقبت مادری بحث کنید، این راهکارها می‌تواند شامل برگزاری جلساتی برای جمع‌آوری لیستی از تجهیزات و داروهای مورد نیاز برای پیشگیری یا درمان اکلامپسی یا سایر عوارض و یا فهرستی از مهارت‌ها و کارهای اساسی که کسب آن‌ها برای کارکنان بهداشتی لازم است، باشد.

از دانشجویان بخواهید که اگر سوالی دارند، بپرسند و مطالب گفته‌شده در جلسه را خلاصه نمایند.

چک لیست برای اکلامپسی

بعد از گرفتن بازخورد از کار گروهی، از چک لیست زیر به عنوان یک راهنما برای عوامل خطری که باید در طی بحث اشاره شود، استفاده نمایید.

پره‌اکلامپسی و از این‌رو خطر اکلامپسی شایع‌تر است در:

- اولین حاملگی (بویژه نوجوانان و زنان بالای ۳۵ سال)
- زنان چاق
- زنان مبتلا به هیپرتانسیون اساسی یا کلیوی
- حاملگی چندقلوئی
- زنان با
- دیابت
- مول‌هیداتیدیفرم
- پلی‌هیدرآمنیوس
- هیدروپس جنینی

عوامل خطر زیر ممکن است خطر مرگ ناشی از اکلامپسی را بیشتر کند.

عوامل خطر اجتماعی

این عوامل شامل:

- نبود آگاهی در زمینه نشانه‌های پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی و اهمیت مراقبت منظم و زودتر دوران بارداری
- مشکلات حمل و نقل
- وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین (به علت اینکه حاملگی در سنین نوجوان در بین فقرا شایع‌تر است)

- مشقت مالی و ناتوانی برای پرداخت هزینه حمل و نقل و مراقبت پزشکی
- بی‌اعتمادی جامعه نسبت به کارکنان مراقبت بهداشتی

عوامل خطر سرویس سلامت

این عوامل شامل:

- قصور در پایش فشارخون و ادرار در طی مراقبت دوران بارداری
- قصور در مشاوره با زنان و خانواده‌های آنان درباره‌ی نشانه‌های خطرناک پره‌اکلامپسی شدید و اهمیت مراقبت منظم دوران بارداری
- تأخیر در ارجاع زنان با نشانه‌ها و علائم پره‌اکلامپسی شدید یا اکلامپسی
- نبود راهکار مدیریتی / پروتکل‌های بالینی صریح برای اداره‌ی پره‌اکلامپسی و اکلامپسی
- عدم دریافت آموزش مناسب و کافی برای درمان زنان با پره‌اکلامپسی شدید یا اکلامپسی توسط کارکنان
- نبود تجهیزات و داروهای مناسب برای درمان اکلامپسی

دستورالعمل کار گروهی

(لطفاً تمامی دستورالعمل را قبل از شروع کار بخوانید)

۱. اکلامپسی را تعریف کنید.
۲. عوامل خطر اکلامپسی را فهرست نمایید (این‌ها عواملی هستند که احتمال وقوع اکلامپسی را بیشتر می‌کنند یا آن را بیشتر خطرناک می‌کنند).
۳. عوامل خطری که قابل اجتناب هستند را علامت بزنید.
۴. اقداماتی را که باید انجام بگیرد تا از عوامل قابل اجتناب پیشگیری شود یا خطر را کاهش دهد، بیان نمایید.

یک مثال در زیر ارائه شده است. از برگه گزارش کار ذیل استفاده کنید و به همان شیوه آن را به کار ببرید.

شما **یک ساعت** در گروه‌تان فرصت دارید.

یک رهبر گروه و یک فردی که گزارش دهد را تعیین کنید.

مثال:

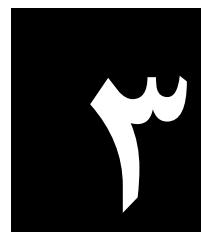
گام‌ها برای اجتناب از وقوع	قابل اجتناب؟	عوامل خطر
<p>فشار خون را در هر ویزیت بارداری و ادرار را در اولین ویزیت و در صورت فشارخون سیستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر چک کنید؛ اهمیت مراقبت دوران بارداری را با رهبران جامعه، زنان مسن‌تر، خانواده‌ها و در مدارس مطرح کنید.</p>	<p>بلی</p>	<p>قصور در پایش فشارخون و ادرار در طی حاملگی</p>



کاربرگ

پیشگیری از اکلامپسی		
گام‌ها برای اجتناب از وقوع	قابل اجتناب؟	عوامل خطر

شناسایی مشکل



جلسه ۳

شناسایی مشکل

اهداف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان به درک اهمیت شناخت و تعریف مشکل اکلامپسی به منظور ارائه‌ی مدیریت مناسب.
- توانمندسازی دانشجویان به کسب هنر تشخیص و تشخیص افتراقی در رابطه با اکلامپسی.

اهداف درسی

- در پایان جلسه ۳، دانشجویان قادر خواهند بود که:
- گام‌های ارائه‌ی درمان موثر را لیست نمایند.
 - پره‌اکلامپسی و اکلامپسی را تشخیص دهند.
 - ویژگی‌های بالینی خانم مبتلا به اکلامپسی را توصیف نمایند.
 - ویژگی‌های بالینی خانم مبتلا به سایر عوارضی که باید از اکلامپسی تمایز داده شود را توصیف نمایند.
 - نشان دهند که چگونه یک تشخیص و تشخیص افتراقی در رابطه با اکلامپسی انجام می‌گیرد.

برنامه

سخنرانی تعدیل یافته (نیم ساعت)

آموزش بالینی (یک ساعت در گروه‌های کوچک از دانشجویان)

کار گروهی، بازخورد، بحث (۲ ساعت)

منابع

پازل یادگیری: چرا زن دچار حمله تشنجی شد؟

اداره‌ی عوارض در حاملگی و زایمان: راهنمایی برای ماماها و دکترها.

ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳ (WHO/RHR/00.7).

مقدمه

شرح دهید که ۶ گام جهت ارائه‌ی درمان موثر وجود دارد.

این شش گام عبارتند از:

۱. شناسایی مشکل
۲. تصمیم‌گیری در مورد کمک به درمان
۳. انتخاب بهترین درمان
۴. ارائه‌ی درمان و تعیین اولویت‌ها
۵. ارزیابی نتایج
۶. ارائه‌ی درمان‌های بیشتر در صورت لزوم که این مورد ممکن است شامل ارجاع باشد.

این جلسه در مورد گام ۱ است. لازمه شناسایی مشکل، دادن تشخیص دقیق است که به نوبه خود اغلب شامل مطرح کردن تشخیص‌های افتراقی می‌باشد (یعنی تصمیم‌گیری از بین دو یا بیشتر از ۲ وضعیت که ممکن است سبب ایجاد علائم و نشانه‌ها شده باشد).

ممکن است فکر کردن در مورد تشخیص بعنوان نوعی "کار تشخیصی" کمک کننده باشد. دانشجویان باید بحث گروهی کوچکی برای تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی اقدام تشکیل دهند. سوالات مناسب برای پرسیدن می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- یک تشخیص چگونه می‌تواند منجر به یک تصمیم اشتباه شود؟
- یک تشخیص چه نتایج دارد؟
- پاسخ‌ها باید مطرح کننده این موارد باشند، که برای یک تشخیص:
 - راه حل‌ها را جستجو کنند.
 - به دقت مشاهده کنند.
 - از تمام حواس (بعنوان مثال بینائی، شنوائی، بویائی و لامسه) استفاده کنند.
 - سوال بپرسند.
 - تمام موقعیت‌ها را در نظر بگیرند.

ارتباطی را بین این موارد و بحث در مورد مهارت‌های تشخیصی برقرار کنید.

به دانشجویان یادآوری کنید که به روش تشخیصی فوق باید مشکلات را حل کنند و تصمیمی که می‌گیرند خیلی مهم است.

دانشجویان باید از تمام حواس و توان خود در جهت:

- دیدن
- شنیدن

- لمس کردن
- درست فکر کردن و پرسیدن این سوال که: مشکل چیست؟
- به تمام اطلاعات موجود توجه کنند.

یک تشخیص از نتیجه‌گیری بر اساس یک نشانه بدست نمی‌آید، بلکه تمام جوانب آن را در نظر می‌گیرد. دانشجویان باید یاد بگیرند که به همین طریق عمل کنند.

تشخیص پره‌اکلامپسی و اکلامپسی

مدت زمان این بخش از جلسه ممکن است بر اساس تجربه بالینی دانشجویان متفاوت باشد، ممکن است ضروری باشد که:

- مهارت‌ها با کارکنان فرآپایه مرور و به روز شود.
- مهارت‌های جدید به دانشجویان بی‌تجربه آموزش داده شود.

تمامی دانشجویان باید قادر باشند که:

- فشار خون را به طور صحیح بگیرند و ثبت نمایند.
- ادرار را از نظر پروتئین تست نمایند.

۱. دانشجویان را به گروه‌های کوچک تقسیم کنید.

۲. آن‌ها را به بخش بیاورید یا از فرصت ویزیت در منزل یا کلینیک استفاده کنید.

۳. یک بیمار برای هر دانشجوی انتخاب کنید (قبل از زایمان/ در مراحل اولیه لیبر/ تازه زایمان کرده). بعد از کسب اجازه از ماما/ پرستار مسئول مراقبت، خود زن و خویشاوندان او (در صورت مناسب بودن)، دانشجویان باید شرح حال ثبت شده در پرونده بیمار را بخوانند، با زن برای به‌روز نمودن جزئیات شرح حال او در پرونده صحبت نمایند و شرایط کنونی وی را بپرسند و سپس معاینه بالینی کامل انجام دهند.

تشخیص پره‌اکلامپسی

دانشجویان باید قادر باشند که علائم پره‌اکلامپسی را در طی معاینه بالینی تشخیص دهند. علائم شامل:

- فشار خون افزایش یافته
- پروتئینوری

مطمئن شوید که دانشجویان می‌دانند که چه سطحی از فشار خون غیرطبیعی است (فشار خون دیاستولیک 90 میلی‌متر جیوه یا بیشتر). آن‌ها همچنین باید بدانند که برای تشخیص هیپرتانسیون، فشار خون دیاستولیک معیار صحیح‌تری نسبت به فشارخون سیستولیک که تحت تأثیر حالات عاطفی خانم قرار می‌گیرد، است. فشارخون دیاستولیک بین $110-90$ میلی‌متر جیوه نشان‌دهنده پره‌اکلامپسی خفیف است، در حالی‌که اگر فشارخون 110 میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد، پره‌اکلامپسی شدید است. همچنین

دانشجویان باید در هنگام معاینه به زنان نحوه گرفتن یک نمونه ادرار تمیز و از وسط ادرار را آموزش بدهند. سپس نمونه را از نظر پروتئین آزمایش کنند.

تشخیص پره‌اکلامپسی شدید

دانشجویان باید سوالاتی را از مادر بپرسند و به جواب‌های او به دقت گوش دهند. او را معاینه کنند و هرگونه علائم و نشانه‌های پره‌اکلامپسی شدید را تشخیص دهند.

یک یا چند تا از این علائم باید ماما را نسبت به احتمال وقوع یک حمله اکلامپسی هوشیار سازد. درمان فوری برای رفع خطر حمله ضرورت خواهد داشت.

اگر آزمایشات خونی از نظر عملکرد کلیه و عوارض انعقادی انجام شده است، دانشجویان باید گزارشات آزمایشگاهی را چک نمایند. همولیز، افزایش آنزیم‌های کبدی و کاهش تعداد پلاکت نشانگر سندرم HELLP است. این وضعیت وخامت بیماری و اثرات مضر آن را بر روی بسیاری از سیستم‌های بدن نشان می‌دهد.

بعد از اینکه دانشجویان مهارت‌هایشان را در بالین بیمار نشان دادند، یافته‌ها را با هم بحث کنید. اگر گروه‌های مختلف، زنان مختلفی را در همان زمان معاینه کرده‌اند خوب است که نتایج مقایسه شود.

سوالات برای بحث

کدام یک از زنان معاینه شده در معرض خطر اکلامپسی هستند؟ چرا آن‌ها در معرض خطر هستند؟

تشخیص‌های افتراقی

در هر خانمی با سن حاملگی ۲۰ هفته یا بیشتر و مبتلا به فشارخون و داشتن یک حمله تشنج، درمان اکلامپسی بایستی صورت بگیرد. حتی اگر فشارخون وجود نداشته باشد، باز هم درمان اکلامپسی صورت می‌گیرد مگر اینکه خلاف آن ثابت شود. تعدادی از عوارض دیگر نیز وجود دارد که منجر به تشنجات می‌شود که بعداً در این جلسه توضیح داده شده است.

اگر دانشجویان مدل اداره اسپیس نفاسی را مطالعه کرده باشند، آن‌ها با پازل یادگیری استفاده شده در آن مدل آشنا خواهند بود. اگر بیشتر مطالب این جلسه تا اینجا برای دانشجویان جدید باشد، بهتر است بقیه جلسه به روز دیگر موکول شود. این امر فرصتی را فراهم خواهد ساخت که بسیاری از واقعیت‌های جدید پذیرفته شود.

آموزش بالینی بر اساس نظر مدرس، ممکن است یا مقدم بر پازل یادگیری باشد یا به دنبال آن صورت بگیرد.

مهم است که به دانشجویان کمک شود تا بدانند که چگونه علل مختلف حملات تشنجی را به منظور ارائه‌ی درمان موثر تشخیص دهند. آن‌ها باید هنر تشخیص و تشخیص افتراقی را برای زمانی که بیمار تحت درمانشان حمله تشنجی دارد، یاد بگیرند.

پازل یادگیری:

" چرا او حمله تشنجی دارد "

هدف از این تمرین این است که به دانشجویان کمک شود تا عوارض دیگر را که ممکن است حملات تشنج ایجاد کنند بشناسند و شاید مجبور باشند آنها را از اکلامپسی تمایز دهند. دانشجویان یاد خواهند گرفت که تصویر بالینی سایر عوارض را توصیف نمایند. جزئیاتی که در هنگام گرفتن شرح حال ممکن است به آنها توجه شده و ثبت شود را مطرح نمایند و آزمایشات و بررسی-هایی که ممکن است برای تأیید تشخیص استفاده شوند را لیست نمایند.

تفکر در مورد تشخیص بر حسب ایجاد یک تصویر می‌تواند مفید باشد.

برای شناسایی مشکل باید از دانشجویان بپرسید که چه چیزی باعث بروز حملات می‌شود.

تصویر بالینی

به منظور کمک به دانشجویان، روی هم ریختن اطلاعات را با آنها تمرین کنید که این کار به آنها در دادن تشخیص کمک خواهد کرد. آنها را به گروه‌هایی تقسیم کنید تا بر روی پازل‌هایی کار کنند.

به هر گروه تصویر بالینی (الف) به اضافه دو تصویر دیگر بدهید. تصویر بالینی (الف) اکلامپسی است. تصاویر دیگر عبارتند از:

(ب) صرع

(ج) مالاریای مغزی

(د) مننژیت

(ه) کزاز

(و) سپسیس نفاسی (سپتی‌سمی)

سه پازل باید در امتداد خطوط نشان داده شده به تکه‌هایی برش داده شود و بعد سه مجموعه با هم دیگر درآمیخته شود. دانشجویان تشخیص را قبل از اینکه روی پازل کار کنند، نخواهند دانست.

بر اساس دستورالعمل کار گروهی دانشجویان را آماده کنید.

چک‌لیست همچنین در آخر جلسه ارائه شده است که شامل شرح حال، آزمایشات و بررسی‌ها برای هر تصویر بالینی است. از این چک‌لیست‌ها در هنگام گرفتن بازخورد برای هدایت بحث استفاده کنید.

در طی کار گروهی، چک کنید که دانشجویان قادر هستند که به طور صحیح تصاویر را برای کشف تشخیص کنار هم‌دیگر بگذارند.

بازخورد

بعد از کار گروهی، از هر گروه بخواهید که گزارش کار خود را ارائه دهند:

- وضعیت‌هایی را که تشخیص داده‌اند.
 - حقایقی که انتظار می‌رود که در گرفتن شرح حال از عارضه تحت‌بررسی به دست آورند.
 - آزمایشات/ بررسی‌هایی که به تأیید تشخیص عارضه تحت مطالعه کمک می‌کند.
- در طی بازخورد و در صورتی که مناسب باشد فرصتی را فراهم کنید تا در مورد این وضعیت‌ها آموزش دهید. در صورت ضرورت، هنگامی که بیماران با هر کدام از این عوارض پذیرش می‌شوند، آموزش بالینی را در بخش طبی ترتیب دهید. از یک پزشک یا پرستار با تجربه بخواهید که مطالعات موردی را ارائه نماید.

تمرین کلاسی

از تمرین کلاسی زیر برای بررسی درک دانشجویان استفاده کنید:

۱. به هر گروه از دانشجویان یک قسمت از مقاله را با نام یکی از عوارض بالینی که روی آن «الف تا و» نوشته شده باشد، بدهید. مطمئن شوید که اکلامپسی نیز جزو آن‌ها بوده و فقط یکی از آن موارد است.
 ۲. از هر گروه بخواهید که شرح حال، نشانه‌ها و علائم یک زن با عارضه مشخص شده در برگه‌شان را ارائه دهند. دانشجویان را تشویق کنید که از تخته‌سیاه، فلیپ‌چارت یا از پروژکتور اوره‌د استفاده کنند، اما آن‌ها ممکن است از نمایش برای ارائه تصویر بالینی وضعیت استفاده کنند.
 ۳. تأکید کنید که قبل از اینکه آن‌ها تشخیص را بیان نمایند، کلاس منتظر است که تمامی وقایع ارائه شود و یا نمایش کامل شود.
 ۴. هنگامی که هر گروه بیمار خود را معرفی نمودند، یافته‌های اصلی را خلاصه کنید و از آنها بپرسید که آیا سوالی دارند.
 ۵. تأکید کنید که در زمانیکه تصویر بالینی واضح نیست، طیفی از آزمایشات برای تشخیص افتراقی باید استفاده شود.
- در پایان از دانشجویان بخواهید که سوالات خود را بپرسند، این بخش از جلسه را خلاصه کنید و بالاخره کل جلسه را با اتصال تئوری به عمل خلاصه نمائید.

آموزش‌های کار گروهی

تصویر بالینی

۱. به شما تکه‌های کوچک از کارت داده شده است. آن‌ها را بر روی میز بگذارید، بطوری که نقاط سیاه در هر تکه به سمت بالا قرار بگیرد.
۲. کارت‌ها را از همدیگر جدا کنید، بطوری که شما بتوانید به آسانی نشانه‌ها و علائمی که بر روی هر کارت نوشته شده است را بخوانید.
۳. هنگامی که کارت‌ها با همدیگر و به طور صحیح جور شدند، آن‌ها سه تصویر بالینی کامل را تشکیل خواهند داد. هر تصویر بالینی، تصویری از یک زن در مرکز است. نشانه‌ها و علائم بالینی که ممکن است به وسیله خانم مبتلا به حمله تشنجی تجربه شود در اطراف تصویر نوشته شده است.
۴. کارت‌هایی را انتخاب کنید که فکر می‌کنید بهتر با همدیگر جور هستند، تا نشانه‌ها و علائم یک عارضه خاصی که ممکن است با یک حمله تشنجی همراه باشد را توصیف نماید.
۵. هنگامی که شما سه تصویر بالینی را کامل کردید، دوباره نشانه‌ها و علائم را بخوانید و تصمیم بگیرید که محتمل‌ترین تشخیص برای زن در هر تصویر کدام است.
۶. تشخیص خود را در زیر هر تصویر بالینی بنویسید. شخصی الف را علامت زده و شما دو تای دیگر «ب، ج، د، ه یا و» را دارید. تشخیص خود را با چرخش دقیق تکه به تکه تصویر چک کنید و تشخیص نوشته شده در طرف دیگر را بخوانید. تشخیص فقط هنگامی دیده می‌شود که تمامی کارت‌های درست به طور صحیح کنار هم قرار داده شوند.
۷. در مورد هر کدام از سه تصویر بالینی بحث کنید و بنویسید:
 - حقایق خاص هر تصویر را که ممکن است در هنگام گرفتن شرح حال از خانم به دست آورید.
 - هر جا که مناسب باشد، آزمایشات یا بررسی‌هایی که به تأیید تشخیص کمک بکنند را انجام دهید.

✓ چک لیست

الف. اکلامپسی

تاریخچه

پره اکلامپسی و به تبع آن خطر اکلامپسی شایع تر است در:

- حاملگی نخست (بویره نوجوانان و زنان بالای ۳۵ سال)
- زنان با هیپرتانسیون اساسی یا کلیوی
- حاملگی چندقلویی
- زنان مبتلا به:
 - دیابت
 - مول هیداتیرم
 - پلی هیدرآمیوس
 - هیدروپس جنینی

علائم و نشانه‌ها

- تشنجات
- فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر بعد از هفته ۲۰ حاملگی
- پروتئینوری + ۲ و بالاتر
- ممکن است همچنین شامل موارد زیر باشد:
 - کما
 - سایر نشانه‌ها و علائم پره اکلامپسی شدید
- هیپرفلکسی
- سردرد (افزایش فراوانی، عدم تسکین به وسیله مسکن‌های معمول)
- تاری دید
- اولیگوری (ادرار کمتر از ۴۰۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت)
- درد قسمت فوقانی شکم (درد اپی‌گاستر یا درد ربع فوقانی راست)
- ادم ریوی

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

فشارخون معمولاً در بیماران اکلامپسی افزایش می‌یابد. ادرار حاوی پروتئین خواهد بود. آزمایشات دیگر ممکن است برای تشخیص یا کنارگذاشتن وضعیت‌های مختلف انجام بگیرد. برای مثال یک نمونه ادرار تمیز که از وسط ادرار گرفته شده باشد، نه تنها ممکن است از نظر پروتئین آزمایش شود، بلکه همچنین می‌تواند برای کشت جهت بررسی عفونت به آزمایشگاه هم ارسال شود.

در جایی که در دسترس باشد، آزمایشات خون ممکن است اختلال عملکرد کلیوی و کبدی و نقایص انعقادی را در خانم مبتلا به اکلامپسی نشان دهد. آزمایشات خون که می‌تواند انجام گیرد، عبارتند از:

- فیلم خون برای کنار گذاشتن مالاریا
- آزمایشات عملکرد کبدی و آنزیم‌های آن که در اکلامپسی افزایش خواهد یافت و نشان‌دهنده آسیب کبدی است.
- شمارش پلاکت که اغلب در پره اکلامپسی/ اکلامپسی پایین است.
- مطالعات انعقادی برای تشخیص نقص انعقادی (تست تشکیل لخته کنار تخت بیمار)
- آزمایشات عملکرد کلیوی (الکترولیت‌های پلاسما، اوره خون، کراتینین و اسیداوریک) که در اکلامپسی افزایش می‌یابد و نشان‌دهنده آسیب کلیوی است. کلیرانس کراتینین و پروتئین‌های سرم ممکن است کاهش یابد.
- نقص انعقادی زن را در معرض خطر بالای خونریزی پس از زایمان قرار می‌دهد.

✓ چک لیست

ب. صرع

تاریخچه

تاریخچه ای از صرع قبل از حاملگی وجود دارد. شروع صرع در بزرگسالی ثانویه به پاتولوژی خاص (به عنوان مثال عارضه دیگر) است. عارضه ممکن است بدتر یا بهتر شود، یا تحت تأثیر حاملگی قرار نگیرد.

حملات تشنجی توصیف شده احتمالاً گراندمال هستند. زن ممکن است تحت مراقبت پزشکی باشد یا نباشد یا ممکن است با داروهای ضد تشنج درمان شود یا نشود.

هشدار یک حمله قریب الوقوع، اشکال متفاوت در اشخاص مختلف دارد. زن اغلب احساس خود را قبل از حمله می تواند توصیف کند.

گاهی اوقات حملات صرعی در دوران بزرگسالی نسبت به کودکی شدت کمتری دارد.

در موارد شدید، ممکن است وخامت روانی بعد از چند سال وجود داشته باشد.

نشانه‌ها و علائم

- تشنجات
- تاریخچه قبلی تشنج
- فشار خون نرمال

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

علل دیگر حملات تشنجی بایستی رد شوند.

ممکن است پروتئینوری موقت بعد از یک حمله تشنج در ادرار وجود داشته باشد، اما در غیراینصورت آزمایشات، مورد غیرطبیعی نشان نمی دهند.

اوره خون طبیعی است.

ممکن است قند خون پایین باشد.

در جایی که امکان پذیر است یک EEG (الکتروآنسفالوگرام) انجام بگیرد که این می تواند ناهنجاری های خاص را نشان دهد.

اسکن مغزی ممکن است علت حملات را روشن سازد، برای مثال حمله می تواند ناشی از تومور باشد.

ارجاع به تسهیلات سلامت سطح بالا ممکن است برای تأیید تشخیص و درمان ضروری باشد.

✓ چک لیست

ج. مالاریای مغزی

تاریخچه

ناحیه‌ای که زن در آن زندگی می‌کند، معمولاً به عنوان ناحیه مالاریاخیز شناخته شده است، جایی که مالاریا در آنجا آندمیک است. موارد مشابه دیگر ممکن است در مواردی که مالاریای مغزی آندمیک است، وجود داشته باشد. زن معمولاً پروفیلاکسی ضد مالاریا دریافت نکرده است، او ممکن است داروهایی را دریافت کند که بر علیه مالاریای مغزی که به طور خاص کشنده است، غیر موثر باشد.

تاریخچه‌ای از تب بالا، لرز، سردرد، استفراغ، خواب‌آلودگی و تشنج وجود دارد. زن حامله با مالاریای شدید بویژه مستعد هیپوگلیسمی، ادم ریوی، کم‌خونی و کما است. مالاریای مغزی اغلب سریعاً کشنده است. دانشجویان بایستی با علائم و نشانه‌های مالاریای مغزی و نوع مالاریایی که در ناحیه‌شان شایع است، آشنا باشند.

اگر خانمی که در ناحیه مالاریاخیز زندگی می‌کند، سردرد یا تشنجات داشته باشد و مالاریا کنار گذاشته نشود، لازم است که خانم هم از نظر مالاریا و هم اکلامپسی درمان شود.

نشانه‌ها و علائم

- تب
- احساس سرما/ لرز
- سردرد
- درد عضلات/ مفاصل
- کما
- کم‌خونی
- همچنین ممکن است:
- تشنجات
- زردی وجود داشته باشد

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

خون را بفرستید برای:

- تخمین هموگلوبین (برای تشخیص کم‌خونی همراه با مالاریا)
- شمارش گلبول‌های سفید خون (در عفونت‌ها افزایش می‌یابد)
- انگل مالاریا

در مالاریای مغزی بیش از ۵ درصد گلبول‌های قرمز در گردش انگل دار خواهند بود.

مهم

هنگامی که مالاریا مورد شک است، درمان با داروهای ضد مالاریای مناسب و داروی تب‌بر ساده بایستی بدون اینکه منتظر نتایج آزمایشگاهی باشیم، فوراً شروع شود.

✓ چک لیست

د. مننژیت

تاریخچه

مننژیت پنوموکوکی می‌تواند با حملات تشنجی همراه شود. کما ممکن است بعد از تشنجات وجود داشته باشد، اما هیپرتانسیون یک ویژگی شایع نیست. در بسیاری از موارد مننژیت، شروع حمله ناگهانی است. اگرچه در مننژیت سلی، شروع مننژیت تدریجی است.

مننژیت منگوکوک در اپیدمی‌ها رخ می‌دهد. بنابراین ممکن است تاریخچه‌ای از بیماری در سایر اعضای خانواده یا جامعه وجود داشته باشد.

مننژیت‌های استرپتوکوکی و استافیلوکوکی اغلب ثانویه به سایر عفونت‌ها هستند. در این موارد ممکن است تاریخچه‌ای از عفونت گوش (اوتیت میانی، التهاب زائده ماستوئید) یا سینوزیت وجود داشته باشد.

نشانه‌ها و علائم

- تب
- سردرد
- سفتی گردن
- ترس از نور
- و همچنین:
- تشنجات
- گیجی
- خواب‌آلودگی و بی‌حالی
- کما وجود داشته باشد.

آزمایشات / بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

نشانه‌ها و علائم بالینی معمولاً تشخیص را مشخص می‌کند، اگرچه بایستی از خونریزی ساب آراکنوئید متمایز شود. پزشک ممکن است تشخیص را با پانکچر کمری (LP) تأیید کند که نشان می‌دهد:

- افزایش فشار مایع مغزی-نخاعی (CSF) وجود دارد.
- مایع در اشکال کوکسی مننژیت کدر به نظر می‌رسد، اما در مننژیت ویروسی شفاف است.
- ارگانسیم مسبب معمولاً در بررسی باکتریولوژی شناخته شده و تعداد سلول افزایش می‌یابد.
- پروتئین افزایش یافته و قند و کلریدها کاهش می‌یابد.

دو علامت وجود دارد که به طور اختصاصی در مورد مننژیت اتفاق می‌افتد. به دانشجویان تأکید کنید که بسیار مهم است که قادر باشند که مننژیت را تشخیص دهند و زن را به پزشک برای درمان مناسب ارجاع دهند تا اینکه اسامی آزمایشات را به خاطر داشته باشند.

علامت گردن Brudzinski

هنگامی که گردن به طور غیرفعال خم می‌شود (برای مثال به وسیله معاینه‌کننده) به طوری که چانه در تماس با قفسه سینه باشد، بیمار به طور خودبخود ساق پاهایش را خم می‌کند.

علامت Kernig's

هنگامی که بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گیرد، ران تا جایی که ممکن است بر روی شکم خم شده و تلاش جهت راست کردن مفصل زانو صورت می‌گیرد. در حالت طبیعی ساق به آسانی راست می‌شود، اما در مننژیت مقاومت در برابر تلاش برای باز کردن زانو وجود دارد. این حرکت منجر به کشش ریشه‌های عصبی ساکرال شده و در نتیجه مننژها کشیده شده و چون مننژها ملتهب هستند، درد وجود خواهد داشت.

✓ چک لیست

۵. کزاز

تاریخچه

کلستریدیوم تتانی ممکن است از طریق وسایل یا دست‌های آلوده، بویژه در طی سقط‌های غیرایمن یا زایمان‌های کثیف به داخل حفره رحم وارد شود.

اگر خانمی دو دوز از توکسوئید کزاز را به فاصله حداقل ۴ هفته دریافت کرده باشد و حداقل ۴ هفته فاصله بین دریافت آخرین دوز واکسن و ختم حاملگی (زایمان یا سقط) وجود داشته‌باشد، از نظر کزاز مصون در نظر گرفته می‌شود. زنانی که یک سری واکسن (۵ تزریق) بیش از ۱۰ سال قبل از حاملگی دریافت کرده‌اند، باید به آن‌ها دوز یادآور تزریق شود.

نشانه‌ها و علائم

- ترسیموس (اشکال در باز کردن دهان و جویدن)
همچنین ممکن است:
- اسپاسم صورت، گردن و تنه
- پشت قوسی
- شکم شبیه تخته
- اسپاسم‌های شدید خودبخودی وجود داشته باشد

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

کشت بافت عفونی

✓ چک لیست

و. سپسیس نفاسی (سپتی سمی)

تاریخچه

عوامل خطر شایع عبارتند از:

- استانداردهای بهداشتی ضعیف
- تکنیک ضد عفونی ضعیف
- دستکاری‌های زیاد کانال زایمان
- وجود بافت مرده در کانال زایمان (به خاطر احتباس طولانی مدت جنین مرده، احتباس تکه‌هایی از بافت جفت یا پرده‌های جنینی، ریزش بافت مرده از دیواره واژن متعاقب زایمان متوقف شده)
- وارد نمودن دست و وسایل آلوده به کانال زایمان (عملکردهای سنتی همچنین باید بررسی شود)
- کم خونی و سوء تغذیه از قبل موجود
- لیبر طول کشیده
- پارگی طولانی مدت پرده‌های جنینی
- معاینه واژینال مکرر
- زایمان سزارین و سایر زایمان‌های ابزاری
- پارگی دهانه‌ی رحم و واژن ترمیم نشده
- بیماری منتقل شونده از طریق جنسی از قبل موجود
- خونریزی پس از زایمان
- عدم ایمنیزاسیون یا ایمنیزاسیون ناکافی با توکسوئید کزاز
- دیابت

نشانه‌ها و علائم

- تب، درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بیشتر
- لرز و کسالت عمومی
- درد قسمت تحتانی شکم
- رحم حساس
- عدم جمع شدگی رحم
- لوشیای چرکی با بوی متعفن
- همچنین ممکن است:

- خونریزی واژینال روشن
- شوک وجود داشته باشد

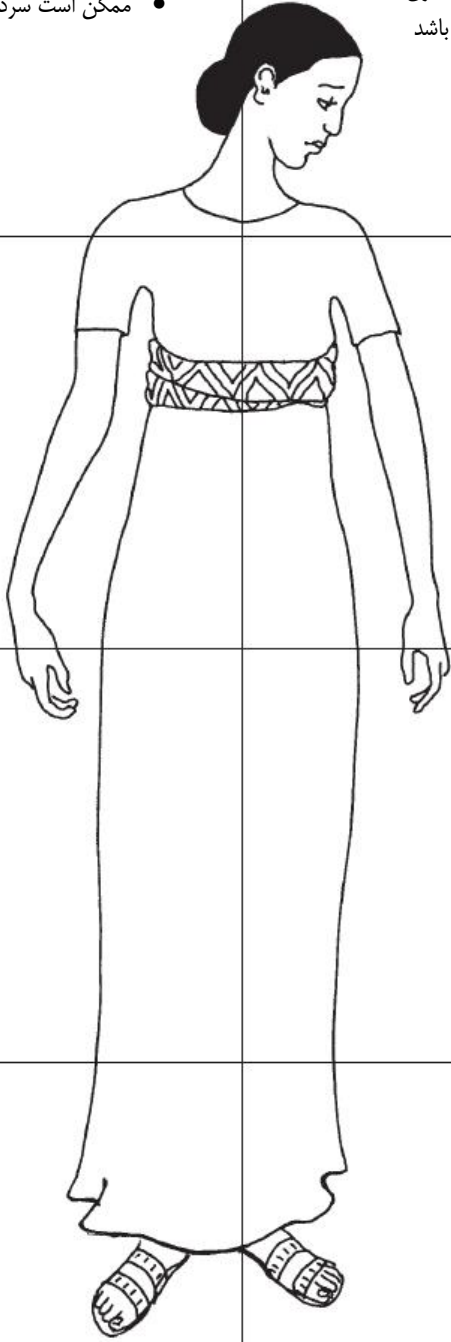
آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

- کشت از وسط جریان ادرار
- سواب زخم، برای مثال پرینه یا شکم
- کشت خون، در صورت وجود لرز یا مدرکی از عفونت شدید

مهم

آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف را بدون تأخیر، در حالی که منتظر نتایج آزمایشگاهی هستید، شروع کنید (جلسه ۵ را ببینید). سپتی-سمی می‌تواند به سرعت ایجاد شده و میزان مرگ و میر بالایی داشته باشد.

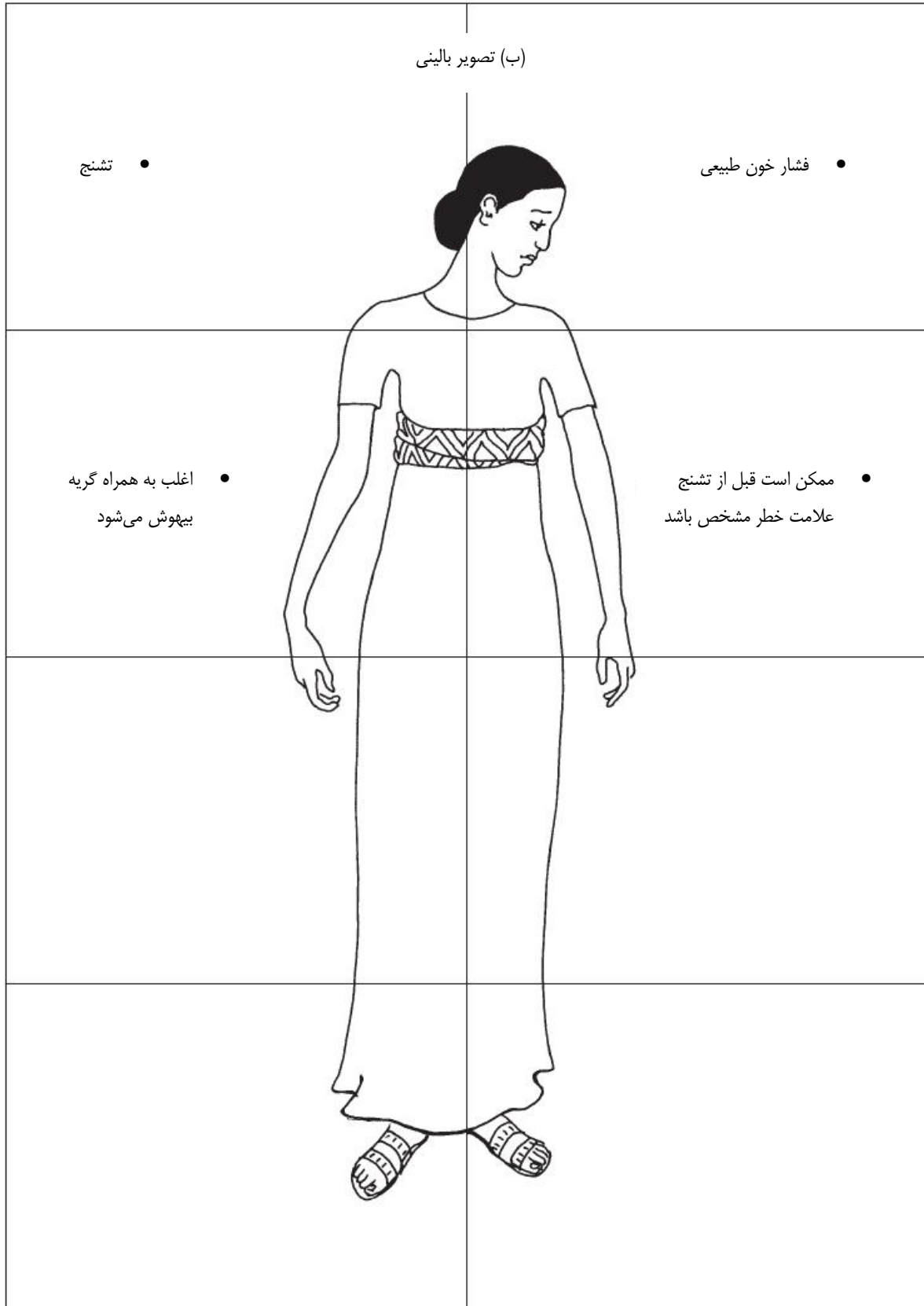
(الف) تصویر بالینی



- ممکن است سردرد، اختلالات بینایی، درد اپی گاستر داشته باشد.
- مراحل حمله به خوبی مشخص شده- اما بدون هشدار مشخصی که بیمار با آن آشنا باشد
- تشنج
- فشار خون دیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر بعد از هفته ۲۰ حاملگی
- پروتئینوری + ۲ و بالاتر
- ممکن است هوشیار نباشد
- ممکن است ادم ریوی داشته باشد
- ممکن است کمتر از ۴۰۰ میلی لیتر ادرار در ۲۴ ساعت داشته باشد

اداره اکلایمپیسی

چرا او دچار تشنج شده است؟

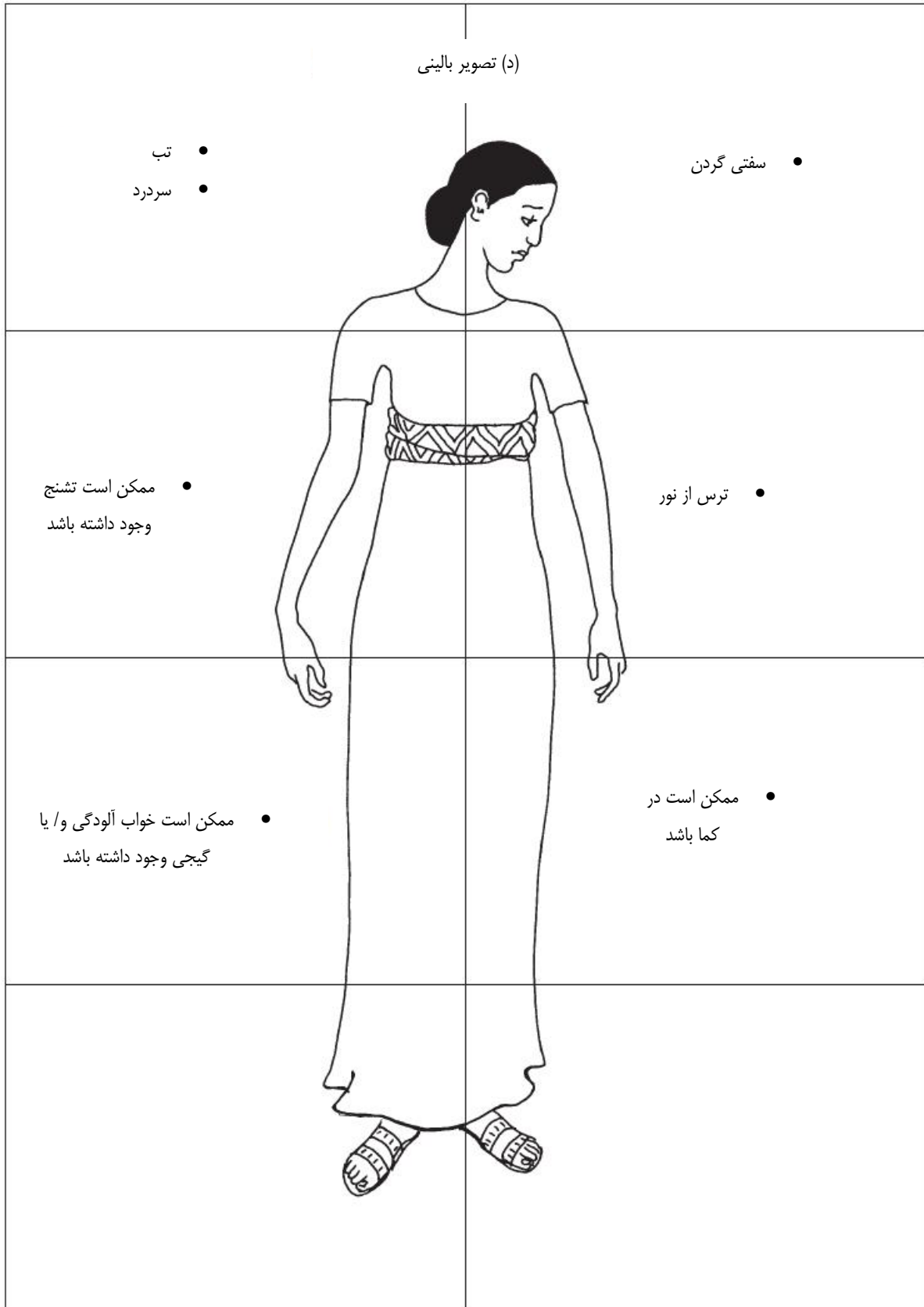


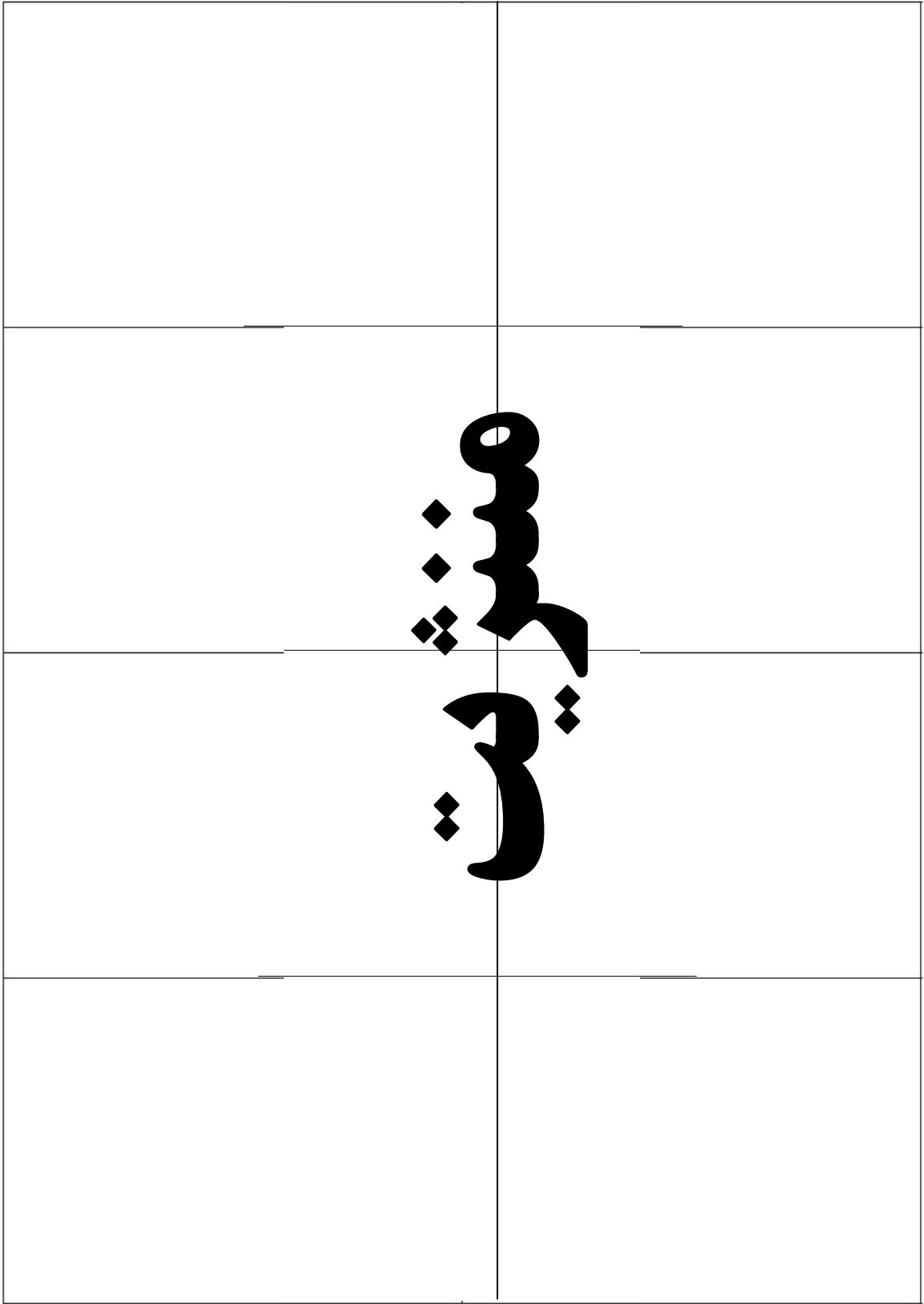
۳۳

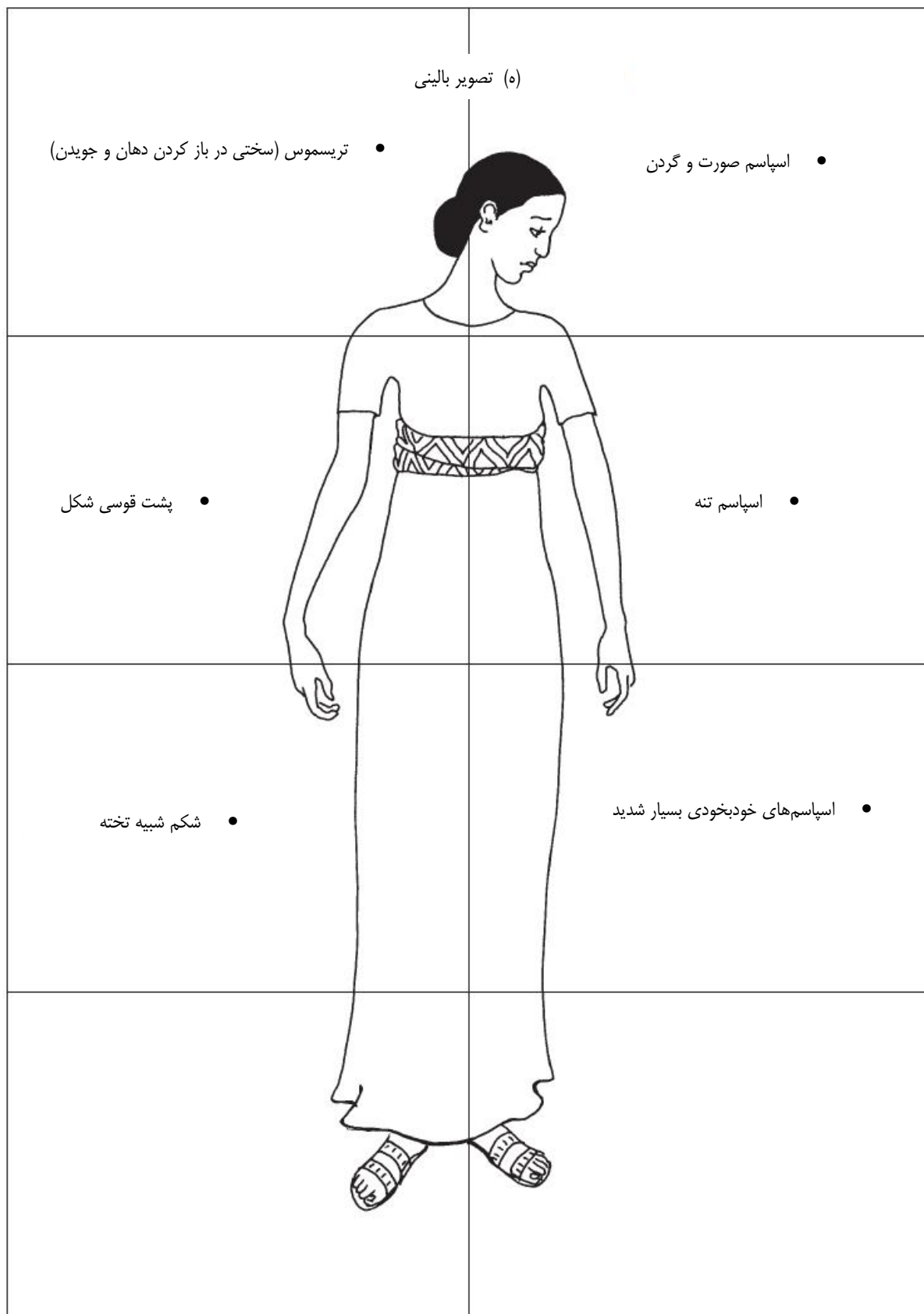
(ج) تصویر بالینی	
<ul style="list-style-type: none">• تب• احساس سرما / لرز• سردرد	<ul style="list-style-type: none">• ممکن است کم‌خونی وجود داشته باشد
<ul style="list-style-type: none">• درد عضلانی / مفصلی	<ul style="list-style-type: none">• ممکن است تشنج وجود داشته باشد
<ul style="list-style-type: none">• کما	<ul style="list-style-type: none">• ممکن است زردی وجود داشته باشد
<ul style="list-style-type: none">• ممکن است ادم ریه وجود داشته باشد	<ul style="list-style-type: none">• ممکن است برونده ادراری کمتر از ۴۰۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت باشد

	مغزی	ملازمتی	

چرا او دچار تشنج شده است؟



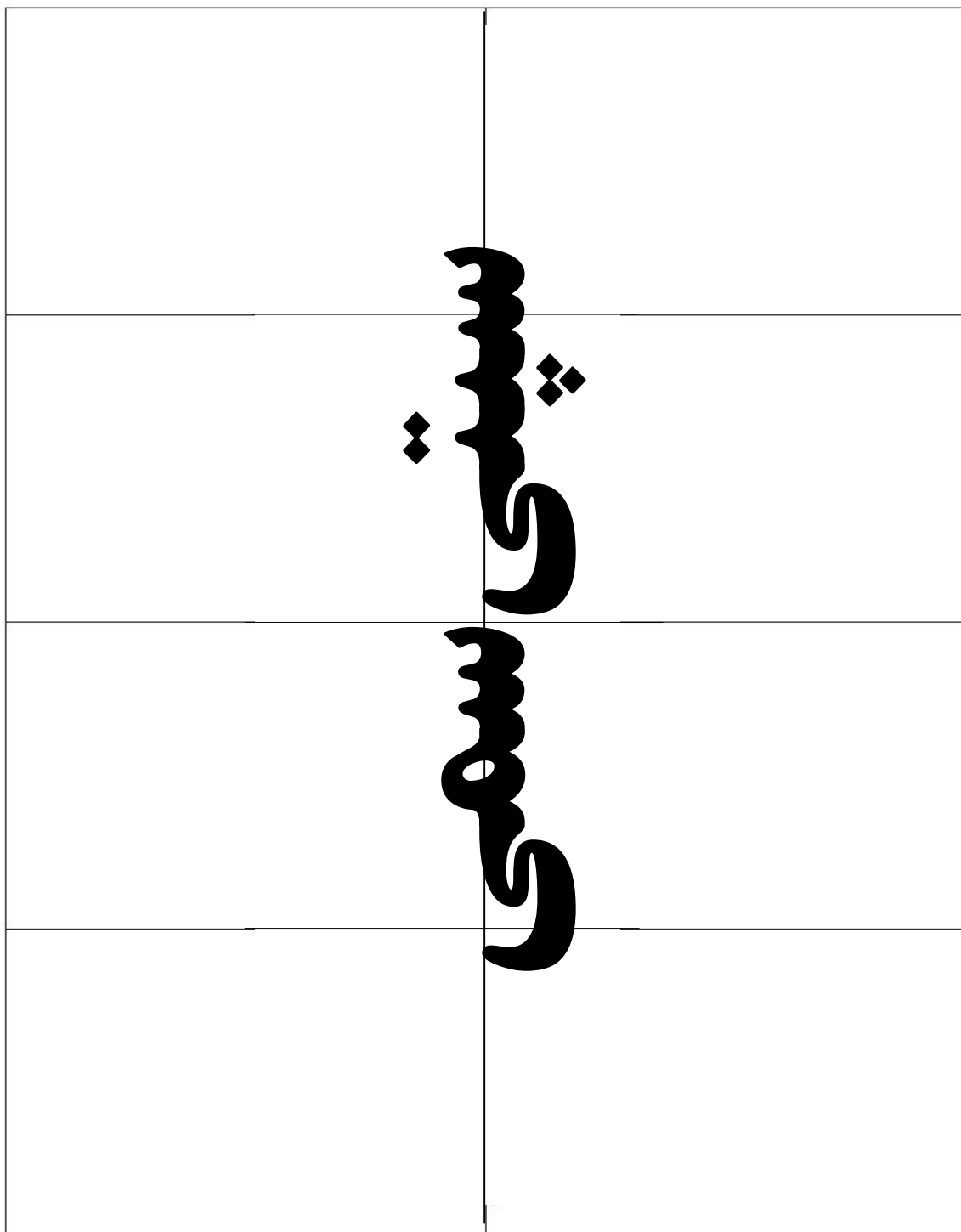




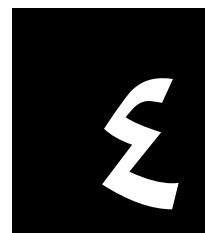
پنج

چرا او دچار تشنج شده است؟

<p>(و) تصویر بالینی</p> <ul style="list-style-type: none">• تب: درجه حرارت "نیزه‌ای"، $39/5 - 40/5^{\circ}C$• در ابتدا: تب و لرز ممکن است تنها علامت باشد	<ul style="list-style-type: none">• نبض سریع (۱۲۰ ضربه در دقیقه یا بیشتر)
<ul style="list-style-type: none">• زردی ممکن است گسترش یابد• درد شکم ممکن است وجود داشته باشد	<ul style="list-style-type: none">• درگیری قلب و ریه:<ul style="list-style-type: none">- پریکاردیت- آندوکاردیت- پلورزی- پنومونی
<ul style="list-style-type: none">• زن بسیار بیمارگونه است• هذیان	<ul style="list-style-type: none">• در عفونت‌های شدید مفاصل ممکن است دردناک و حساس شوند
	<ul style="list-style-type: none">• کما و تشنج ممکن است اتفاق بیافتد



اداره‌ی اکلامپسی



جلسه ۴

اداره‌ی اکلامپسی

اهداف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان جهت درک درمان مورد نیاز در موارد اکلامپسی
- توانمندسازی دانشجویان جهت آغاز درمان، ارجاع زن به نحو مناسب

اهداف درسی

در پایان جلسه ۴ دانشجویان قادر خواهند بود:

- اصول درمان اکلامپسی را شرح دهند.
- نحوه اداره‌ی فشارخون ناشی از بارداری و پره‌اکلامپسی خفیف را شرح دهند.
- نحوه اداره‌ی پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی شامل استفاده از داروهای ضد تشنج و ضد فشارخون را شرح دهند.
- مشکلاتی را که ممکن است در زنان دچار تشنج ناشی از اکلامپسی در دوران پس از زایمان ایجاد شود را بیان کرده و نحوه اداره‌ی آن را شرح دهند.
- روش‌های عملی قابل اجرا جهت پیشگیری از عفونت در اداره‌ی اکلامپسی را شرح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته.

بحث.

زمان کلی (۲ ساعت).

منابع

مدیریت عوارض در بارداری و زایمان: راهنما برای ماماها و پزشکان.
ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳ (WHO/RHR/00.7).

مقدمه

به دانشجویان شش مرحله‌ی اداره موثر را یادآوری کنید (جلسه ۳).

در این جلسه مشکلات شناسایی شده‌اند. زن از اکلامپسی رنج می‌برد. هدف درمان، حفظ حیات و پیشگیری از آسیب‌های بیشتر است. برای رسیدن به این هدف، انتخاب بهترین درمان ضروری است.

این جلسه بر گام‌های ۴ تا ۶ تمرکز می‌کند.

اصول درمان

اصول درمان اکلامپسی شامل موارد زیر می‌باشد:

- سرعت
- مهارت
- مقدمات

سرعت

دانشجویان بایستی بوضوح درک کنند که زمانی که زن دچار تشنج ناشی از اکلامپسی می‌شود (همانند سایر علل تشنج)، سرعت عمل ضروری بوده و نتیجه را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ یعنی این که زن زنده خواهد ماند و یا خواهد مرد.

به دانشجویان یادآوری کنید زمانی که مغز دچار کمبود اکسیژن شود، زن ممکن است از آسیب مغزی دائمی رنج ببرد.

از دانشجویان بپرسید:

- قبل از اینکه مغز دچار آسیب کامل شود، چه مدت می‌تواند کمبود اکسیژن را تحمل کند؟ (آنها بایستی بخاطر داشته باشند که این مدت فقط ۴ دقیقه است. آنها همچنین بایستی بدانند که اگر زن دچار کم‌خونی باشد، کمبود اکسیژن را به این خوبی تحمل نخواهد کرد)
- چرا زنان دچار کم‌خونی شدیدتر، در معرض خطر بیشتر آسیب ناشی از کمبود اکسیژن (هیپوکسی) قرار دارند؟

آنها بایستی بدانند که:

- گلبول‌های قرمز خون را به تمام نقاط بدن منتقل می‌کنند؟
- در کم‌خونی تعداد کمتری گلبول قرمز جهت حمل اکسیژن وجود دارد.

مهارت

این جلسه بایستی کاملاً در ارتباط با مهارت‌های بالینی جلسه بعدی باشد. زندگی و سلامتی زن بستگی به مهارت‌های بالینی ماماها دارد.

مقدمات

به دانشجویان بگویید که مقدمات برای ماما در اداره‌ی تشنج ناشی از اکلامپسی شامل موارد زیر می‌باشد:

- درخواست کمک پزشکی
- ماندن در کنار زن و حفاظت از او در مقابل آسیب
- اصلاح وضعیت زن به پهلوئی چپ برای کاهش خطر آسیب‌رہ کردن ترشحات، استفراغ و خون
- به محض امکان، تمیز کردن راه هوایی و/ یا دادن اکسیژن

بلافاصله بعد از تشنج:

- دادن داروهای اورژانسی در دسترس جهت کنترل تشنج و هیپرتانسیون
- برقراری راه وریدی (IVI)
- اندازه‌گیری فشار خون، نبض، تنفس، سطح هوشیاری
- گذاشتن سوند ادراری برای ارزیابی برون‌ده ادراری و آزمایش از نظر پروتئینوری

این‌ها مقدمات هستند و بدین معناست که بایستی ابتدا و یا قبل از هر چیز دیگری انجام شوند. به منظور انجام مواردی که بیشترین اهمیت را دارند، اغلب لازم است تغییراتی در دستورات چیزهایی که بطور روتین انجام می‌شود، داده شود.

به دانشجویان شرح دهید که رسوم مربوط به پذیرش و بیشتر موارد روتین مربوط به مراقبت‌های مامایی می‌توانند دیرتر انجام گیرند. ائتلاف وقت در این زمان به این معناست که زن می‌تواند بمیرد. بخاطر داشته باشید که تأخیر به معنای مرگ است.

دانشجویان باید لزوم شناسایی این‌که چه چیزی بایستی جهت حفظ حیات در اولویت قرار گرفته و سایر پروسیجرهای روتین دیرتر انجام گیرند را بدانند.

هر پروتکل یا دستور آماده‌ای که در بخش‌تان در مورد اداره اکلامپسی وجود دارد را در دست داشته باشید. قبل از جلسه آن‌ها را با مسئول پزشکی بخش بررسی کنید و ببینید که آیا ضرورت دارد که آن به‌روزرسانی شود.

دریافت اطلاعات از دانشجویان در این جلسه قبل از اینکه در جلسه بعدی به بالین بروند، لازم است.

اداره‌ی فشار خون ناشی از بارداری و پره‌اکلامپسی خفیف

به منظور شناسایی علایم زودهنگام فشارخون ناشی از بارداری و پره‌اکلامپسی، مراقبت‌های روتین قبل از زایمان، مخصوصاً در سه ماهه سوم بارداری ضروری است.

در هر مراقبت قبل از زایمان، فشارخون زن بایستی اندازه‌گیری شده و در صورتی که فشارخون دیاستولیک وی بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه باشد، ادرار او از نظر وجود پروتئین بررسی شود. زنان باردار بایستی جهت مراجعه برای دریافت مراقبت‌های روتین

قبل از زایمان تشویق گردند تا مقادیر پایه فشارخون آنها مشخص گردد. اگر فشار خون زن افزایش یابد، بایستی به دقت در فواصل زمانی کوتاه‌تر بررسی شود. اگر پروتئینوری ایجاد گردید، بایستی وی در تسهیلات بهداشتی که امکان درمان اکلامپسی در آن وجود داشته باشد، پذیرش گردد.

فشارخون ناشی از بارداری

فشارخون دیاستولیک بین ۹۰ تا ۱۱۰ میلی‌متر جیوه بوده و پروتئینوری وجود ندارد. زن معمولاً بصورت سرپایی اداره شده و بصورت هفتگی در منزل و یا درمانگاه محلی پیگیری می‌شود.

اصول اداره بیماران سرپایی در هر ویزیت:

- اندازه‌گیری فشار خون، ادرار (جهت بررسی پروتئینوری) و وضعیت جنین (رشد، حرکات، تعداد ضربان قلب) بصورت هفتگی
- در صورت داشتن سردرد شدید در زن، بررسی از نظر اختلالات بینایی یا درد شکم
- مشاوره با زن و خانواده‌اش در مورد علایم خطر پره‌اکلامپسی شدید و اطمینان از آگاهی یافتن آنها در خصوص اهمیت دریافت مراقبت‌های پزشکی فوری در صورت ایجاد هر علامتی.

اگر فشار خون به مقادیر نرمال کاهش یافته و سایر مشکلات وجود نداشته باشند، وضعیت پایدار بوده و به زن بایستی اجازه داده شود که مراحل حاملگی و زایمان را بطور طبیعی سپری کند.

با این وجود، اگر فشارخون افزایش یابد و/یا پروتئینوری ایجاد گردد، یا علایمی از محدودیت رشد جنین وجود داشته‌باشد (علایم رشد ضعیف جنین) یا به مخاطره افتادن جنین (ضربان غیر طبیعی قلب جنین)، مطابق درمان پره‌اکلامپسی اقدام کنید (موارد زیر را ببینید).

پره‌اکلامپسی خفیف

در پره‌اکلامپسی خفیف، فشار خون دیاستولیک بین ۹۰ تا ۱۱۰ میلی‌متر جیوه است و پروتئینوری بالای +۲ در ادرار وجود دارد. زن را به بیمارستان ارجاع نمایید.

اگر سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته حاملگی است:

اگر علایم بدون تغییر ماند و یا طبیعی شد، هر دو هفته بصورت سرپایی بیمار را پیگیری کنید:

- اندازه‌گیری فشار خون، ادرار (جهت بررسی پروتئینوری)، رفلکس‌ها و وضعیت جنین (رشد، حرکات، تعداد ضربان قلب)
- مشاوره با زن و خانواده‌اش در مورد علایم خطر پره‌اکلامپسی شدید یا اکلامپسی
- تشویق به دوره‌های استراحت بیشتر
- تشویق زن به خوردن غذاهای معمولی (مدرکی وجود ندارد که نشان دهد محدودیت مصرف نمک مفید است)
- دیورتیک، ضد تشنج، ضد فشار خون، آرامبخش یا مسکن ندهید.

اگر بصورت سرپایی، اداره پره‌اکلامپسی مقدور نبود، زن را در یک بیمارستان پذیرش کنید:

- در نظر گرفتن یک رژیم غذایی معمولی
- اندازه‌گیری فشار خون، ادرار (جهت بررسی پروتئینوری)، رفلکس‌ها و وضعیت جنین (رشد، حرکات، تعداد ضربان قلب)
- داروهای ضد تشنج، ضد فشار خون، آرامبخش یا مسکن ندهید.
- دیورتیک تجویز نکنید (آن‌ها مضر هستند و فقط زمانی در پره‌اکلامپسی اندیکاسیون استفاده پیدا می‌کنند که فرد دچار ادم ریه یا نارسایی احتقانی قلبی شود).

اگر فشارخون دیاستولیک به مقادیر طبیعی کاهش یافت و وضعیت زن پایدار بود، او را به خانه بفرستید:

- به او توصیه کنید که استراحت کرده و مراقب علائم خطر پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی باشد.
 - هر هفته دو بار فشار خون وی را اندازه گرفته، ادرار (از نظر پروتئینوری) و وضعیت جنین (رشد، حرکت، ضربان قلب) را ارزیابی کرده و علائم و نشانه‌های پره‌اکلامپسی شدید را بررسی کنید.
 - اگر فشار خون دیاستولیک مجدداً افزایش یافت، زن را دوباره پذیرش کنید.
- اگر علائم زن بدون تغییر ماند، او را در بیمارستان نگاه داشته و همان اقدامات را ادامه داده و رشد جنین را با بررسی ارتفاع فوندوس رحم از سمفیزپوبیس ارزیابی کنید.
- اگر علائم محدودیت رشد جنین وجود داشت، زایمان زودتر از موعد را در نظر بگیرید؛ در غیر اینصورت بستری وی را تا زمان ترم ادامه دهید.

اگر مقادیر پروتئین ادراری افزایش یافت، بصورت پره‌اکلامپسی شدید اداره کنید (موارد زیر را ببینید).

اگر سن حاملگی بیشتر از ۳۷ هفته بود:

اگر علائمی به نفع مخاطره جنین بود، دهانه‌ی رحم را ارزیابی کرده و زایمان را سریع انجام دهید.

- اگر دهانه‌ی رحم مطلوب بود، (نرم، نازک، نسبتاً متسع)، پرده‌های جنینی را با قلاب آمنیوتیک یا پنس کوخر پاره کرده و زایمان را با استفاده از اکسی‌توسین یا پروستاگلاندین‌ها القا کنید.
- اگر دهانه‌ی رحم نامطلوب بود (ضخیم، سفت و بسته)، آن‌را با استفاده از پروستاگلاندین‌ها یا سوند فولی رسیده کرده و یا زایمان توسط برش سزارین صورت گیرد.

اداره پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی

به دانشجویان علل عمده مرگ مادری در اکلامپسی را یادآوری کنید (جدول جلسه ۱ را ببینند).

به دانشجویان یادآوری کنید که بعد از اقدامات درمانی اورژانسی، ارزیابی نتایج و در صورت نیاز انجام درمان‌های بیشتر مهم است. این مورد در صورتی که زن هنوز در تسهیلات با سطح مراقبتی بالاتر نیست، می‌تواند شامل ارجاع باشد.

زمان اداره‌ی زن دچار اکلامپسی، دانشجویان بایستی به‌خاطر داشته‌باشند که زن ممکن است از مالاریای مغزی، مننژیت یا سپتی‌سمی رنج ببرد (جلسه ۳ را ببینید).

تشنج ناشی از اکلامپسی ممکن است قبل، در حین و یا ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان اتفاق بیافتد. اداره‌ی آن مشابه موارد دیگر است. در پره‌اکلامپسی شدید، زایمان بایستی در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از بروز علائم اتفاق بیافتد؛ در اکلامپسی بایستی زایمان زودتر و در عرض ۱۲ ساعت اول بعد از بروز تشنج اتفاق بیافتد.

اداره‌ی اکلامپسی شامل ۶ مرحله است:

۱. اطمینان از باز بودن راه‌های هوایی و این که زن می‌تواند نفس بکشد.
۲. کنترل تشنج
۳. کنترل فشار خون
۴. مراقبت‌های عمومی و پایش شامل کنترل تعادل مایعات
۵. زایمان بچه
۶. پایش دقیق برای پیشگیری از تشنج بیشتر و شناسایی مشکلات

اداره پره‌اکلامپسی شدید شامل مراحل ۶-۲ بالاست، بجز اینکه به جای کنترل تشنج، هدف پیشگیری از بروز تشنج است.

۱. اطمینان از این که زن قادر به نفس کشیدن است.

که در ۴ مرحله حاصل می‌شود:

- جهت کاهش خطر آسیب‌رسان کردن ترشحات، استفراغ و خون، زن را به پهلوئی چپ جابجا کنید.
- اکسیژن (اگر در دسترس بود) بدهید و آن را بعد از هر تشنج به مدت ۵ دقیقه، و یا به مدت طولانی‌تر در صورتی که سیانوز پایدار بود، بدهید.
- بعد از تشنج، دهان و گلو را در صورت لزوم برای تمیز کردن راه‌های هوایی ساکشن کنید.
- در کنار زن مانده و اطمینان حاصل کنید که راه‌های هوایی تمیز است.

۲. کنترل تشنج

تشنج‌ها با تجویز داروهای ضد تشنج کنترل می‌شوند. داروی انتخابی برای پیشگیری و درمان اکلامپسی، سولفات منیزیم است. اگر سولفات منیزیم در دسترس نبود، دیازپام ممکن است داده‌شود، اما افزایش خطر دپرسیون نوزادی به‌خاطر عبور آزادانه دیازپام از جفت وجود دارد. احتمال دپرسیون نوزادی به‌دنبال استفاده از یک دوز دیازپام کم است، اما اگر درمان با این دارو ادامه یابد، خطر دپرسیون نوزادی افزایش یافته و تأثیر آن ممکن است چندین روز طول بکشد.

سولفات منیزیم

دوز اولیه:

۴ گرم سولفات منیزیوم از محلول ۲۰٪ بصورت وریدی آهسته در عرض ۵ دقیقه، بدهید. سولفات منیزیوم نباید یک‌جا تزریق گردد.

بلافاصله بعد از آن، ۱۰ گرم از محلول ۵۰٪ سولفات منیزیوم را در هر عضله باسن به میزان ۵ گرم بصورت عضلانی عمیق به همراه ۱ سی‌سی از محلول لیدوکائین ۲٪ در همان سرنگ تزریق کنید. رعایت تکنیک آسپتیک خوب در هنگام تزریق عضلانی سولفات منیزیوم ضروری است. زن ممکن است در طول تزریق احساس گرما بکند، ولی طبیعی است.

اگر تشنج بعد از ۱۵ دقیقه اتفاق افتاد، ۲ گرم سولفات منیزیوم (محلول ۵۰٪) بصورت وریدی در عرض ۵ دقیقه بدهید.

دوز نگهدارنده:

۵ گرم سولفات منیزیوم (محلول ۵۰٪) با ۱ میلی‌لیتر لیدوکائین ۲٪ در همان سرنگ، هر ۴ ساعت در عضله باسن تزریق کنید. درمان با سولفات منیزیوم را تا ۲۴ ساعت پس از زایمان و یا بروز آخرین تشنج ادامه دهید.

مواردی که بایستی قبل از تکرار دوزهای بعدی سولفات منیزیوم بررسی شوند:

- تعداد تنفس
- رفلکس پاتلا (تکان خوردن زانو)
- برون‌ده ادراری

عوارض:

دوز بعدی سولفات منیزیوم بایستی قطع شود و یا با تأخیر تجویز گردد اگر:

- تعداد تنفس کمتر از ۱۶ در دقیقه باشد
- رفلکس پاتلا وجود نداشته باشد
- برون‌ده ادراری کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت باشد و بیش از ۴ ساعت طول بکشد

آنتی‌دوت:

در موارد ایست تنفسی:

- گلوکونات کلسیم ۱ گرم (۱۰ میلی‌لیتر از محلول ۱۰٪) بصورت وریدی آهسته تا زمانی که تعداد تنفس به مقدار کافی باشد، بدهید.
- با استفاده از ماسک و بگ، تجهیزات بیهوشی و انتوباسیون به برقراری تهویه کمک کنید.

مزایای سولفات منیزیوم:

در مطالعات بزرگ و چند مرکزی، سولفات منیزیوم نسبت به دیازپام یا فنی‌توئین در پیشگیری یا کاهش تعداد تشنج‌های اکلامپسی بیشتر موثر بوده است.

معایب سولفات منیزیوم:

سولفات منیزیوم می‌تواند سبب دپرسیون و ایست تنفسی شود.

دiazپام:

فقط زمانی که سولفات منیزیوم در دسترس نبود، استفاده کنید.

دوز اولیه:

۱۰ میلی‌گرم از Diazپام را در عرض ۲ دقیقه بصورت وریدی آهسته بدهید.

اگر تشنج مجدداً اتفاق افتاد، دوز اولیه را تکرار کنید.

دوز نگهدارنده:

۴۰ میلی‌گرم Diazپام را در ۵۰۰ سی‌سی سرم (رینگ لاکتات یا نرمال سالین) برای حفظ بی‌دردی به زن بدهید. اما تیتراژ آن بایستی طوری باشد که زن قادر به بیدار شدن باشد.

عوارض:

دپرسیون مادر زمانی که دوز آن از ۳۰ میلی‌گرم در یک ساعت تجاوز کند، ممکن است اتفاق بیافتد. اگر این حالت اتفاق افتاد:

- با استفاده از ماسک و بگ، تجهیزات بیهوشی و انتوباسیون به برقراری تهویه کمک کنید.
- بیشتر از ۱۰۰ میلی‌گرم Diazپام در عرض ۲۴ ساعت ندهید.

تجویز Diazپام از طریق رکتال:

تنها زمانی که تجویز دارو از طریق وریدی مقدور نبود، بصورت رکتالی تزریق نمایید.

دوز اولیه:

۲۰ میلی‌گرم در یک سرنگ ۱۰ سی‌سی (یا با استفاده از سوند ادراری)

سرسوزن را خارج کنید، سر آن را لغزنده کرده و سرنگ را تا نصف طولش در رکتوم فرو برید.

محتویات سرنگ را تخلیه کرده و سرنگ را آنجا باقی بگذارید. هر دو کفل را به مدت ۱۰ دقیقه به هم بفشارید تا دارو بیرون نریزد.

اگر تشنج در عرض ۱۰ دقیقه کنترل نشد، هر ساعت، ۱۰ میلی‌گرم اضافی بسته به جثه زن و پاسخ کلینیکی او به دارو تجویز کنید. جهت کمک به برقراری تهویه آماده باشید.

مزایای Diazپام:

دیازپام نسبت به سولفات منیزیم به آسانی در دسترس است.

معایب دیازپام:

دیازپام می‌تواند از جفت عبور کرده و سبب نارسایی تنفسی نوزاد، مشکلات تغذیه‌ای و حفظ دمای بدن شود.

۳. کنترل فشارخون*

داروهای ضد فشارخون

داروهای ضد فشارخون بایستی زمانی تجویز شوند که فشارخون دیاستولیک ۱۱۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد. هدف نگهداری فشارخون دیاستولیک بین ۹۰-۱۰۰ میلی‌متر جیوه برای پیشگیری از خونریزی مغزی است. هیدرالازین داروی انتخابی است.

هیدرالازین

هر ۵ دقیقه، ۵ میلی‌گرم هیدرالازین را بطور آهسته داخل وریدی بدهید تا زمانی که فشارخون پایین آید. در صورت نیاز آن را تکرار کرده یا هر دو ساعت ۱۲/۵ میلی‌گرم هیدرالازین بصورت عضلانی تزریق کنید. اگر هیدرالازین در دسترس نبود، داروی ضد فشارخون دیگری مثل ۱۰ میلی‌گرم لابتولول بصورت وریدی بدهید. دوز آن می‌تواند بصورت ۲۰ میلی‌گرم، ۴۰ میلی‌گرم و ۸۰ میلی‌گرم با فاصله ۱۰ دقیقه بین هر افزایش مقدار، دو برابر شود تا زمانی که پاسخ کافی حاصل شود، یعنی فشارخون زیر ۱۱۰ میلی‌متر جیوه بیافتد.

مزایای هیدرالازین:

هیدرالازین زمانی که هیپرتانسیون شدید باشد، فشارخون را به سرعت پایین خواهد آورد. هیدرالازین سبب کاهش سطح هوشیاری و مشکلات وابسته نخواهد شد.

معایب هیدرالازین:

در مادر ممکن است سبب:

- نبض سریع
- تهوع و استفراغ
- سردرد
- لرزش عضلانی شود.

ممکن است دیسترس جنینی نیز وجود داشته باشد؛ زیرا افت ناگهانی فشارخون، سبب کاهش گردش خون رحمی- جفتی خواهد شد.

۴. مراقبت‌های عمومی و مونتورینگ:

* کاهش مداوم و یکنواخت فشارخون در بیش از یک دوره ۳ ساعته بر افت ناگهانی آن ترجیح داده می‌شود.

هر محرکی ممکن است سبب تشنج شود، بنابراین محرک‌های خارجی مثل سر و صدا، نور چراغ و مواجهه با زن بایستی به حداقل کاهش یابند. زن بایستی در یک اتاق آرام بوده ولی هرگز نبایستی تنها رها شود، زیرا او ممکن است در هر زمانی تشنج کرده و در صورتی که هیچ کس در داخل اتاق نباشد که او را به آرامی نگه دارد، ترشحات ناشی از استفراغ را استنشاق کرده و/یا آسیب جدی مداوم ببیند. ابزارهای بی‌حسی، دستگاه‌ساکشن و تجهیزات اکسیژن بایستی برای استفاده در کنار بیمار باشد.

تنها بایستی مراقبت‌های ضروری داده شوند. این موارد شامل:

- چرخش دادن زن هر دو ساعت جهت پیشگیری از پنومونی هیپوستاتیک
- مراقبت از دهان، (هیچ مایعی از طریق خوراکی نباید داده شود)
- تعبیه سوند ادراری و ارزیابی برون‌ده ادراری

مشاهدات:

- عدم استراحت یا حرکت کردن بیمار ممکن است خبر از بروز یک تشنج دیگر بدهد.
- رنگ از نظر سیانوز که نیاز به اکسیژن را نشان می‌دهد بایستی ارزیابی شود.
- کنترل دمای بدن هر ۴ ساعت. تب بیش از حد ممکن است اتفاق بیافتد.
- نبض و تعداد تنفس هر ساعت و یا بیشتر ثبت گردد.
- فشارخون حداقل هر یک ساعت کنترل می‌شود.
- ضربان قلب جنین هر ساعت چک شود.
- علایم زایمانی
- تعادل مایعات به دقت ثبت گردد.

یک سوند ثابت تعبیه شده و برون‌ده ادراری هر ساعت اندازه‌گیری شده و ثبت می‌گردد. تمام مایعات مورد نیاز از طریق وریدی داده می‌شوند، اما اگر عملکرد کلیه بوسیله بیماری آسیب دیده باشد، دریافت مایعات بایستی محدود شود، زیرا خطر افزایش حجم در گردش خون وجود دارد. اگر برون‌ده ادراری کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت باشد، نارسایی کلیه محتمل خواهد بود. نگهداری تعادل صحیح مایع برای پیشگیری از مسمومیت با آب، دهیدراتاسیون، هیپوناترمی و ادم ریه ضروری است.

دیورتیک‌ها نباید استفاده شوند مگر اینکه مدرکی دال بر ادم ریه وجود داشته‌باشد. برای تشخیص ادم ریه، قاعده ریه از نظر رال سمع می‌شود. پس از آن، بایستی مایعات قطع شوند.

وضعیت تشکیل لخته بایستی توسط تست تشکیل لخته کنار تخت بیمار بررسی گردد. ناتوانی در تشکیل لخته در عرض ۷ دقیقه، یا لخته نرمی که به آسانی می‌شکند، کواگولوپاتی را مطرح می‌کند (نارسایی در تشکیل لخته).

۵. زایمان بچه:

زایمان بایستی به محض پایدار بودن شرایط زن، بدون احتساب سن حاملگی انجام گیرد. در پره‌اکلامپسی شدید، زایمان بایستی در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از بروز علائم صورت گیرد. در موارد اکلامپسی، زایمان بایستی در طی ۱۲ ساعت اول بعد از بروز تشنج انجام گیرد.

یک پزشک متخصص در مورد نحوه انجام زایمان، با در نظر گرفتن طول مدت بارداری و وضعیت دهانه‌ی رحم تصمیم خواهد گرفت.

ارزیابی دهانه‌ی رحم

یک معاینه واژینال برای ارزیابی وضعیت دهانه‌ی رحم انجام خواهد گرفت.

- اگر دهانه‌ی رحم مطلوب بود، (نرم، نازک، نسبتاً متسع)، پرده‌های جنینی را پاره کرده و زایمان را با استفاده از اکسی-توسین یا پروستاگلاندین‌ها القا کنید. زایمان واژینال باید امکان‌پذیر باشد.
- اگر دهانه‌ی رحم نامطلوب بود (ضخیم، سفت و بسته)، و جنین زنده بود، زایمان بوسیله برش سزارین صورت گیرد.

اندیکاسیون‌های انجام سزارین

- دهانه‌ی رحم نامطلوب
- اگر ناهنجاری‌های ضربان قلب جنین وجود داشته باشد (کمتر از ۱۰۰ یا بیشتر از ۱۸۰ ضربه در دقیقه)
- اگر زایمان واژینال در عرض ۱۲ ساعت پس از اکلامپسی و یا ۲۴ ساعت پس از پره‌اکلامپسی شدید شروع نشده باشد.

سزارین بایستی تحت بیهوشی عمومی انجام گردد. بی‌حسی موضعی یا کتامین نباید در زنان دچار پره‌اکلامپسی یا اکلامپسی استفاده شود.

قبل از انجام سزارین، اطمینان از عدم وجود کواگولوپاتی مهم است.

کنتراندیکاسیون‌های انجام سزارین

- بیهوشی غیرایمن
- کوچک بودن جنین برای ادامه حیات
- مرگ داخل رحمی جنین

۶. مراقبت بعد از زایمان

این واقعیت که ممکن است تشنج برای اولین بار بعد از زایمان و در عرض ۴۸ ساعت اول اتفاق بیفتد مهم است. همچنین ممکن است تشنج بعد از زایمان دوباره اتفاق بیفتد. بنابراین زن بایستی به دقت مراقبت شود.

نکات مورد توجه در آماده سازی مراقبت‌ها

۱. همانطور که در بالا شرح داده شد، مراقبت دقیق بایستی برای حداقل ۴۸ ساعت بعد از زایمان ادامه یابد.
۲. درمان ضد تشنج بایستی به مدت ۲۴ ساعت بعد از زایمان یا آخرین تشنج، که ممکن است اخیراً اتفاق افتاده باشد، ادامه یابد.
۳. درمان ضد هیپرتانسیون تا زمانی که فشارخون دیاستولیک کمتر از ۱۱۰ میلی‌متر جیوه باشد بایستی ادامه یابد.
۴. ادامه مراقبت از زن در یک اتاق خصوصی ساکت و عدم تنها گذاشتن وی

۵. ارزیابی دقیق برون‌ده ادراری. تمایل به احتباس مایعات در زن وجود دارد که ممکن است به این علت باشد که کلیه‌ها در دفع مایعات اضافی در گردش بعد از زایمان به کندی عمل می‌کنند. این عامل می‌تواند سبب افزایش فشارخون شود. مراقب باشید که مایعات زیادی از طریق وریدی در این دوره به بیمار ندهید.
۶. اگر بعد از ۴۸ ساعت تشنج وجود نداشت، برون‌ده ادراری خوب بود و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۱۱۰ میلی‌متر جیوه بود، زن می‌تواند به بخش اصلی جهت ریکاوری منتقل گردد. به مدت چند روز فشار خون را هر ۴ ساعت کنترل کنید.
۷. ترتیب پیگیری بیمار را ۶ هفته بعد از زایمان بدهید.

مشکلات و عوارض

تشنج مداوم

اگر تشنج زن ادامه یافت، بررسی کنید که:

- تشخیص اکلامپسی صحیح است (به این معناست که سایر علل تشنج رد شده‌اند)
- فشار خون به مقدار کافی کنترل شده است.

شرایط زن را به پزشک متخصص اطلاع دهید.

اولیگوری

اگر برون‌ده ادراری کمتر از ۵۰۰ میلی‌لیتر در عرض ۲۴ ساعت بود:

- مقدار مایعات دریافتی را به ۵۰۰ میلی‌لیتر در عرض ۲۴ ساعت محدود کرده + مقداری معادل میزان ادرار دفع شده

اگر در عرض ۴۸ ساعت بهبودی حاصل نشد، ارجاع به سطح سوم مراقبتی مورد نیاز خواهد بود.

فشار خون بالا باقی بماند

اگر فشار دیاستولیک بالای ۱۱۰ میلی‌متر جیوه باقی بماند، درمان ضدهیپرتانسیون ادامه خواهد یافت. اگر فشار خون بالا باقی بماند، زن بایستی به یک پزشک که در مورد اقدامات طولانی مدت تصمیم خواهد گرفت، ارجاع داده شود.

نارسایی در تشکیل لخته

پزشک، ارجاع به یک متخصص خون را در نظر خواهد گرفت. این امر ممکن است نیازمند ارجاع به سطح سوم مراقبتی باشد.

کمای پایدار

اگر کما بیشتر از ۲۴ ساعت بعد از تشنج طول بکشد ارجاع به سطح سوم مراقبتی مورد نیاز خواهد بود.

پایان جلسه

مطالب را خلاصه کرده و از دانشجویان بخواهید که هر سوالی دارند بپرسند. در مورد نیاز به مهارت‌های خوب بالینی جهت توانایی در شناسایی زودهنگام علائم و انجام اقدام صحیح به آن‌ها یادآوری کنید. همچنین در مورد نیاز به مراقبت از خانواده که

با دیدن تشنج زن، به شدت دچار نگرانی می‌شوند به آن‌ها یادآوری کنید؛ نیاز به آرام بودن به منظور عدم آسیب به زن در حالت بیهوشی، یا تحریک بیشتری که سبب ایجاد تشنج می‌شود، نیاز به احترام به زن در هر زمان؛ نیاز به توجه مبرم به تمیز نگه-داشتن و پیشگیری از عفونت (اگر پیشگیری از عفونت اخیراً پوشش داده نشده، جلسه را با استفاده از اطلاعات موجود در صفحات بعدی تمام کنید).

اطلاعات پیشگیری از عفونت

به کارگیری روش‌های پیشگیری از عفونت در اداره‌ی تمامی عوارض بارداری و زایمان حیاتی است. از دانشجویان بخواهید دلایل اهمیت پیشگیری از عفونت را بیان نمایند. پاسخ‌های آنها را روی تخته‌سیاه یا فلیپ‌چارت بنویسید، که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

- برای کاهش انتقال عوامل بیماری‌زای منتقله از راه خون مثل *HBV* (ویروس هپاتیت B) و *HIV*
- برای محافظت بیماران
- برای محافظت کارکنان
- برای محافظت جامعه

حال از دانشجویان بخواهید ۵ روش استاندارد موجود در "احتیاط‌های کلی" را نام ببرند. پاسخ‌های آنها را روی تخته‌سیاه بنویسید که بایستی شامل موارد زیر باشد:

- شستشوی دست‌ها
- استفاده از وسایل محافظ مثل دستکش، گان، پیش‌بند پلاستیکی و عینک محافظ برای جلوگیری از تماس مستقیم با خون و سایر مایعات بدن
- ضدعفونی کردن کامل وسایل و تجهیزات
- احتیاط در به کارگیری و دور ریختن وسایل تیز
- احتیاط در دور ریختن زباله‌های آلوده به خون و سایر مایعات بدن

به دانشجویان یادآوری نمایید که "احتیاط‌های کلی" بر این فرض استوار است که تمامی خون‌ها صرف‌نظر از این که خون بیمار یا کادر بهداشتی باشد آلوده است. هدف از این احتیاط‌ها به حداقل رساندن آلودگی تصادفی بیماران و کادر بهداشتی با خون آلوده است.

به مرور تمرینات پیشگیری از عفونت در کلاس ادامه دهید. بر اساس نیازها و توانایی‌های دانشجویان ممکن است شما بخواهید بعضی از این تمرینات را نشان دهید. اگر اطلاعات زیر در مدل قبلی وجود دارد جهت یادآوری آنها را خلاصه کنید.

شست و شوی دست‌ها

شست و شوی دست‌ها برای جلوگیری از انتشار عفونت اهمیت دارد چون اصطکاک مکانیکی ناشی از شستشو با آب و صابون بسیاری از عوامل موثر در انتقال بیماری را از بین می‌برد. آب جاری باید به جای آب راکد استفاده شود (اگر آب لوله‌کشی در اختیار نبود، یک مخزن تمیز قابل پرکردن که به لوله‌کشی وصل است، بایستی مورد استفاده قرار گیرد). از صابون ساده یا ضدعفونی‌کننده برای شستشو و از یک حوله‌ی تمیز برای خشک کردن دست‌ها می‌توان استفاده کرد.

دست‌ها را باید در زمان‌های ذکر شده‌ی زیر شست:

قبل از معاینه‌ی فیزیکی یا لگنی یا سایر پروسیجرها

قبل از پوشیدن دستکش‌ها

بعد از دست زدن به وسایل استفاده‌شده

بعد از دست زدن به غشاهای مخاطی، بافت، خون یا سایر مایعات بدن

بعد از درآوردن دستکش‌ها

در فاصله‌ی تماس با بیماران مختلف

استفاده از دستکش

دستکش‌های نو و یا دستکش‌های ضدعفونی شده بایستی هنگام انجام معاینات لگنی یا سایر پروسیجرها توسط کارکنان بهداشتی پوشیده شوند، بخصوص در مواردی که احتمال تماس با خون یا سایر مایعات بدن وجود دارد. دستکش‌ها باید از هر بیمار به بیمار دیگر و از هر پروسیجر به پروسیجر دیگر تعویض شوند. کارکنان بهداشتی که وظیفه‌ی تمیزنمودن وسایل را برعهده دارند و در معرض تماس با خون هستند باید هنگام تمیزکردن وسایل، دور ریختن زباله‌ها و تماس با ملافه‌های آلوده، دستکش بپوشند. دستکش‌های کاری ضخیم برای چنین مواردی مناسب است.

دستکش‌ها باید سالم باشند (یعنی فاقد سوراخ، پارگی و کندگی باشند). قبل از استفاده باید آن‌ها را بررسی کرده و در صورت وجود سوراخ، پارگی و یا کندگی دور انداخت.

استفاده از پیش‌بند، گان و عینک محافظ

پیش‌بندهای نایلونی یا پلاستیکی باید در طول انجام پروسیجری که احتمال پاشیده‌شدن خون یا سایر مایعات بدن وجود دارد، پوشیده شوند. در اعمال جراحی که احتمال پاشیده‌شدن خون زیاد است باید گان ضدآب یا گان پارچه‌ای استریل با پیش‌بند پلاستیکی از زیر آن پوشیده شود.

ضدعفونی کردن وسایل

میکروارگانسیم‌ها که در اثر تماس با خون یا مایعات بدن بر روی سطوح یا روی وسایل به‌جا می‌مانند می‌توانند عفونت‌های منتقل شونده از طریق خون را به بیماران و کارکنان منتقل نمایند. برای کاهش خطر انتقال عفونت، وسایل و سطوح باید به خوبی ضدعفونی شوند.

فرآیندی که برای تمیز نمودن سطوح و وسایلی که مورد استفاده‌ی مجدد قرار می‌گیرند بستگی به این دارد که آن‌ها با چه چیزی در تماس بودند، یا با چه چیزی در تماس خواهند بود. وسایل آلوده به خون یا سایر مایعات بدن باید همیشه بلافاصله پس از استفاده با محلول کلرین ۰/۵ درصد ضدعفونی شوند. ضدعفونی کردن با از بین بردن بسیاری از پاتوژن‌ها، وسایل و سطوح را قبل از شستشوی اصلی بی‌خطر می‌کند و تمیز نمودن وسایل را آسان می‌کند.

وسایل و دستکش‌های استفاده شده بلافاصله پس از استفاده باید به مدت ۱۰ دقیقه در محلول کلرین ۰/۵ درصد قرار داده‌شوند. قبل از قرار دادن وسایل در محلول کلرین برای پاک کردن تمام آلودگی‌ها، سطوح آن‌ها را با آب جاری و صابون بشویید. تمیز

کردن سطوح وسایل قبل از ضدعفونی کردن آن‌ها ضروری است، چون تماس محلول‌های ضدعفونی کننده با سطوح وسایل را ممکن می‌سازد. کلرین می‌تواند موجب آسیب فلزات شود. بنابراین پس از ۱۰ دقیقه باید وسایل از داخل آن برداشته شوند.

- وسایل و دستکش‌ها را باید بعد از ضدعفونی کردن شست.
- تخت‌های معاینه و سطوحی که احتمال آلودگی آن‌ها وجود دارد باید با محلول کلرین تمیز شوند.
- لوله‌های ساکشن مورد استفاده در پمپ‌های مکش الکتریکی، بایستی بلافاصله پس از استفاده برای خارج نمودن خون و سایر مواد ارگانیکی از داخل آن‌ها با آب پرفشار آبکشی شوند.

پس از ضدعفونی کردن، تمام وسایلی که مجدداً مورد استفاده قرار می‌گیرند، نیاز به تمیز کردن کامل دارند. نوع فرآیند تمیز کردن بستگی دارد به آن چه که هنگام استفاده با آن در تماس خواهند بود.

تمیز کردن

بعد از ضدعفونی کردن، تمام وسایل را باید با آب گرم (نه داغ) و مایع پاک‌کننده شست. زمانی که قرار است ضدعفونی سطح بالا انجام بگیرد، شستشو با آب آخرین شانس برای از بین بردن اسپور باکتری‌ها می‌باشد که با ضدعفونی سطح بالا از بین نمی‌روند. آب گرم و مایع پاک‌کننده برای تمیز کردن پیشنهاد شده‌است. چون آب داغ باعث انعقاد پروتئین شده و پاک کردن آن را مشکل می‌کند. مایع پاک‌کننده لازم است، چون آب به تنهایی نمی‌تواند پروتئین و چربی را پاک کند و بر صابون ارجحیت دارد چون صابون کاملاً پاک نشده و اثرش به جا می‌ماند.

شستن تمامی سطوح وسایل ضروری است. می‌توان از برس‌ها یا پارچه‌های کوچک برای شستشوی وسایلی مثل اسپکلوم، فورسپس و سوزن‌گیرها استفاده نمود. با این حال چون این وسایل می‌توانند منبع انتقال عفونت باشند، باید پس از استفاده شسته شده و بطور مرتب تعویض شوند. تمامی سطوح وسایل باید تمیز شوند و به درزها و اتصالات توجه ویژه‌ای شود، زیرا که محل تجمع خون و بافت می‌باشند.

پس از تمیز نمودن وسایل، داخل و خارج آن‌ها باید آبکشی شده و سپس با استفاده از حوله‌ی تمیز و یا در معرض هوا خشک شوند. اگر قرار است وسایل جوشانده شود، نیازی به خشک کردن آن‌ها نمی‌باشد.

آب گرم و مایع پاک‌کننده برای شستشوی معمولی کف، تختخواب‌ها، دستشویی‌ها، دیوارها و ملافه‌های نایلونی به کار می‌رود. تمامی پارچه‌های کتانی آلوده تا حد امکان باید در محل مراقبت از بیمار کمتر جابه‌جا شوند. پارچه‌های کتانی آلوده با خون و سایر مایعات بدن باید در کیسه‌های ضدنشست جابه‌جا شوند. اگر کیسه‌های ضد نشست در دسترس نباشد، باید آن‌ها را طوری تا کرد که قسمت آلوده‌ی آن به سمت داخل قرار گرفته و به دقت با دستکش حمل شود.

استریلیزاسیون و ضد عفونی سطح بالا

وسایلی که در تماس با خون، مایعات بدن یا بافت می‌باشند باید استریل شوند. در صورت ممکن نبودن این کار، ضدعفونی سطح بالا تنها جایگزین مورد قبول می‌باشد. وسایل موجود در این گروه شامل کاتول، کورت‌ها، دیلاتورها، سرسوزن‌ها، سرنگ‌ها و فورسپس‌ها می‌باشند.

روش‌های استریلیزه کردن و ضدعفونی سطح بالا شامل موارد ذیل است:

- اتوکلاو (بخار تحت فشار)
- استریل کردن با گاز (استفاده از اکسید اتیلن)
- جوشاندن
- غوطه‌ور کردن در ضدعفونی‌کننده‌های شیمیایی سطح بالا

روش مناسب استریل کردن و ضدعفونی سطح بالا بستگی به نوع وسایل و منابع در دسترس در مرکز دارد.

در صورتی که استریل نمودن با استفاده از بخار یا حرارت خشک امکان‌پذیر نباشد، جوشاندن، ساده‌ترین و قابل‌اعتمادترین روش برای غیرفعال نمودن اکثر میکروب‌های بیماری‌زا مثل ویروس هپاتیت B و HIV می‌باشد.

ضدعفونی سطح بالا با غوطه‌ور کردن وسایل در محلول سفیدکننده‌ی هیپوکلریت [۵ دقیقه تماس در دمای ۲۵-۲۰ درجه‌ی سانتی‌گراد با بافر هیپوکلریت (pH=7-8) در غلظت 500ppm کلرین در دسترس]، یا گلوآرآلدئید تازه [۵ ساعت تماس در دمای ۲۵-۲۰ درجه‌ی سانتی‌گراد با آلکالین فعال ۲٪ (PH= / -)]. ضدعفونی سطح بالا تمامی میکروارگانیسم‌ها مانند ویروس هپاتیت B و HIV را از بین می‌برد، اما اسپور باکتری‌ها را بطور کامل از بین نمی‌برد. استفاده از فنل یا آنتی‌سپتیک‌ها ضدعفونی سطح بالا ایجاد نمی‌کند. وسایل باید بعد از ضدعفونی در آب استریل آبکشی شوند.

ضد عفونی حد واسط

اگر ضدعفونی سطح بالا ممکن نباشد، برای وسایلی که با خون یا بافت زیرجلدی تماس پیدا نمی‌کنند، شستشو با آب و سپس ضد عفونی حد واسط کافی است. برای مثال سرنگ‌ها را می‌توان با قرار دادن در الکل (محلول ۷۰-۹۵٪) یا یدوفورها (محلول ۱۰٪) ضد عفونی حدواسط کرد. هر دوی این محلول‌ها به وسیله‌ی مواد ارگانیک غیرفعال می‌شوند، بنابراین در صورت کدرشدن باید تعویض شوند. حتی اگر محلول کدر نشده باشد، محلول الکل در صورت مصرف زیاد باید بطور هفتگی یا روزانه و یدوفورها بطور روزانه عوض شوند.

نگهداری وسایل

برای حفظ استریلیتی / ضدعفونی سطح بالای وسایل باید آن‌ها را بطور مناسب نگهداری نمود. وسایلی (مثل کانول) که در محلول شیمیایی استریلیزه شده‌اند، باید با فورسپس استریل برداشته شوند. وسایل باید با آب استریل یا سالین آبکشی شده، در معرض هوا خشک شوند و بدون لمس وسایل یا قسمت داخلی بسته‌ی استریل، در کاغذ یا پارچه‌ی استریل بسته‌بندی شوند. بسته‌های استریل باید تاریخ‌دار بوده، در جای خشک و تمیز نگهداری شده و در عرض یک هفته استفاده شوند. اگر در عرض یک هفته استفاده نشدند، وسایل باید دوباره شسته شده و استریل شوند.

در روش دیگر می‌توان وسایل استریل را در یک ظرف استریل و دربسته نگهداری نمود. شرایط استریل باید هنگام برداشتن یا جابه‌جا نمودن وسایل حفظ شود. ظرف استریل باید تاریخ‌دار بوده و هر هفته استریل شود.

جا به جا نمودن و دور ریختن وسایل تیز

سوزن‌ها یا وسایل تیز و برنده را باید با احتیاط استفاده نمود و بلافاصله پس از استفاده در یک ظرف محکم قرار داده و ترجیحاً سوزاند.

بیشترین خطر انتقال ویروس HIV در مراکز بهداشتی از طریق سوراخ شدن پوست با سوزن یا وسایل نوک‌تیز آلوده است. اکثر زخم‌های ایجاد شده با وسایل نوک‌تیز که حاوی ویروس HIV هستند، زخم‌های عمیق ایجاد شده با سرسوزن‌های توخالی هستند. چنین زخم‌ها اغلب زمانی ایجاد می‌شوند که درپوش سرسوزن‌ها گذاشته می‌شود، سرسوزن‌ها تمیز شده و یا به طور نامناسب دور انداخته می‌شوند.

ظروف زباله‌ی محکم برای دور ریختن وسایل تیز باید موجود بوده و به آسانی در دسترس باشند (یعنی در محل استفاده از وسایل تیز، موجود باشند). بیشتر ظروف زباله‌ی موجود مثل ظروف فلزی با درپوش، بطری پلاستیکی ضخیم با درپوش یا یک جعبه‌ی پلاستیکی یا مقوایی ضخیم با یک درب کوچک بالای آن می‌توانند به عنوان ظروف جمع‌آوری وسایل نوک‌تیز استفاده شوند. وقتی سه چهارم ظروف پر شد دور ریخته می‌شوند و هنگام انتقال این ظروف به زباله‌سوز باید دستکش‌های کار ضخیم پوشید.

دور ریختن زباله‌ها

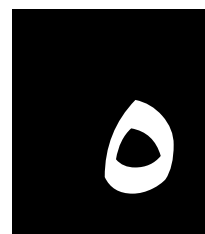
زباله‌های جامد یک‌بار مصرف مثل گاز و پنبه، زباله‌های آزمایشگاهی و پاتولوژی باید در ظروف ضدنشست یا کیسه‌های پلاستیکی مشخص شده گذاشته شده و سپس در چاله‌ای به عمق ۷ فوت و حداقل ۳۰ فوت دور از منبع آب سوزانده یا دفن شوند. مواد زائد مایع مثل خون، بافت و ترشحات بدن باید با دقت به کانالی که به سیستم فاضلاب مرتبط است یا به چاه دستشویی ریخته شوند.

به دانشجویان خاطرنشان کنید که این تمرینات پیشگیری از عفونت در جلسات آینده در مهارت‌های بالینی استفاده خواهند شد.

هر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه نمایید.

یادگیری مهارت‌های بالینی



جلسه ۵

یادگیری مهارت‌های بالینی

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان جهت رسیدن به صلاحیت و اطمینان در استفاده از مهارت‌های بالینی ضروری در درمان زنان دچار اکلامپسی

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۵ دانشجویان قادر خواهند بود:

- عوامل خطر برای پره‌اکلامپسی را براساس شرح حال، مستندات پرونده و معاینه فیزیکی کامل شناسایی کنند.
- توانایی گرفتن نمونه خون جهت آنالیز و بحث در مورد دلایل نیاز به انجام آن در موارد اکلامپسی را نشان دهند.
- توانایی خود را جهت بررسی مناسب در زن دچار اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی شدید را نشان دهند، اهمیت یافته‌ها را درک کرده و عملکرد مناسب انجام دهند.
- توانایی ارائه مراقبت مناسب برای زن در طول و بعد از تشنج اکلامپتیک را نشان دهند.
- توانایی برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی را با توضیح دلایل انجام این کار، بکارگیری احتیاط‌های لازم و نگهداری مستندات نشان دهند*.
- تجویز، درخواست، ذخیره و اجرای دستورات دارویی را توضیح داده و توانایی اجرای دستورات دارویی لازم را نشان دهد*.
- توانایی در وارد کردن سوند ثابت و ارزیابی برون‌ده ادراری را نشان دهند.
- خطر عوارض ترومبوآمبولیک در زن باردار یا تازه زایمان کرده بستری و چگونگی به حداقل رساندن این خطر را شرح دهند*.
- توانایی خود را برای نگهداری مستندات صحیح نشان دهد.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته (۲ ساعت).
آموزش بالینی (۰/۵ تا ۱ ساعت برای گروه کوچکی از دانشجویان به ازای هر مهارت، همین‌طور یک دوره زمانی واقعی برای ارزیابی صلاحیت در هر مهارت).

منابع

کشف پره‌اکلامپسی: تمرین بالینی ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲ (WHO/MCH/MSM/92.3).
مدیریت عوارض در بارداری و زایمان: راهنما برای ماماها و دکترها
ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳ (WHO/RHR/00.7).

* دانشجویانی که مدل خونریزی پس از زایمان، مدل زایمان متوقف شده یا مدل سپسیس دوران نقاسی را تکمیل نموده‌اند، قبلاً به این اهداف دست یافته‌اند.

مهارت‌های بالینی موجود در این جلسه جزء بسیار مهم مدل را تشکیل می‌دهند. در آموزش این مهارت‌ها، شما ممکن است بخواهید که با مربی مامایی دیگر، یک مامای بالین کار یا با یک متخصص مامایی همکاری کنید. در طی یادگیری این مهارت‌ها دانشجویان باید نظارت مداوم داشته باشند.

هر مهارت تحت سه عنوان سازماندهی می‌شود: **روش آموزشی، محتوای آموزشی و ارزیابی صلاحیت**. ضمن اینکه برای مربی استفاده از اطلاعات موجود در هر یک از عناوین حائز اهمیت است، پیگیری دقیق هر یک از دستورالعمل‌ها برای ارزیابی صلاحیت در هر یک از مهارت‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین استخراج این دستورالعمل‌ها و تهیه یک چک‌لیست جهت درج نظرات مربی و دانشجو برای هر مهارت ممکن است مفید باشد. کپی چک‌لیست‌ها را سپس می‌توان برای هر دانشجوی مورد ارزیابی استفاده کرد.

به دانشجویان یادآوری کنید که اقدامات پیشگیری از عفونت توضیح داده‌شده در رابطه با اداره اکلامپسی (جلسه ۴) را در مهارت‌های این جلسه به کار گیرند.

مهارت: شناسایی عوامل خطر اکلامپسی؛ تشخیص پره‌اکلامپسی و اکلامپسی

این مهارت در جلسه ۳ آورده شده است.

ارزیابی صلاحیت

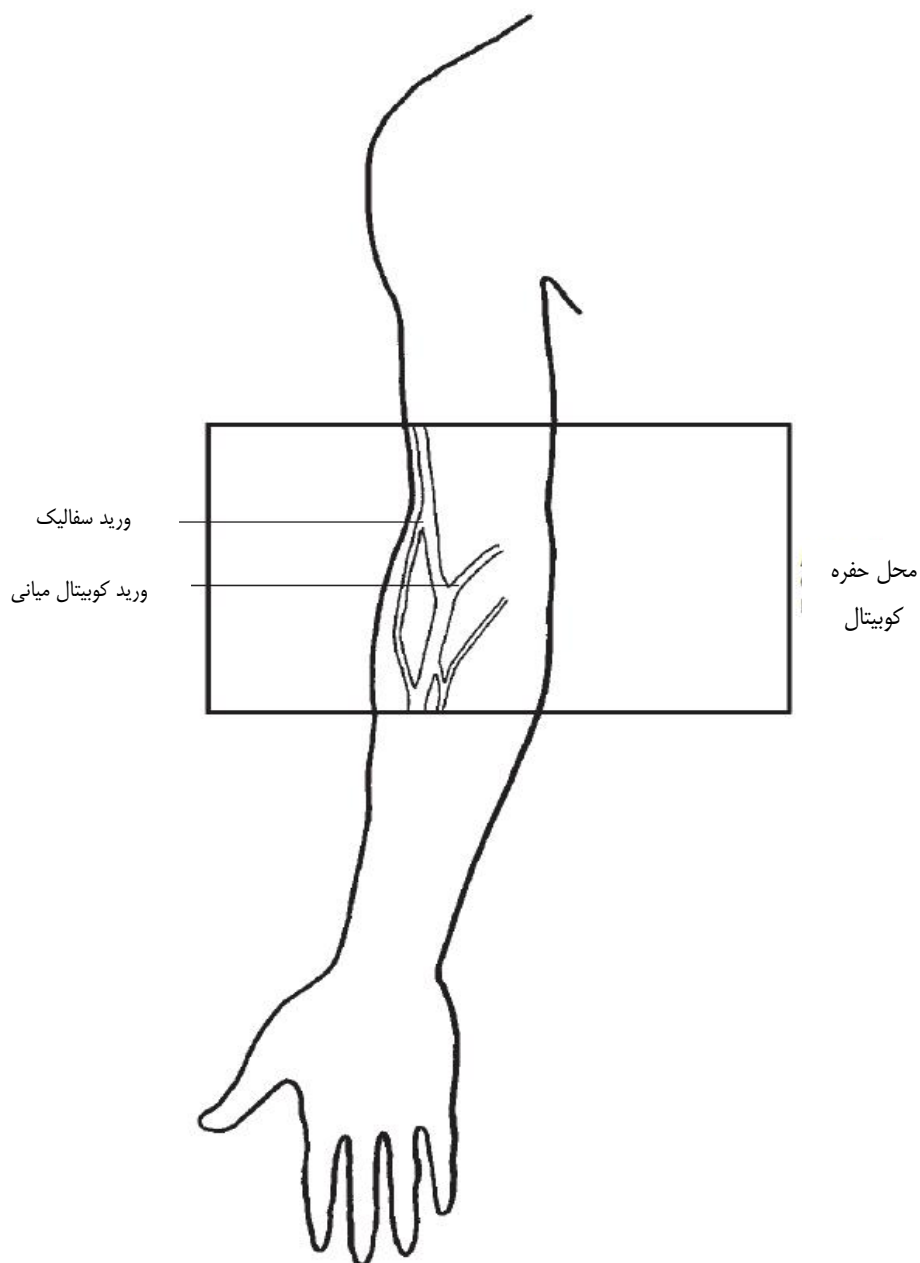
به منظور تأیید صلاحیت دانشجو، پاسخ به این سوال باید بله باشد.

۱. دانشجو می‌تواند عامل خطر موجود در چک‌لیست الف در جلسه ۲ را تشخیص دهد.

- از طریق مستندات مکتوب؟
- از طریق اخذ شرح حال توسط خودش؟
- از طریق معاینات بالینی؟

۲. آیا دانشجو می‌تواند پره‌اکلامپسی و اکلامپسی را تشخیص دهد؟

- از طریق مستندات مکتوب؟
- از طریق اخذ شرح حال توسط خودش؟
- از طریق معاینات بالینی؟



شکل ۱.۵: وریدهای مهم حفره کوبیتال (بازوی راست)

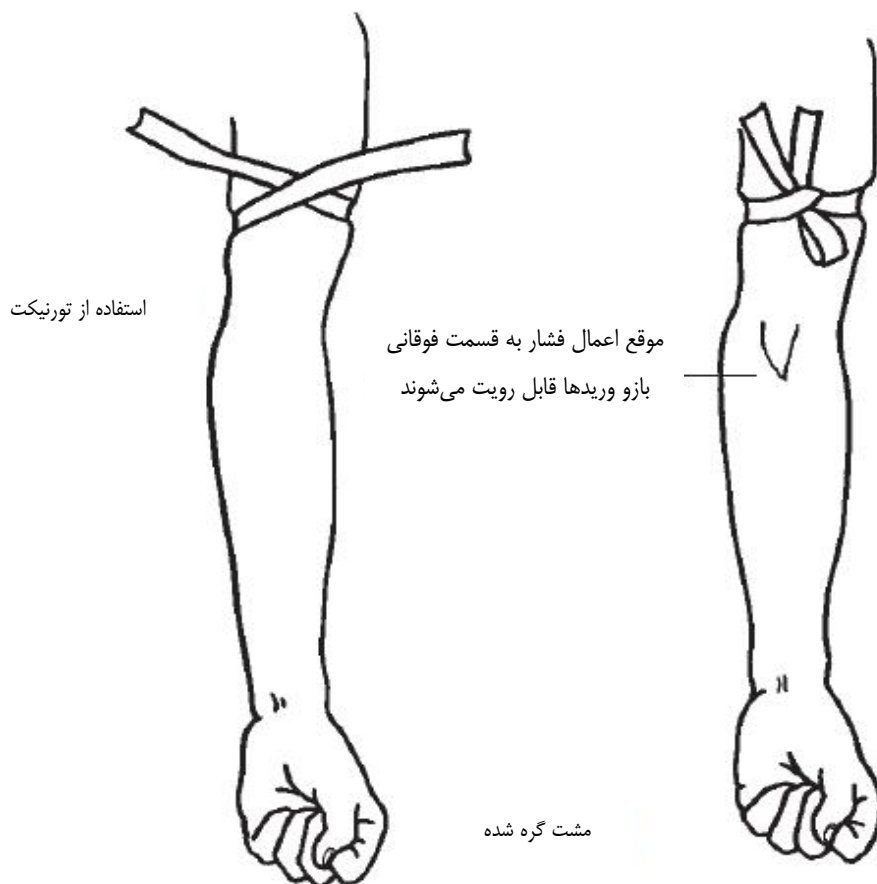
مهارت: گرفتن نمونه‌های خونی برای آنالیز

روش آموزشی

دانشجویان باید با محل آناتومیکی وریدهای بازو آشنا باشند. آنها باید قادر به شناسایی وریدهای حفره کوبیتال باشند جایی که آسانترین دسترسی برای رگ‌گیری وجود دارد. برای مثال ورید کوبیتال میانی یا ورید سفالیک (شکل ۱.۵).

به دانشجویان کمک کنید تا این وریدها را در بازوی خود شناسایی کنند. با اعمال فشار به قسمت فوقانی بازو و یا با استفاده از تورنیکت این کار راحت تر خواهد بود (شکل ۲.۵).

بهتر است به دانشجویان کمک کنید قبل از نمونه گیری خون و یا برقراری انفوزیون داخل وریدی در مواقع اورژانسی، ابتدا از زنان سالم در یک درمانگاه مامایی نمونه های خونی بگیرند.



شکل ۲.۵: استفاده از تورنیکت جهت پیدا کردن رگ

استفاده از تورنیکت نیز قبل از به کارگیری آن توسط دانشجویان در تمرین بالینی، باید در کلاس آموزش داده شود.

آزمایشات خونی که در جلسات آموزشی پوشش داده می شوند، باید شامل هموگلوبین، گروه خون و کراس مچ باشد.

دانشجویان باید درک کنند که زنان مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی در معرض خطر بالایی از خونریزی پس از زایمان هستند، وقتی که بیماری با اختلال انعقادی همراه می شود. بنابراین گرفتن نمونه خون جهت تعیین گروه خونی و کراس مچ عاقلانه است. سایر تست های بیوشیمیایی که ممکن است انجام شود عبارتند از:

تست‌های انعقادی:

- شمارش پلاکت
- زمان انعقاد

تست انعقاد (Clotting test) را می‌توان در کنار تخت با گرفتن ۲ میلی‌لیتر خون و ریختن آن در یک لوله آزمایش شیشه‌ای ساده و تمیز انجام داد. جهت حفظ گرما لوله آزمایش در یک مشتم بسته نگه داشته می‌شود. پس از ۴ دقیقه جهت مشاهده لخته درحال تشکیل، لوله به آرامی تکان داده‌شود. سپس مجدداً هر دقیقه تکان داده می‌شود تا لخته‌های خونی و لوله را بتوان بالا و پایین برگرداند. نارسایی در تشکیل لخته بعد از ۷ دقیقه یا تشکیل یک لخته نرم که به آسانی از بین برود، دلالت بر کوآگولوپاتی (اختلال انعقادی) دارد.

ارزیابی عملکرد کلیوی:

- الکترولیت پلاسما
- اوره خون
- کراتنین و اسیداوریک

ارزیابی عملکرد کبدی:

- آنزیم‌های کبدی
- تست‌های عملکرد کبدی.

ممکن است کمک کننده باشد که از کارکنان پزشکی و یا آزمایشگاهی درخواست کنیم که تست‌های انجام شده در آزمایشگاه محلی را توضیح دهند.

محتوای آموزشی

آموزش باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. شناخت دلایل انجام آزمایش‌های خونی خاص
۲. فراهم کردن تمام تجهیزات، شامل:
 - سرنگ‌ها، سرسوزن‌ها و لوله‌های آزمایش صحیح برای هر نمونه‌ی خون که باید به طور واضح با اسم، شماره، بخش، آزمایش مورد نیاز، تاریخ و زمان جمع‌آوری نمونه‌ها برچسب زده شود.
 - گلوله‌های پنبه برای تمیز کردن محل خون‌گیری و چسب برای پوشاندن آن پس از گرفتن خون
 - فرم‌های صحیح درخواست آزمایش که با دقت تکمیل می‌شود.
 - تورنیکت یا دستبندی که قسمت فوقانی بازو را فشار دهد.

۳. وضعیت راحت زن با بازوی باز و حمایت شده
۴. توضیح به زن درباره کاری که انجام می‌شود و دلیل آن.
۵. در استفاده از تورنیکت تاکید شود به:
 - قرار دادن تورنیکت در سطح میانی عضله دوسر بالای مفصل آرنج (مطابق شکل ۲.۵)
 - فشار صحیح جهت فشردن رگ‌های خونی و محدود کردن گردش خون بدون ایجاد فشار بیش از حد و نیشگون گرفتن پوست.
۶. محل صحیح رگ‌گیری
۷. تکنیک استریل: تمیز کردن محل با محلول ضد عفونی کننده، استفاده از سرسوزن استریل.
۸. احتیاط در مقابل زخم‌ها و بیماری‌های عفونی (از قبیل HIV یا هپاتیت) مثل شستن دست‌ها، استفاده از دستکش، اجتناب از صدمات ناشی از فرو رفتن سرسوزن، دفع صحیح سرسوزن‌ها.
۹. نمونه‌های خونی باید پس از جمع‌آوری فوراً به آزمایشگاه ارسال شوند.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تایید صلاحیت دانشجو، پاسخ به سوالات زیر باید بله باشد:

۱. آیا دانشجو می‌تواند نمونه خون را بدون ایجاد ترومای غیرضروری بگیرد؟
۲. آیا تکنیک دانشجو در گرفتن نمونه‌های خونی صحیح است؟
۳. آیا دانشجو زن، خودش و هر دستیار(ها)ی را از آلودگی با خون و عفونت احتمالی محافظت می‌کند؟
۴. آیا دانشجو لوله(ها)ی آزمایش مناسب را برای انتقال نمونه به آزمایشگاه انتخاب می‌کند و آن‌ها را بدون تاخیر با فرم-های درخواست صحیح و کامل شده ارسال می‌کند؟
۵. آیا دانشجو آزمایش‌های گرفته شده را ثبت می‌کند؟
۶. آیا دانشجو محدودیت مهارت خود را درک نموده و در صورت نیاز، درخواست کمک می‌کند؟
۷. آیا دانشجو سرنگ‌ها و سرسوزن‌های استفاده شده را به طور ایمن دور می‌اندازد؟

مهارت: مشاهدات مامایی

روش آموزشی

دانشجویان می‌توانند با گرفتن فشارخون، درجه حرارت، نبض و تنفس همدیگر تمرین کنند، که چک کردن درستی آن آسان است. سپس آن‌ها می‌توانند مهارت‌ها را در محیط بالینی انجام دهند. تمرین آزمایش ادرار از لحاظ پروتئین نیز در وضعیت کلاس درس قبل از قرارگیری دانشجویان در محیط بالینی امکان‌پذیر است. یک مقدار کوچک از سفیده یک تخم مرغ را می‌توان به یک تعداد از نمونه‌های ادراری اضافه نمود تا این‌که نمونه‌ها را از لحاظ مثبت بودن پروتئین آزمایش نمود.

محتوای آموزشی

هنگام فراهم کردن مراقبت برای زنانی با پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، دانشجویان باید اهمیت ثبت صحیح فشارخون و آزمایش ادرار از لحاظ پروتئین را بفهمند.

اندازه‌گیری فشارخون

نکات مهم جهت یادآوری:

همه لباس‌های تنگ را از اطراف بازو بردارید. لباس‌های تنگ ممکن است به‌طور نسبی شریان را مسدود نموده و باعث شود که اندازه فشارخون به صورت کاذب پایین خوانده‌شود.

کاف را به‌طور محکم دور بازو ببندید. کاف باید حداقل ۲-۳ سانتی‌متر (۱ اینچ) بالای آرنج باشد و بایستی حداقل سه‌چهارم محیط بازو را دربرگیرد، در غیر این صورت اندازه فشارخون به صورت کاذب بالا گرفته خواهد شد.

زمانی که قطر بازو بیش از ۳۰ سانتی‌متر است باید کاف عریض‌تری مورد استفاده قرار گیرد.

اطمینان حاصل کنید که زن تا حد امکان در آرامش و راحتی در یک وضعیت نشسته با بازوی حمایت شده و یا تکیه داده و متمایل به سمت چپ است. دراز کشیدن به پشت وضعیت خوبی نیست چرا که وزن رحم باردار بر روی ورید اجوف تحتانی اعمال فشار می‌کند و در نتیجه باعث افت فشار خون می‌شود.

لوله را در کاف، پیچ یا تاب ندهید. اطمینان حاصل کنید که گوشی فشارسنج با گوش‌های شما به‌طور ثابت و راحت متناسب است. اگر یک دستگاه فشارسنج جیوه‌ای استفاده می‌شود، باید در وضعیت عمودی باشد و چشم‌های شما بایستی تقریباً در سطح بالای ستون جیوه باشد تا فشارخون به‌طور دقیق خوانده شود.

فشارخون سیستولیک در نقطه‌ای گرفته می‌شود که صدای شریانی پدیدار می‌شود.

فشارخون دیاستولیک در نقطه‌ای گرفته می‌شود که صدای شریانی ناپدید می‌شود.

تشخیص پروتئینوری

پروتئینوری به عنوان حضور ۳۰۰ میلی گرم یا بیشتر از پروتئین در هر لیتر از نمونه تمیز و میانی ادرار تعریف می شود. معمولاً پروتئینوری به دنبال افزایش فشارخون است، اما گاهی اوقات اولین علامت از این بیماری است.

ترشحات واژن در بارداری شایع بوده و در صورتی که با ادرار مخلوط شود، نتیجه آزمایش ادرار مثبت می شود. جهت اجتناب از این، مهم است که:

- ولو با آب تمیز شود
- لب کوچک باز شود
- در حالی که ادرار جریان دارد، قسمت میانی ادرار در یک ظرف تمیز گرفته شود

روش Dipstick:

- انتهای نوار داخل ادرار غوطه‌ور شده و مقدار زیادی آن با ضربه آهسته نوار به کنار ظرف گرفته می شود
- سپس نتیجه توسط مقایسه با نوار رنگی روی برچسب ظرف dipstick خوانده می شود.

روش جوشاندن:

- نیمه فوقانی ادرار را در یک لوله آزمایش بجوشانید
- نیمه فوقانی ادرار را با نیمه تحتانی نجوشیده مقایسه کنید (قسمت جوشیده ممکن است تیره باشد)
- ۱-۲ قطره از اسید استیک ۲-۳ اضافه کنید. این کار را حتی در صورتی که ادرار تیره نشده باشد، انجام دهید.
- اگر بعد از افزودن اسید استیک، قسمت جوشیده شده ادرار تیره بماند، پروتئین در ادرار وجود دارد
- اگر ادرار جوشیده در ابتدا تیره نبود، اما موقع افزودن اسید استیک تیره شود، نشانه دیگر وجود پروتئین است
- اگر ادرار تیره به هنگام افزودن اسید استیک شفاف شود، پروتئین وجود ندارد

تشخیص ادم

ادم یک نشانه قابل اعتماد اختلالات فشارخون بارداری نیست.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید صلاحیت دانشجو باید پاسخ به این سوالات بله باشد.

۱. آیا دانشجو به طور دقیق می تواند دلایل انجام هر یک از معاینات و ثبت یافته ها را توضیح دهد؟
۲. آیا دانشجو می تواند درجه حرارت، نبض و تنفس را به طور درست بگیرد؟
۳. آیا دانشجو می تواند فشارخون را گرفته و یافته ها را به طور صحیح تفسیر کند؟
۴. آیا دانشجو می تواند به طور صحیح ادرار را از نظر پروتئین آزمایش نموده و اهمیت پروتئینوری در بارداری را بداند؟
۵. آیا دانشجو آموزش های صحیح و شفاف جهت جمع آوری نمونه تمیز و میانی از ادرار برای آزمایش به زن ارایه می کند؟
۶. آیا دانشجو می تواند دلایل احتمالی پروتئینوری را بیان کند؟

۷. آیا دانشجو می‌تواند مشاهدات را به طور صحیح در یک جدول (شامل جداول تعادل مایعات) ثبت نماید؟

۸. آیا دانشجو محدوده طبیعی برای موارد زیر را می‌داند؟

- درجه حرارت

- نبض

- تنفس

- فشارخون

- برون ده ادراری طبیعی؟

۹. آیا دانشجو می‌تواند تمامی یافته‌های حاصل از مشاهدات خود را به هم ربط دهد، یک قضاوت صحیح از وضعیت زن داشته و هرگونه اقدام مناسب لازم و به موقع را اتخاذ نماید؟

۱۰. آیا دانشجو می‌تواند یافته‌های حاصل از مشاهدات خود را به مادر توضیح داده و به سوالات وی پاسخ دهد؟

۱۱. آیا دانشجو به پزشک اطلاع می‌دهد یا قدم‌هایی جهت انتقال زن برای توصیه/درمان طبی به هنگام وجود خطر اکلامپسی برمی‌دارد؟

۱۲. آیا دانشجو می‌تواند علت ضرورت کنترل تشنج‌ها و فشارخون پیش از حرکت بیمار را توضیح دهد؟

مهارت: مراقبت و معاینه حین و بعد از یک حمله تشنجی

روش آموزشی

این موضوع در کلاس درس در جلسه ۴ ارائه شده است. مدرس باید اطمینان حاصل کند که دانشجویان می‌توانند دانش را در عمل به کارگیرند. آن‌ها باید این را در محیط بالینی خودشان انجام دهند.

محتوای آموزشی

دانشجویان باید بتوانند یک اتاق برای مراقبت یک زن مبتلا به تشنج یا پره‌اکلامپسی شدید فراهم کنند. اتاق باید آرام باشد و ماما باید به آرامی کار کند و صحبت نماید. گوش‌گیرهای پشمی نخی در گوش‌های زن ممکن است به پیشگیری از سروصدا کمک نماید. باید نور کافی در اتاق جهت مشاهده تغییرات در وضعیت زن وجود داشته باشد.* زن مبتلا به اکلامپسی با نور معمولی تقریباً به اندازه سروصدا آشفته نمی‌شود. همه تجهیزات مورد نیاز باید در اتاق بوده و جهت استفاده آماده باشد: اکسیژن و ماسک صورت، دستگاه ساکشن، سینی بیهوشی، پک داخل وریدی، سوند ثابت و کیسه ادرار، داروهای ضروری، سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها، وسایل اورژانسی برای زایمان و احیای نوزاد، ظرف برای استفراغ، فشارخون سنج، دماسنج بالینی و چارت‌ها.

دانشجویان باید قادر به ارائه مراقبت اورژانسی طی یک تشنج باشند.

- زن را هرگز نباید تنها گذاشت
- جهت کاهش خطر آسیب‌رسانیون ترشحات، استفراغ و خون حین تشنج زن باید به پهلو چپ گذاشته شود
- زن باید حین تشنج از صدمه محافظت شود، اما به زور مهار نشود
- بعد از تشنج، دهان و گلو باید آسپیره شود

* باید نور کافی جهت دیدن سیانوز زن وجود داشته باشد

- بعد از تشنج ۴-۶ لیتر در دقیقه اکسیژن به مدت ۱۰-۵ دقیقه بدهید، اگر هنوز سیانوز وجود دارد به مدت طولانی‌تری داده شود
 - داروهای ضد تشنج تاجائی که ممکن است هرچه زودتر تجویز شوند، همانگونه که در جلسه ۴ توصیف شده است.
- دانشجویان باید بتوانند از زن پس از تشنج مراقبت کنند. رجوع به "اطمینان حاصل کنید که زن می‌تواند نفس بکشد" (جلسه ۴). دانشجویان باید به‌خاطر داشته‌باشند که به دلیل خطر استنشاق به داخل ریه‌ها هیچ مایعی نباید از طریق دهان داده شود.
- دانشجویان باید بتوانند از زن معاینات به عمل آورده و ثبت کنند و اهمیت آنها را بدانند.
- فشارخون باید هر ساعت گرفته‌شود. افزایش فشارخون علامت بدتر شدن وضعیت زن است. افت فشارخون نشان می‌دهد که زن در حال بهبود بوده و اغلب بدین معنی است که جنین مرده است. اگر افت فشارخون همراه با سیانوز و انتهایهای سرد باشد، ممکن است نشان‌دهنده نارسایی قلبی باشد.
 - نبض، تنفس و درجه حرارت بایستی هر ساعت کنترل شود. درجه حرارت ممکن است بعد از تشنج‌های پیاپی یا در صورت وجود عفونت تنفسی ممکن است تا $38/8^{\circ}\text{C}$ افزایش یابد. تنفس‌های آرام (زیر ۱۲) ممکن است به خاطر خونریزی مغزی باشد؛ تنفس‌های سریع همراه با درجه حرارت و نبض بالا ممکن است نشان‌دهنده عفونت ریوی باشد.
 - رنگ زن ممکن است به خاطر سیانوز مایل به آبی یا تیره باشد. این نشان‌دهنده آسفیکسی یا نارسایی قلبی است. رنگ مایل به زرد می‌تواند به مفهوم آسیب کبدی باشد.
 - سطح هوشیاری زن باید مورد توجه باشد.
 - زمان و طول یک تشنج بایستی ثبت شود. هر نشانه‌ای از انقباض یا بی‌قراری که ممکن است نشان‌دهنده قریب‌الوقوع بودن تشنج باشد باید شناسایی و اگر مناسب باشد ضد تشنج‌های بیشتری داده‌شود.
 - اگر زن زایمان نکرده‌باشد، تعداد ضربان قلب جنین باید هر ساعت بررسی شود و نشانه‌های لیبر از قبیل انقباضات، دیلاتاسیون دهانه رحم یا خروج مایع از واژن مورد توجه قرار گیرد. دانشجویان باید درک کنند که یک زن بیهوش یا آرام می‌تواند وارد لیبر پیشرفته شود و اینکه این نشانه‌ها باید توسط ماما مورد توجه قرار گیرد.
- دانشجویان باید در صورت نیاز قادر به ارجاع به یک تسهیلات سلامتی سطح بالاتر باشند. اگر ماما در جامعه یا مرکز بهداشتی کار می‌کند، باید زمان ارجاع یک زن مبتلا به پره‌اکلامسی یا اکلامپسی را بدانند. به هر حال قبل از ارجاع، مهم است که سعی کند وضعیت زن را در صورت دسترسی و وجود اندیکاسیون با دادن ضد تشنج‌ها، ضد فشارخون‌ها، برقراری انفوزیون وریدی و گذاشتن سوند ادراری تثبیت نماید. یک ماما یا پرسنل مراقبت سلامتی صلاحیت‌دار دیگر باید زن را در صورت لزوم حین ارجاع جهت مونیتور و اداره وضعیت وی همراهی کند. همه داروها و تجهیزات لازم که ممکن است نیاز باشند طی ارجاع باید توسط آنها حمل شوند.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید این که یک دانشجو دارای صلاحیت است، پاسخ به این پرسش‌ها باید بله باشد.

۱. آیا دانشجو اهمیت موارد زیر را می‌فهمد:

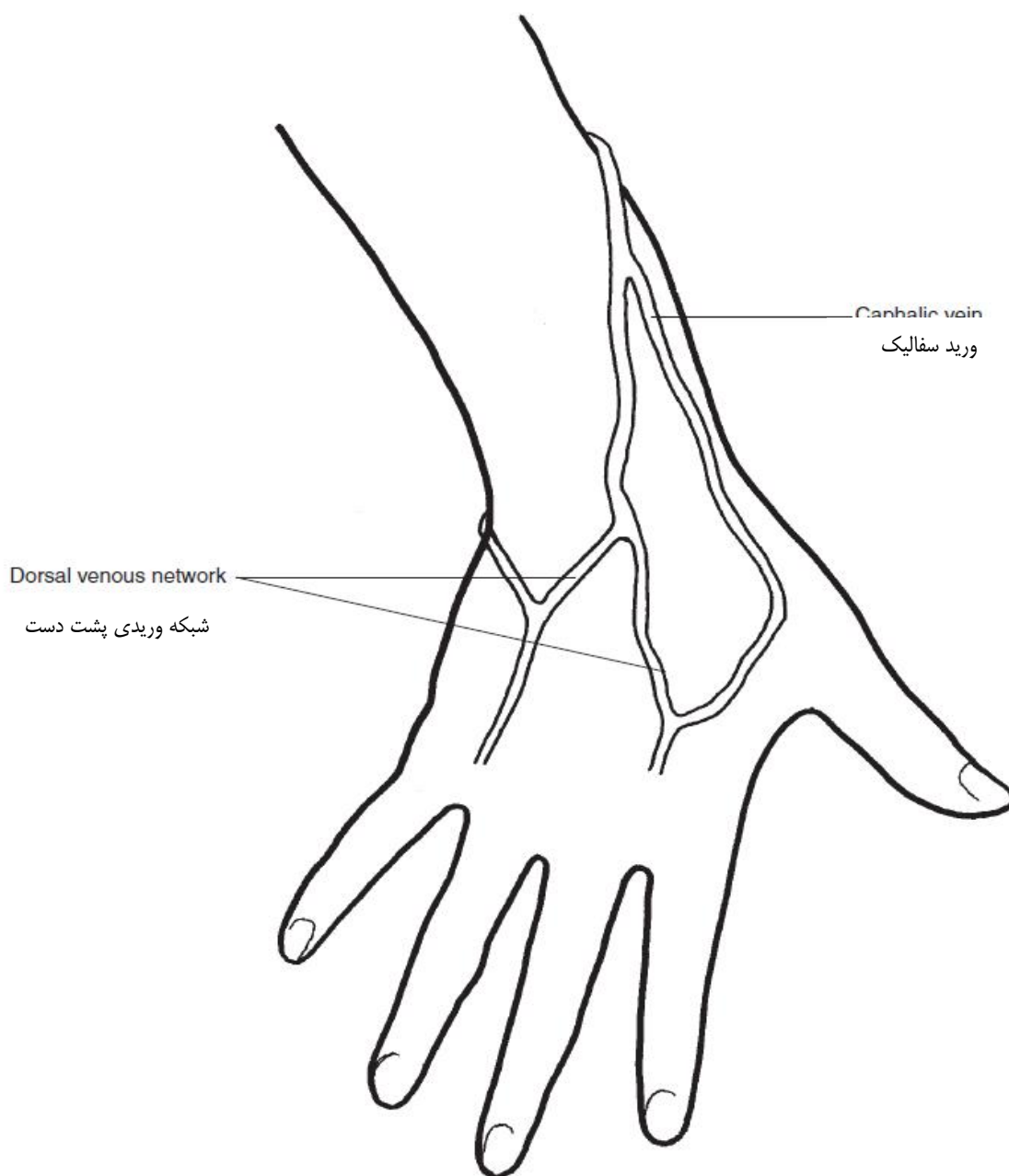
- داشتن یک اتاق آرام^۱
 - داشتن تجهیزات برای استفاده؟
 - داشتن یک پرستار/ماما برای مراقبت مداوم؟
 - ۲. آیا دانشجو می‌تواند:
 - زن را در پوزیشن پهلوئی چپ قرار دهد؟
 - یک اتاق مناسب فراهم کند؟
 - تجهیزات را آماده کند؟
- (تجهیزات باید شامل استفاده از ساکشن و استفاده از اکسیژن باشد. همه دستگاه‌ها باید کارکرد خوبی داشته و آماده جهت استفاده باشند)
- ۳. آیا دانشجو می‌تواند داروهایی را شناسایی نماید که ممکن است برای یک زن مبتلا به اکلامپسی تجویز شود؟ آیا او می‌داند:
 - دوز صحیح؟
 - مکانیسم عمل و اثرات جانبی؟
 - راه تجویز؟
 - ۴. آیا دانشجو می‌تواند کارهایی را شرح دهد که باید او در صورت ابتلای زن به تشنج ناشی از اکلامپسی انجام دهد؟
 - ۵. آیا دانشجو می‌تواند معاینات لازم را انجام دهد، اهمیت یافته‌های خود را تفسیر کند، اقدام مناسب را انجام داده و مستنداتی را که باید نگهداری شوند را نشان دهد؟ معاینات باید شامل درجه حرارت، نبض و تنفس، فشارخون همچنین جزئیات تشنج‌ها باشد:
 - زمان تشنج
 - طول مدت تشنج
 - رنگ (توجه به وجود هرگونه سیانوز)
 - سطح هوشیاری
 - ضربان قلب جنین
 - علایم لیبر
 - ۶. آیا دانشجو می‌تواند به طور واضح اندیکاسیون‌ها برای فراخواندن بالین کار با مهارت پزشکی یا انتقال زن به تسهیلات سلامتی بالاتر را نشان دهد؟

- باید نور کافی جهت دیدن سیانوز زن وجود داشته باشد

مهارت: برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی

روش آموزشی

دانشجویان باید با محل آناتومیک وریدهای ساعد که برای انفوزیون وریدی استفاده می شود، آشنا باشند. از استفاده از عروق نزدیک مفصل خودداری کنید. ساعد یا پشت دست بهتر است (شکل ۵.۱ و شکل ۵.۳).



شکل ۵.۳: وریدهای مهم ساعد و پشت دست

از دانشجویان بخواهید تا شبکه وریدی بازوی خود را ارزیابی کنند. این کار راحت‌تر انجام می‌شود اگر فشار بر قسمت فوقانی بازو برای تنگ کردن مسیر گردش خون اعمال شود درحالی‌که بازو در حالت اکستانسیون باشد. (همانطور که در شکل ۵.۲ نشان داده شده است).

نشان دادن تکنیک الزامی است. درخواست از دانشجویان جهت کمک به فشار دادن بازو در بالای محل انفوزیون موقع برقراری IVI* کمک کننده خواهد بود. به دقت توضیح دهید چه کاری انجام می‌دهید. بهتر است به دانشجویان کمک کنید این مهارت را بار اول در یک موقعیت بالینی یاد بگیرند که خیلی اورژانسی نیست.

محتوای آموزشی

آموزش باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. تشخیص نیاز به IVI: زمانیکه مایعات بدن به دلیل خونریزی، عفونت، دهیدراتاسیون یا شوک از دست رفته باشد، داروها به سرعت انفوزه شود (مثلاً در مورد اکلامپسی).
۲. تهیه تمام تجهیزات شامل:
 - لوله وریدی استریل
 - انتخاب سرسوزن بزرگ (شماره ۱۸) یا کانولا
 - انتخاب مایع مناسب
 - جریان دادن مایع IVI از لوله برای اطمینان از اینکه هوا داخل لوله وجود ندارد.
 - نوار چسب، قبلاً به صورت نوارهایی بریده شده باشند.
 - پایه سرم یا ثابت کننده دیواری مناسب (مثلاً یک گیره در دیوار کافی است).
 - تورنیکت (شریان بند) پلاستیکی
 - آتل همراه با بانداژ برای زنی که بی‌قرار یا بی‌هوش باشد.
 - سواب‌های تمیز برای تمیز کردن محل IVI
 - دستکش
۳. مطمئن شوید که زن (و بستگان وی در صورت حضور) علت نیاز وی به داشتن IVI را می‌فهمد، و پروسیجر را توضیح دهید. اطمینان حاصل کنید که او در یک وضعیت راحت با دست باز است.
۴. محل صحیح برای انفوزیون: معمولاً وریدهای پشت دست و ساعد راحت‌تر دیده می‌شوند. از وریدهایی که از مفصل عبور می‌کنند، استفاده نکنید. چون اگر سرسوزن در آن جا قرار داده‌شود با هر حرکت مفصل تکان خواهد خورد و ممکن است خارج شود.

* Intravenous Infusion

۵. تکنیک تمیز: دست‌های خود را با آب و صابون بشویید. محل انفوزیون را تمیز کنید (برای محافظت خود از صدمات یا بیماری‌های عفونی قابل انتقال مانند HIV یا هپاتیت از دستکش استفاده کنید).
۶. اگر ماما بعد از دو یا حداکثر سه بار تلاش، موفق به برقراری IVI نشود باید همکار باتجربه‌تر خود را صدا کند.
۷. در آخر IVI را بطور محکم با برش‌های نوارچسب ثابت کنید. برای بی‌حرکت نمودن نزدیک‌ترین مفصل ورید از آتل دست استفاده کنید.
۸. از چارت‌های ثبت تعادل مایعات استفاده کنید، از دست دادن خون، نبض، فشارخون و برون‌ده ادراری را کنترل نمایید.
۹. عوارض انفوزیون داخل وریدی:

مشکلات موضعی

- ترومبوفلیت (عفونت ورید) و ورم در محل تزریق (به دلیل نشت مایعات به داخل بافت‌ها)، در صورتی که این مشکلات اتفاق افتد، سرسوزن باید خارج شده و انفوزیون داخل وریدی مجدداً از ورید دیگری شروع شود.

مشکلات عمومی:

- سپتی‌سمی (عفونت خون): با استفاده از سرسوزن، لوله و مایعات داخل وریدی استریل و اطمینان از یک تکنیک آسپتیک خوب می‌توان از آن پیشگیری کرد.
- اضافه‌بار گردش خون: دادن بیش از حد و خیلی سریع مایعات می‌تواند باعث نارسایی قلبی شود و ریه‌ها ممکن است از مایعات پر شوند. این مشکل خاص در زنان مبتلا به اکلامپسی زمانی است که آسیب کلیوی وجود داشته و برون‌ده ادراری کاهش یافته‌است. در این‌گونه موارد باید زن از نظر ایجاد اختلالات تنفسی و ادم صورت بخصوص اطراف چشم‌ها به‌دقت تحت نظر قرار گیرد. این‌ها ممکن است نشانه‌های مایعات خیلی زیاد در گردش خون باشد.
- ۱۰. برای انفوزیون مایعات در میزان مناسب باید نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

- مقدار مایعی که داده می‌شود
 - دوره زمانی که مایع داده می‌شود
 - نوع لوله و اندازه قطره‌ها. هریک از انواع لوله‌ها اندازه قطره کمی متفاوت دارند. بعنوان مثال برخی لوله‌ها ۲۰ قطره در هر سی‌سی دارند در حالی که نوع دیگر ممکن است تنها ۱۰ قطره در سی‌سی داشته‌باشد.
- جدول ۱ نشان می‌دهد که به منظور تجویز مقدار معینی از مایع در یک دوره زمانی ثابت، چند قطره در دقیقه باید داده‌شود. برای استفاده از جدول لازم است تعداد قطره‌ها در هر سی‌سی را بدانید که به نوع لوله مورد استفاده بستگی خواهدداشت.

جدول ۱: میزان مایع IV

مقدار مایع	دوره زمانی	قطرات در سی سی (نوع لوله)	قطره ها در دقیقه
یک لیتر	۲۰ دقیقه	۱۰	خیلی سریع برای شمارش
یک لیتر	۲۰ دقیقه	۲۰	خیلی سریع برای شمارش
یک لیتر	۴ ساعت	۱۰	۴۰
یک لیتر	۴ ساعت	۲۰	۸۰
یک لیتر	۶ ساعت	۱۰	۲۸
یک لیتر	۶ ساعت	۲۰	۵۶
یک لیتر	۸ ساعت	۱۰	۲۰
یک لیتر	۸ ساعت	۲۰	۴۰

بطور کلی، فرمول محاسبه میزان هرگونه انفوزیون وریدی به قرار زیر است:

$$\text{مقدار مایعی که داده می شود (CC)} = \frac{\text{تعداد قطره ها در سی سی} \times \text{تعداد قطره ها در دقیقه}}{\text{زمان انجام انفوزیون (دقیقه)}}$$

به منظور تبدیل دوره زمانی از ساعت به دقیقه، تعداد ساعتها را در ۶۰ ضرب کنید. این بیانگر تعداد دقیقی خواهد بود که در آن مایعات IV داده می شود.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید صلاحیت دانشجو باید پاسخ به سوالات زیر بله باشد:

۱. آیا دانشجو قادر به برقراری IVI، انتخاب درست محل و وارد کردن سرسوزن/کانولا بدون ایجاد ترومای غیرضروری می باشد؟
۲. آیا تکنیک دانشجو مطابق با اولویتها انجام می شود؟
۳. آیا دانشجو زن، خودش و هر دستیار(ها)ی را از عفونت محافظت می کند؟
۴. آیا دانشجو مایع IVI مناسب را انتخاب می کند و مقدار کافی از آن را با سرعت صحیح می دهد؟
۵. آیا دانشجو با دانستن علایمی که نشاندهنده بهبودی یا وخامت فرد است، به وضعیت زن نظارت دارد؟
۶. آیا دانشجو پروسیجر را به زن و بستگان وی توضیح می دهد؟
۷. آیا دانشجو مستندات را به طور مناسب حفظ می کند؟
۸. آیا دانشجو محدودیت مهارت خود را می داند و در صورت نیاز کمک می خواهد؟

مهارت: تامین داروهای مورد نیاز

روش آموزشی

موضوع را در کلاس معرفی کنید و با آموزش بالینی آن را دنبال کنید که باید شامل:

- درخواست و ذخیره داروها
- نشان دادن و نظارت بر وارد کردن کانولای داخل وریدی
- نشان دادن تزریق وریدی یک دارو
- نظارت بر تزریق آنتی بیوتیک داخل وریدی توسط دانشجو (یا داروی دیگر مطابق با نیاز در عملکرد بالینی)

محتوای آموزشی

دانشجو باید دلایل دادن داروهای مختلف جهت کنترل اکلامپسی را بفهمد. این دلایل عبارتند از:

- کنترل تشنجه‌ها
- کنترل فشارخون

به جلسه ۴ این مدل مراجعه نمایید.

اطمینان حاصل کنید که دانشجویان با داروهای در دسترس جهت استفاده در محل کار خود آشنا هستند.

تجویز داروها

نکات زیر مربوط به استفاده از همه داروها توسط ماماها است:

۱. اگر ماماها بدون نظارت مداوم پزشک کار می‌کنند، داروهای خاص و دوزها برای درمان پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی باید مورد توافق مقام پزشکی مسئول باشد.
اگر مقررات قانونی / پزشکی / مامایی / پرستاری وجود دارد که مانع دادن داروها توسط ماماها در غیاب پزشک می‌شود، چنین وضعیتی باید مورد بازبینی قرار گیرد.

۲. اطمینان حاصل کنید که منابع کافی از داروهای مورد نیاز در تمامی اوقات در دسترس است.

۳. اطمینان حاصل کنید که تاریخ انقضاء داروها نگذشته باشد و بطور ایمن و در درجه حرارت مناسب ذخیره شده‌اند.

۴. به وضوح روی برگه نسخه بنویسید:

- نام دارو
- دوز
- راه استفاده

- تاریخ و زمان دریافت هر دوز
- امضاءها: بالین کار تجویز کننده دارو و بالین کار اجرا کننده دوز

به یاد داشته باشید که بدهید:

- دوز صحیح
- داروی صحیح
- در زمان صحیح
- با راه صحیح
- به فرد صحیح

عملکرد خوب این است که در صورت امکان قبل از دادن دارو از بالین کار دوم بخواهید تا دارو را چک کند.

داروهای داخل وریدی

ماماها همچنین باید قوانین مربوط به دادن آنتی بیوتیک‌های داخل وریدی را یاد بگیرند:

۱. ماماها باید در اجرای تزریق‌های داخل وریدی ماهر باشند.
۲. داروها ممکن است از طریق یک کانولای وارد شده در داخل یک ورید داده شود.
۳. بسیار مهم است تا مطمئن شوید که:
 - سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها/ کانولا استریل هستند.
 - هوا در سرنگ وجود ندارد.
 - کانولا باز است (مسدود نیست).
 - کانولا به طور مناسب در ورید وارد شده است.
۴. بیمار را خیلی با دقت از نظر واکنش نامطلوب به تزریق تحت نظر قرار دهید. اگر چنین اتفاقی افتاد، دوزهای بعدی نباید داده شود و باید فوری به پزشک ارجاع داده شود.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید صلاحیت دانشجو باید پاسخ به سوالات زیر بله باشد:

۱. آیا دانشجو قادر به انتخاب ضد تشنج‌ها و ضد فشارخون‌های مناسب برای استفاده می‌باشد؟
۲. آیا دانشجو دوزهای صحیح تمام داروهای مورد نیاز برای استفاده اعم از IM و IV و خوراکی را می‌داند؟

۳. آیا دانشجو اثرات جانبی داروهای داده شده برای اکلامپسی را می‌داند، معاینات مناسب جهت تشخیص آن‌ها را انجام داده و در صورت لزوم اقدام مناسب انجام می‌دهد؟

۴. آیا دانشجو می‌تواند درک خود از اهمیت موارد زیر را نشان دهد:

- توجه به تاریخ انقضای داروها و عدم استفاده از داروها پس از آن تاریخ
- نگهداری مناسب داروها
- موجودی کافی از داروها

۵. آیا دانشجو می‌تواند درک خود از اهمیت موارد زیر را نشان دهد:

- دوز صحیح
- داروی صحیح
- در زمان صحیح
- با راه صحیح
- به فرد صحیح

۶. آیا دانشجو دارو را دقیق، درست و ایمن برای بیمار می‌دهد؟

۷. آیا دانشجو همه داروهای مورد استفاده را دقیق و کامل در پرونده زن یادداشت می‌کند؟

مهارت: گذاشتن سوند ادراری ثابت و کنترل برون‌ده ادراری

روش آموزشی

این مهارت به طور واضح باید حین مراقبت‌های واقعی از یک زن انجام شود، اگر فرصت مناسب دیگری پیش بیاید نیاز نیست که آموزش و ارزیابی طی مراقبت از زن مبتلا به اکلامپسی انجام شود.

باید تأکید شود که یک زن هرگز نباید به منظور آموزش و ارزیابی سوندگذاری شود. سوندگذاری تنها زمانی مورد دارد که وضعیت بالینی زن نشان‌دهنده نیاز به آن است.

محتوای آموزشی

نشانه‌های آناتومیکی

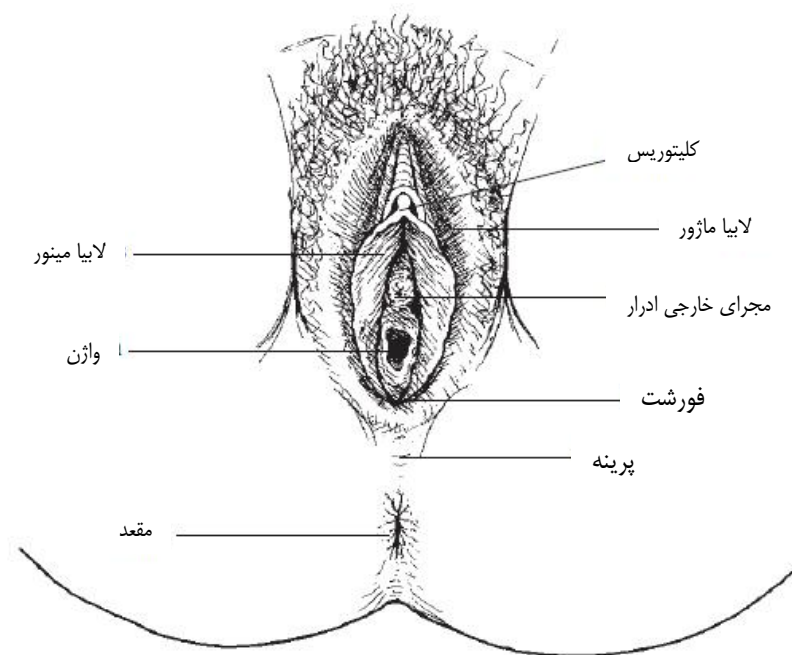
اگر احساس می‌کنید دانشجویان نیاز به آشنایی مجدد با بخش‌های اصلی اندام‌های تناسلی خارجی زنانه دارند از شکل ۵.۴ استفاده کنید.

پروسیجر

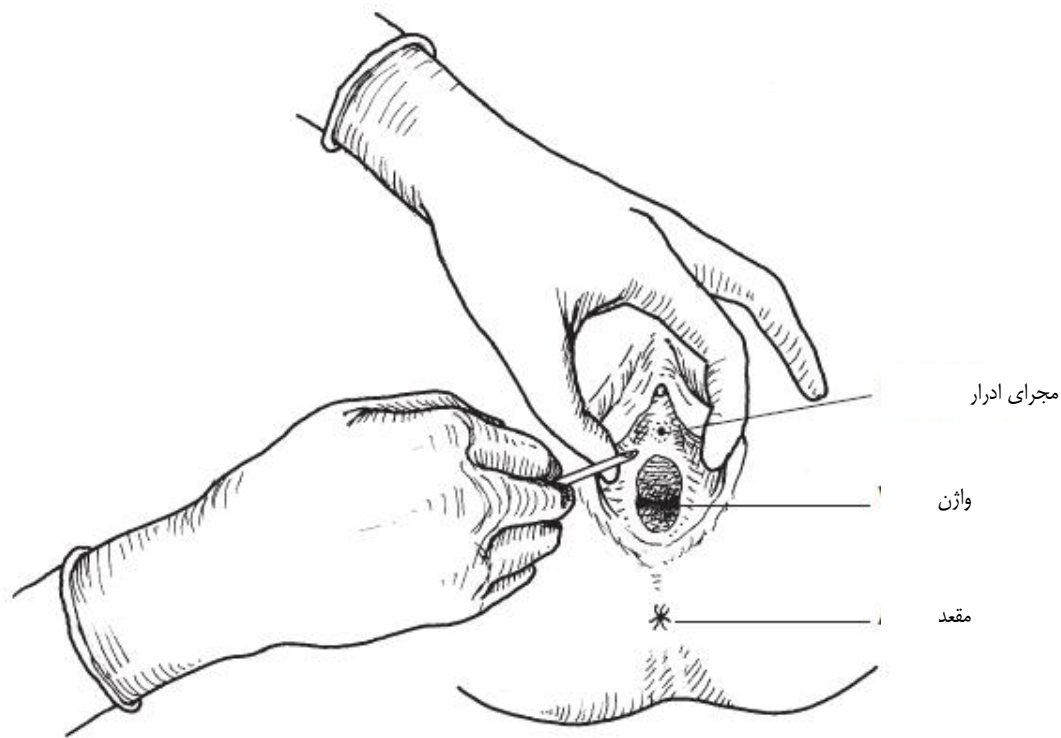
با آب تمیز ناحیه تناسلی را تمیز کنید. دست‌ها را به طور کامل شسته و اسکراب کنید و دستکش استریل بپوشید. با انگشتان دست چپ لایبها را باز کرده و با دست راست کاتتر را وارد مجرای ادراری کنید (شکل ۵.۵). اگر موقع وارد کردن سوند با مشکلی مواجه شدید انگشت سیابه دست چپ دارای دستکش استریل را وارد واژن کرده و در امتداد دیواره قدامی واژن قرار دهید. نوک کاتتر می‌تواند لمس شود و اگر موازی با انگشت داخل شده در واژن هدایت شود بدون آسیب به مجرای ادراری وارد مثانه خواهد شد. اگر سوند توسط سر جنین متوقف شود، فشار رو به بالای سر جنین با انگشت داخل واژن به عبور سوند کمک خواهد داد.

تاکید کنید به نیاز برای:

- تکنیک آسپتیک برای پیشگیری از عفونت
- دقت و مهارت در پروسیجر
- دستکاری ملایم برای جلوگیری از آسیب به مجرای ادرار
- رویکرد حساس
- دقت در کنترل برون‌ده ادراری در رابطه با اداره اکلامپسی



شکل ۵.۴: اندام‌های تناسلی خارجی زنانه



شکل ۵.۵: گذاشتن سوند ادرار، باز کردن لایبها و گذاشتن سوند در داخل مجرای ادراری

عوارض

از آنجایی که باکتری‌ها بطور طبیعی در قسمت خارجی مجرای ادراری یافت می‌شوند، سوندگذاری ممکن است باکتری‌ها را به داخل مثانه وارد کند، جایی که ارگانیسم‌ها شرایط ایده‌آل را برای تکثیر بخصوص در دوره نفاس پیدا می‌کنند (مثانه به علت زایمان دچار آسیب شده و اغلب تخلیه ناکامل و ادرار باقی‌مانده وجود دارد). بنابراین سوندگذاری می‌تواند باعث عفونت دستگاه ادراری شود.

اندیکاسیون‌ها برای گذاشتن سوند ادرار

به دلیل خطر عفونت، گذاشتن سوند ادرار فقط باید زمانی انجام شود که واقعا مورد نیاز است. به محض برطرف شدن نیاز، سوند باید خارج شود.

گذاشتن سوند ادراری زمانی انجام می‌شود که خالی نگهداشتن مثانه مهم است، زن خودش قادر به ادرار کردن نیست، یا اندازه-گیری دقیق برون‌ده ادراری مثلاً در موارد اکلامپسی موردنیاز است:

- در طول مرحله اول زایمان، مثانه پر ممکن است مانع واردشدن سر به ورودی لگن، تأخیر نزول جنین و باعث انقباضات ضعیف رحمی شود.

- طی مرحله سوم زایمان، مثانه پر ممکن است مانع جدایی کامل جفت شده و باعث خونریزی پس از زایمان (PPH) شود.
 - در طول اداره PPH ناشی از اتونی رحم، باید مثانه تخلیه شود و خالی نگه داشته شود. در چنین مواردی ممکن است سوند در مثانه باقی بماند.
 - قبل از دستکاری‌های واژن (مانند فورسپس، سمفیزوتومی) باید مثانه خالی شود.
 - در اداره اکلامپسی، نظارت بر برون‌ده ادراری مهم است، در چنین مواردی باید سوند ثابت استفاده شود.
- دانشجویان ممکن است این مهارت را در مدل‌های قبلی انجام داده باشند. در اینجا تأکید بر این مهم است که:
- سوند ثابت باید مورد استفاده قرار گیرد
 - یک سیستم تخلیه مداوم باید وصل شود
 - ادرار باید هر ۴ ساعت اندازه‌گیری شود
 - جذب و دفع باید یادداشت شود
 - هر نمونه ادراری باید از نظر پروتئین آزمایش شود

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید صلاحیت دانشجو باید پاسخ به سوالات زیر بله باشد:

۱. آیا دانشجو می‌تواند توجیه کند که چرا سوندگذاری برای این خانم لازم است؟
۲. آیا دانشجو پروسیجر را با توجه به موارد زیر با مهارت کامل انجام می‌دهد
 - روش آسپتیک؟
 - دقت در پیدا کردن مجرای ادراری؟
 - ملایمت؟
 - حساس بودن نسبت به نیازهای زن؟
۳. آیا دانشجو مثانه را به اندازه کافی تخلیه می‌کند و توضیح می‌دهد چرا تصمیم به خارج کردن سوند یا ثابت کردن آن دارد؟
۴. آیا دانشجو ادرار را اندازه‌گیری و آزمایش می‌کند و اهمیت یافته‌های خود را توضیح می‌دهد؟

مهارت: پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولیک

روش آموزشی

در صورت امکان این آموزش باید غالباً در کنار تخت انجام شود. تغییرات فیزیولوژیک مربوطه را حین بارداری و نفاس بحث کنید. اینها شامل افزایش انعقادپذیری خون و افزایش استاز وریدی است. این در زن مبتلا به اکلامپسی بدون تحرک تا بهبود شرایط افزایش می‌یابد.

محتوای آموزشی

دانشجویان ممکن است با اختلال ترومبوآمبولیک از آموزش قبلی آشنا باشند، اما آنها نیاز به درک خطرات افزایش یافته برای زنانی هستند که اخیراً زایمان نموده و مجبور به استراحت در بستر به خاطر اکلامپسی هستند.

دانشجویان باید با تعاریف و عوامل خطر آشنا باشند.

تعاریف

- **ترومبوز:** یک لخته خون در یک رگ خونی
- **آمبولوز:** یک جسم خارجی (معمولاً یک لخته خون یا مایع آمنیوتیک) که حرکت کرده و یک رگ خونی را مسدود می‌کند
- **آمبولی:** انسداد ناگهانی یک رگ خونی توسط یک آمبولوز
- **آمبولی ریوی:** گردش خون ریوی (یعنی گردش خون به ریه‌ها) توسط یک آمبولی مسدود می‌شود

عوامل خطر

اینها شامل:

- سن بالای ۳۵ سال
- پاریتی بالا
- چاقی
- عمل سزارین
- تروما به ساق پاها (استفاده از پایه‌های لیتوتومی را در نظر بگیرید)
- دراز کشیدن در تخت
- دهیدراتاسیون
- استعمال سیگار
- سابقه دریافت استروژن (مثل ضدبارداری‌های خوراکی)

علائم و نشانه‌ها

ترومبوفلیت سطحی: وریدهای سطحی ساق پاها به نظر قرمز بوده، سفت و حساس می‌باشد. زن ممکن است تب داشته‌باشد.

ترومبوز ورید عمقی: درد و ورم ساق پا وجود داشته و درد موقع قدم زدن افزایش می‌یابد. خطر آمبولی ریوی وجود دارد.

آمبولی ریوی یک مسأله خیلی جدی است که می‌تواند منجر به مرگ مادر شود. هر کاری که ممکن جهت پیشگیری از این عارضه باید انجام شود.

زن زمانی که بیمار است به دلیل نیاز وی به استراحت در بستر در معرض افزایش خطر آمبولی خواهد بود.

پیشگیری پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولیک توسط حرکت فعال و حرکت منفعل است.

حرکت فعال زمانی است که زن خودش حرکت می‌کند.

حرکت منفعل زمانی است که زن توسط ماما یا پرستار حرکت می‌کند چون که وی خودش قادر به حرکت نیست.

استفاده از جوراب الاستیک حمایت‌کننده نیز ممکن است به کاهش بروز اختلالات ترومبوآمبولیک مخصوصاً برای زن محدود به تخت کمک کند.

آن مسئولیت پرسنل مامایی است که به حرکت فعال تشویق نموده و حرکت غیر فعال (منفعل) را فراهم کند. طی فاز حاد بیماری، حرکت منفعل باید شامل تغییر پوزیشن زن در فواصل منظم باشد. زمانی که وضعیت وی بهبود می‌یابد، حرکت منفعل اندام‌ها باید در فواصل منظم انجام شود.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید صلاحیت دانشجو باید پاسخ به این سوالات بله باشد.

۱. آیا دانشجو خطرات اختلال ترومبوآمبولی را برای مادر مبتلا به اکلامپسی پس از زایمان می‌فهمد؟

۲. آیا دانشجو افزایش خطر را هنگامی که زن بیمار و محدود به تخت است می‌فهمد؟

۳. آیا دانشجو مسئولیت خود را در پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی درک می‌کند؟

۴. آیا دانشجو زن را به حرکت در اطراف تخت و بلند شدن به محض امکان تشویق می‌کند؟

۵. در صورت لزوم، آیا دانشجو به طور مکرر ورزش‌های منفعل عضوها را انجام می‌دهد و آیا او این کار را خیلی به ملایمت انجام می‌دهد؟

۶. آیا دانشجو می‌تواند علائم و نشانه‌های ترومبوز ورید عمقی و ترومبوفلیت سطحی را توصیف کند؟

۷. آیا دانشجو می‌تواند یک معاینه از زن به منظور شناسایی عوامل خطر انجام دهد؟

۸. آیا دانشجو می‌تواند یک معاینه از زن به منظور شناسایی نشانه‌های اولیه ترومبوز وریدی سطحی و عمقی انجام دهد؟

۹. آیا دانشجو می‌تواند خطرات آمبولی ریوی را توضیح دهد؟

۱۰. آیا دانشجو می‌فهمد که پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی می‌تواند به پیشگیری از آمبولی ریوی کمک کند؟

مهارت: نگهداری مستندات

روش آموزشی

این موضوع را در کلاس درس ارائه یا مرور کنید و سپس چندین آموزش بالینی با گروه‌های کوچک انجام دهید.

از دانشجویان بخواهید که مستندات شخصی خود را در گروه‌های کوچک به مشارکت بگذارند.

به آن‌ها کمک کنید تا مشکلات و نکات ضعف خود را در حفظ مستندات شناسایی کنند.

اطمینان حاصل کنید دانشجویان یاد گرفته‌اند که مستندات شخصی خود را نقد کنند قبل از آنکه مستندات دیگران را نقد کنند.

یادآوری کنید که اگر آن‌ها در افراد دیگر احساس تهدید به وجود آورند، به پیشرفت در حفظ مستندات دیگران کمک نخواهند کرد.

محتوای آموزشی

دانشجویان ممکن است قبلاً با اصول نگهداری مستندات از مراقبت کلی خود در ابتدای این برنامه یا طی برنامه مقدماتی قبل از ارائه خدمت (اگر این قسمتی از یک برنامه آموزشی فرایه باشد) آشنا باشند. آنها نیاز دارند که لزوم حفظ مستندات در مامایی و نیازهای خاص زن تازه زایمان کرده را تشخیص دهند.

به دانشجویان در مورد اهمیت نگهداری مستندات تذکر دهید. تأکید کنید که آن باید:

- واضح
- خوانا
- دقیق

باشد. و باید شامل موارد زیر شود:

- تاریخ
- زمان

▪ امضا

اهمیت تعادل در نگهداری مستندات را بحث کنید. یک ماما باید طوری بنویسد که:

- به حد کافی گزارش شفاف از وضعیت زن/حادثه ارائه دهد.
- نه خیلی زیاد که وقت ارزشمند ماما جهت مراقبت از خانم را اشغال کند.

این خیلی مهم است.

اهداف حفظ پرونده

از دانشجویان بخواهید که گروه‌های بحث در بررسی این سوال تشکیل دهند که

"هدف از حفظ پرونده چیست؟"

زمانی که دانشجویان اطلاعات را ارائه می‌کنند، هدف را در تخته‌سیاه بنویسید.

۱. مرور پیشرفت یا عدم پیشرفت
۲. توانمندسازی در ارائه مراقبت مناسب در زمان صحیح
۳. کمک به تداوم ایمن مراقبت در بین کارکنان مختلف
۴. تهیه سندی برای مراجعه بعدی
۵. برآورده کردن ملزومات قانونی. (اینجا به قوانین و مقررات مامایی/پرستاری در رابطه با حفظ مستندات اشاره کنید. بخش مربوطه را بخوانید و اطمینان حاصل کنید که دانشجویان آن را می‌فهمند. این را با درخواست از آن‌ها جهت ترجمه به زبان انگلیسی ساده یا زبان آشنای دیگر انجام دهید).

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید صلاحیت یک دانشجو، پاسخ به این سوالات باید بله باشد.

۱. آیا دانشجو اصول و هدف از نگهداری مستندات را می‌فهمد؟
۲. آیا مستندات شخصی دانشجو به آسانی قابل درک و استفاده هستند؟ آیا آنها شفاف، خوانا بوده و از نظر مقدار مطالب صحیح هستند؟
۳. آیا دانشجویان می‌توانند ملزومات قانونی/حقوقی را توضیح دهند که به نگهداری مستندات توسط ماماها اشاره می‌کند؟

مطالعات موردی



جلسه ۶

مطالعات موردی

اهداف این جلسه

- توانمندکردن دانشجویان جهت بازتاب در عمل و درک ارتباط مهم بین فرآیند و نتیجه در رابطه با اداره پره‌اکلامپسی و اکلامپسی
- توانمندکردن دانشجویان به یادگیری از تجارب خود و انجام توصیه‌های عملی که در هنگام اداره پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، نتیجه را بهبود خواهد بخشید.

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۶، دانشجویان قادر خواهند بود:

- یک مطالعه موردی ارائه نموده و سوالات مهمی در رابطه با آن به بحث بگذارند.
- فرآیندی را شناسایی نمایند که منجر به نتیجه مطالعات موردی شده، با تاکید بر نکات مهم عملی در پیشگیری و اداره اکلامپسی.
- بحث کنند که چگونه ممکن است زنان دیگر نیز از جنبه‌های مراقبتی موثر بر پیامد ایمن و درس‌های آموخته شده از یک پیامد ضعیف سود ببرند.
- توصیف کنند که چگونه مراقبت مادری ارتقایافته می‌تواند بر پیامد اداره پره‌اکلامپسی و اکلامپسی تاثیر بگذارد، مثالهایی از تجربه خود ارائه دهند.
- اهمیت بازتاب در عمل را به منظور ارزیابی و بهبود مراقبت توضیح دهند.

طرح درسی

مطالعات موردی

بحث

کارگروهی

زمان کل: ۳ ساعت.

تدریس‌های خصوصی اختیاری (۱ ساعت برای هر دانشجو یا گروه کوچکی از دانشجویان)

منابع

آموزش‌ها برای دانشجویان: دستورالعمل‌ها برای مطالعه موردی.

آموزش‌ها برای کار گروهی.

مقدمه

اگر دانشجویان بی‌تجربه هستند، ترتیب دادن آموزش خصوصی فردی یا گروه‌های کوچک جهت توضیح نحوه انجام یک مطالعه موردی عاقلانه است. از پرونده‌های محل بالینی استفاده نمایید. این آموزش‌ها نیاز خواهد بود که قبل از این جلسه انجام شود و باید شامل آموزش بالینی باشد.

دانشجویان را به گروه‌های کوچک تقسیم کنید: هر گروه یک مطالعه موردی را آماده و ارائه خواهد نمود. به دانشجویان راهنمایی‌هایی برای مطالعه موردی ارائه کنید که در پایان این جلسه وجود دارد. جهت اخذ اطلاعات مورد نیاز، دانشجویان باید از پرونده‌های موردی استفاده کنند که مربی از محل بالینی انتخاب کرده است.

سه مطالعه موردی برای این جلسه پیشنهاد شده است. مربی ممکن است تصمیم بگیرد که فقط از دو مطالعه جهت کوتاه‌تر کردن جلسه استفاده نموده و در جلسه بعدی آن را تکرار نماید.

در صورت امکان، استفاده از حداقل یک مطالعه موردی جایی که پیامد خوب بود و در جای دیگر که پیامد چندان خوب نبود می‌تواند مناسب باشد و دلایل چنین وضعیتی را مقایسه کنید. مواردی از هر دوی پره‌اکلامپسی و اکلامپسی مطرح کنید.

مطمئن شوید که دانشجویان وقت کافی جهت آماده کردن مطالعه موردی برای ارائه دارند.

رئوس مطالب جلسه:

۱. معرفی جلسه. به دانشجویان یادآوری کنید:

- آنچه را که قبلاً طی مطالعات موردی یاد گرفته‌اند.
- اینکه بازتاب در عمل و یادگیری از تجربه مهم است.
- اینکه ارتباطی بین فرآیند و پیامد وجود دارد و این که ما می‌توانیم به منظور ارتقای مادری ایمن بر این‌ها تاثیر داشته باشیم.

دانشجویانی را معرفی کنید که مطالعات موردی را ارائه خواهند کرد.

۲. ارائه مطالعه موردی ۱.

۳. فرصتی برای پرسش و پاسخ درباره مطالعه موردی ۱.

۴. ارائه مطالعه موردی ۲.

۵. فرصتی برای پرسش و پاسخ درباره مطالعه موردی ۲.

۶. ارائه مطالعه موردی ۳.

۷. فرصتی برای پرسش و پاسخ درباره مطالعه موردی ۳.

۸. خلاصه‌ای از ارائه‌های موردی. اینجا خیلی مهم است:

- ارتباط دادن فرآیند با پیامد
- برای دانشجویان که درک کنند که آن‌ها می‌توانند به این رابطه اثرگذار باشند.

۹. به دانشجویانی که مطالعات موردی را ارائه نموده‌اند، امتیاز دهید.

این مخصوصاً مهم است اگر آن‌ها توانایی زیر را نشان داده باشند:

- بازتاب در عملکرد شخصی خودشان
- انجام انتقاد سازنده برای دیگران.

این کار به آن‌ها کمک خواهد کرد که به عنوان بالین‌کاران ایمن پرورش یابند.

۱۰. بحث کنید:

- چگونه زنان بیشتری ممکن است از مراقبت منجر به یک پیامد ایمن نفع ببرند.
- اگر خانم فوت کرد، عوامل قابل اجتناب چه بودند.

انتقاد از عملکرد شخصی خودتان می‌تواند یک روش عالی برای آوردن مثال برای دانشجویان شما باشد. بحث مثبتی از آن ایجاد کنید تا هر کسی بتواند از آن سود ببرد.

۱۱. مرور یک مورد راجع به زنی که از پره‌اکلامپسی و اکلامپسی رنج برده است، سولاتی را در مورد کیفیت مراقبت فراهم شده ایجاد خواهد کرد. اینها نیاز است که بیشتر بحث شوند. دانشجویان را جهت کار گروهی به گروه‌هایی تقسیم کنید. آموزش‌هایی برای کار گروهی به آن‌ها بدهید و جلسه الف یا ب به اضافه جلسه ج به هر گروه جهت بحث تعیین نمایید.

بازخورد

در پایان کار گروهی، گروه باید یک لیست از نکاتی درباره عملکرد خوب داشته‌باشد. تأکید کنید که این‌ها در نجات زندگی‌ها و بنابراین در ایمن‌تر کردن بارداری مهم هستند. بحث کنید که عملکردهای خوب چگونه می‌توانند بیشتر توسعه یابند/ تشویق شوند و چگونه می‌توان از عملکردهای ضعیف اجتناب نمود.

گروه همچنین باید توصیه‌هایی درباره عملکردهای نیازمند به بهبود ارائه کند. این توصیه‌ها باید به پرسش‌های زیر پاسخگو باشد:

▪ چه چیزی لازم است اتفاق افتد؟

- چگونه آن می‌تواند اتفاق افتد؟
- چه کسی مسئولیت را خواهد پذیرفت؟
- چه کسی کمک خواهد کرد؟
- کجا اقدام صورت خواهد گرفت؟
- چه زمانی اقدام صورت خواهد گرفت؟
- چه زمانی آن مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت؟

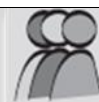
چگونگی پایان دادن به این مدل

از هر یک از دانشجویان بخواهید چیزی را که از این مدل یاد گرفته‌اند را بنویسند به طوری که قبلاً عملکردشان را تغییر داده‌است. آن ممکن است یک چیز کوچک باشد، اما چیزهای کوچک می‌توانند خیلی مهم باشند.

تأکید کنید هر مامایی که به آموختن ادامه می‌دهد و می‌تواند آموخته‌های خود را در عملکرد خویش به کار گیرد، به ایمن‌تر کردن بارداری کمک می‌کند.

در آخر از هر دانشجویی بخواهید که یک چیزی را که به عملکردشان بنویسند که به منظور ایمن‌تر کردن بیشتر بارداری قصد دارند تغییر دهند.

دانشجویان ممکن است بخواهند برخی از تغییراتی را که قبلاً انجام داده‌اند و برخی دیگر را که قصد انجام آن را دارند، به مشارکت بگذارند. از آن‌ها دعوت کنید که چنین کاری را انجام دهند اما سعی نکنید که آن‌ها را مجبور کنید.



آموزش‌ها برای کار گروهی

جلسه الف یا ب (مدرس شما توصیه خواهد کرد که کدام جلسه را انتخاب کنید)، به اضافه جلسه ج را به بحث اختصاص دهید.

مطالعات موردی در اداره اکلامپسی

A. در مواردی که مادر زنده ماند:

- ۱- چه اقداماتی زندگی مادر را نجات داد؟
- ۲- چه چیزی این اقدامات را امکان‌پذیر کرد؟
- ۳- آیا نکاتی در اداره یا شرایط بالینی وجود داشت که به منظور کاهش خطر برای خانم دیگر می‌تواند ارتقاء یابد؟

B. در مواردی که مادر فوت کرد:

- ۱- علت مرگ چه بود، و چه عواملی مستعد کننده مرگ بودند؟
- ۲- در ارائه مدیریت نجات‌بخش زندگی چه مشکلاتی وجود داشت؟
- ۳- به منظور اجتناب از این مشکلات در آینده، لازم است چه چیزی انجام شود؟

C. بازتاب در عمل:

- ۱- هرگونه حقایق در مورد عملکردی که شما از طریق این مطالعات موردی آموخته‌اید، لیست کنید.
- ۲- توصیه‌هایی را ارائه کنید که فکر می‌کنید در اداره ایمن‌تر اکلامپسی و سایر اختلالات فشارخون بارداری در محل بالینی شما کمک‌کننده خواهد بود.

فردی را جهت گزارش‌دهی منصوب کنید

آموزش‌ها برای دانشجویان - دستورالعمل‌هایی برای مطالعه موردی

مطالعه موردی شما باید در رابطه با برخی جنبه‌های اداره پره‌اکلامپسی یا اکلامپسی باشد، و باید شامل موارد زیر باشد:
شماره بیمار:

(این کار کمک خواهد نمود که پرونده بیمار در صورت نیاز درآورده شود اما از محرمانه بودن اطلاعات زن حفاظت خواهد نمود).

	سن:
	تعداد زایمان:
	تاریخ اولین روز آخرین دوره قاعدگی (LMP):
	تاریخ تخمینی زایمان (EDD):
	پیشینه اجتماعی:
	تاریخچه مامایی قبلی:
	تاریخچه پزشکی و جراحی مرتبط:
	تاریخچه و دوره بارداری، زایمان و نفاس فعلی
خلاصه‌ای از مراقبت و اداره تا به این تاریخ	
از شما درخواست خواهد شد که راجع به موضوعات مهم زیر بحث کنید.	
این پیامد است	۱- چه اتفاقی روی داد؟ این شامل جزئیات وضعیت زن پس از زایمان خواهد بود.
این فرآیند است	۲- چه عوامل خطری برای اکلامپسی وجود داشت (از قبیل بارداری اول، دوقلویی، پره‌اکلامپسی یا خطر دیگر)؟
	۳- مراقبت حاملگی، زایمان و پس از زایمان چگونه اداره شد؟
این ارتباط بین فرآیند و پیامد را در نظر می‌گیرد	۴- نکات اصلی عملکرد مامایی را خلاصه کنید، تأکید کنید که مورد چگونه اداره شد.
این نشان می‌دهد چه چیزی می‌تواند از طریق تجربه یاد گرفته شود.	۵- آیا فرصت‌های از دست رفته‌ای وجود داشت؟ عواملی ممکن است چشم‌پوشی شده که، در خانم دیگر، منجر به مرگ مادر می‌شد. در موارد مرگ، بپرسید که آیا این قابل اجتناب بود؟

واژه نامه

از آنجایی که واژه نامه برای ۶ مدل تهیه شده است، تمام واژه های زیر در این مدل یافت نمی شوند.

A

Abortion

واژه سقط به ختم حاملگی قبل از اینکه جنین قادر به زندگی خارج رحمی باشد اطلاق می گردد.

Complete abortion

سقط کامل به خروج همه محصولات حاملگی از رحم اطلاق می شود که اغلب قبل از هفته هشتم حاملگی اتفاق می افتد.

Incomplete abortion

سقط ناقص خروج نسبی (تعدادی) از محصولات حاملگی می باشد. همه یا قسمتی از جفت ممکن است در رحم باقی بماند که سبب خونریزی وسیع شود. معمولاً در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق می افتد. خانم هایی که سقط عمدی یا خودبه خود داشتند اغلب به عنوان سقط ناکامل تشخیص داده می شوند و برای عوارض سقط نیاز به درمان اورژانسی پیدا می کنند.

Induced abortion

ختم حاملگی از طریق دخالت عمدی با هدف اتمام حاملگی می باشد. سقط عمدی ممکن است در مراکز مراقبتی بهداشتی و مطابق با قانون و دستورات سیاسی بهداشتی اتفاق بیفتد یا ممکن است دور از مراکز مراقبتی بهداشتی و به صورت غیرقانونی اتفاق بیفتد.

Inevitable abortion

سقط اجتناب ناپذیر شامل خونریزی واژینال، درد عضلات شکمی و دیلاتاسیون پیشرونده سرویکس با یا بدون پارگی غشاهای می باشد. در این وضعیت ادامه حاملگی غیرممکن است و در نهایت خروج محصولات حاملگی اتفاق خواهد افتاد.

Missed abortion

سقط فراموش شده زمانی اتفاق می افتد که جنین بمیرد و در داخل رحم باقی بماند. محصولات حاملگی مرده در نهایت خارج خواهند شد. گرچه ممکن است اختلالات انعقادی در مورد سقطهای از دست رفته ای که بیش تر از ۶-۸ هفته در رحم باقی بمانند اتفاق بیفتد.

Septic abortion

سقطی که در ۲۲ هفته اول حاملگی به وسیله عفونت رحمی یا عفونت گسترش یافته ی مجرای ژنیتال ایجاد می شود که سبب تب، لرز، ترشحات بدبوی واژینال، درد لگن و سپتی سمی می شود. سقطهای عفونی اغلب در مکان هایی اتفاق می افتند که از نظر امکانات و استانداردها ضعیف هستند.

Spontaneous abortion

به ختم حاملگی در افرادی اطلاق می شود که هیچ کار عمدی برای پایان دادن به حاملگی در نظر گرفته نشده باشد. سقط خودبخودی که بعنوان miscarriage نیز نامیده می شود نزدیک به ۱۰ - ۱۵٪ کل حاملگی های شناخته شده یا موردانتظار را تشکیل می دهد.

Threatened abortion

تهدید به سقط شامل خونریزی واژینال با یا بدون دیلاتاسیون سرویکس می باشد. ممکن است علائم رفع شوند و بارداری موجود ادامه یابد. اگر علائم ادامه یابد ممکن است نتیجه بارداری ناچاراً سقط کامل یا ناقص شود.

Unsafe abortion

سقط غیر ایمن به ختم حاملگی توسط شخصی فاقد مهارت های ضروری یا در محیطی بدون حداقل استانداردهای مراقبتی یا هر دو مورد باهم اطلاق می گردد.

Abscess

تجمع موضعی چرک در هر جایی از بدن که به علت عفونت می‌باشد.

AIDS

سندرم نقص ایمنی اکتسابی

Amnion

بخش اعظمی از غشاهایی که جنین را در رحم در بر می‌گیرد و مایع آمنیون را تولید می‌کند و هم چنین آن را در بر می‌گیرد.

Amniotic fluid

این مایع توسط آمنیون تولید شده و در برگرفته شده‌است. در نیمه دوم حاملگی این مایع همچنین حاوی مایعاتی از کلیه‌ها و ربه‌های جنین می‌باشد. این مایع فضایی را برای رشد جنین فراهم می‌کند و در اواخر بارداری و زایمان، این مایع فشار ناشی از انقباضات وارده به جنین و دما را تنظیم می‌کند و همچنین بعضی مواد غذایی را برای جنین فراهم می‌کند.

Amniotic fluid embolism

این موقعیت نادر اما خطرناک به دلیل ورود مایع آمنیون به گردش خون مادری از طریق سینوس‌های جفتی از محل جفت می‌باشد. احتمالاً در زایمان یا در دوره سریع بعد زایمان بدنبال انقباضات قوی اتفاق می‌افتد. علائم و نشانه‌ها شامل سیانوز، درد سینه، تنگی نفس، تغییر رنگ خون، دفع خلط، تشنج و کلاپس می‌باشد.

Amniotomy

پارگی جراحی غشاهای جنین برای القای زایمان

Anaemia

کاهش تعداد گلبول‌های قرمز یا کاهش میزان هموگلوبین حاضر در آنها. آنمی می‌تواند به دلیل افزایش از دست دادن خون، یا به دلیل نخوردن مقادیر کافی از غذاهای غنی از آهن و اسید فولیک باشد. دلایل دیگر شامل افزایش شکستن گلبول‌های قرمز (مخصوصاً در مالاریا) یا شکست در ساختن آنها می‌باشد.

Analgesic

دارویی که برای کاهش درد تجویز می‌شود.

Aneurysm

کیسه‌ای که به دلیل گشادی شریان ایجاد می‌شود.

Anoxia

مرحله شروعی کاهش اکسیژن

Antepartum

قبل از زایمان

Antepartum haemorrhage

خونریزی از مجرای ژنیتال در هر زمان از هفته ۲۲ حاملگی تا قبل از تولد نوزاد را خونریزی قبل از زایمان می‌گویند. ۲ دلیل اصلی برای خونریزی قبل از زایمان وجود دارد که شامل جفت سرراهی و دکولمان جفت می‌باشد.

Anterior

موقعیتی در جلو یا در طرف مقابل جهت‌یابی شده‌است.

Antero posterior

از جلو تا عقب

Antibiotic

داروهایی از میکروارگانیسم های زنده که باکتری های پاتوژن را تخریب می کنند یا رشد آنها را مهار می کنند.

Antibody

پروتئینی که در بدن برای مقابله با میکروارگانیسم ها یا مواد خارجی که ممکن است وارد بدن شوند ساخته می شود. در بارداری آنتی بادی های مادر در موقعیت های ویژه ای از طریق جفت به جنین انتقال می یابند که در چند ماه اول زندگی به جنین در برابر بعضی از بیماری ها، ایمنی غیرفعال می دهد.

Anticonvulsant drug

دارویی که تشنج را کنترل می کند.

Antihypertensive

دارویی که برای کاهش فشارخون تجویز می شود.

Antipyretic

دارویی که برای کاهش تب تجویز می شود.

Antiseptic

ماده ای که به وسیله کشتن باکتری های مخصوص روی پوست یا در بافت های بدن از عفونت جلوگیری می کند. مواد ضد عفونی شامل اسپری های جراحی، کلروهگزدین و ید می باشد.

Annurria

هیچ ادراری در کلیه ها تولید نمی شود. این موقعیت پرخطر زندگی ممکن است با اورژانس های زایمانی مثل وجود هموراژی، اکلامپسی و شوک سپتیک در ارتباط باشد.

Apex

مرتفع ترین موقعیت.

Apnoea

عدم تنفس

Aseptic technique or asepsis

روش های ضد عفونی به محافظت های امنیتی مخصوصی برمی گردد که برای کاهش باکتری های موجود در محیط مخصوصاً در زایمان و عمل های جراحی به کار گرفته می شود.

Asphyxia

وضعیتی که در آن اکسیژن خون کاهش می یابد و دی اکسید کربن خون افزایش می یابد. اگر جنین هنگام تولد در تنفس کردن شکست بخورد از آسفاکسی رنج می برد و نیاز حاد به احیا پیدا می کند.

Asymmetrical

شکل یا اندازه نامساوی دو ساختار طبیعی مشابه. لگن ممکن است در زمینه بیماری، آسیب و یا ضایعات مادرزادی به شکل نامتقارن دربیاید.

Atonic

فقدان قدرت انقباضی عضلات.

Atonic postpartum bleeding

خونریزی بعد از زایمان ناشی از آتونمی، به دلیل انقباضات ناکافی رحمی از محل جفت و در نتیجه عدم فشردن رگ های خونی ایجاد شده و خونریزی غیرقابل کنترل می شود. هر موقعیتی که با انقباضات رحمی تداخل ایجاد می کند مثل باقی ماندن جفت در رحم، رحم را مستعد خونریزی ناشی از آتونمی خواهد کرد.

Augment

افزایش یافتن: در یک زایمان تقویت شده، ممکن است اکسی‌توسین برای افزایش انقباضات موثر استفاده شود به شرط اینکه پیشرفت آهسته باشد.

Avoidable factors

فاکتورهایی که سبب مرگ مادر در مکان‌هایی می‌شوند که به دور از استانداردهای کلی پذیرفته‌شده مراقبتی هستند یا بر آنها تأثیر می‌گذارند.

Axilla

زیر بغل

B

Bacteria

از نظر میکروسکوپی ارگانیسم‌های بدون سلولی هستند که اگر پاتوژن باشند می‌توانند باعث بیماری شوند. آنها به سرعت تولیدمثل می‌کنند و می‌توانند به سرعت در بدن افزایش یابند.

Bacteriuria

وجود باکتری در ادرار

Bandl's ring

ناحیه‌ای بین سگمان فوقانی و تحتانی رحم که در هنگام زایمان انسدادی قابل‌مشاهده و قابل‌لمس هست که به دلیل افزایش ضخامت بیش از حد سگمان فوقانی و نازک شدن سگمان تحتانی تشکیل می‌شود و نشانه‌ای از پارگی قریب‌الوقوع رحم است.

Bartholin's glands

دو غده کوچک تولیدکننده موکوس هستند که هر کدام در طرفین سوراخ واژن قرار دارند.

Bimanual compression of uterus

مانوری که برای جلوگیری از خونریزی شدید بعد از زایمان، بعد از خروج جفت بدلیل اتونی رحمی انجام می‌شود. دست راست به شکل یک مشت بسته در فورنیکس قدامی واژن قرار می‌گیرد. دست چپ بطور عمیق بر روی شکم به منظور فشار در برابر دیواره خلفی رحم فشرده می‌شود. فشار تا زمانی که خونریزی کنترل شود ادامه می‌یابد.

Bolus

یک دوز دارویی آماده که هم‌ااش به یک‌باره تزریق می‌شود.

Broad ligament

دو چین پریتونئوم که بر روی رحم کشیده‌شده که به کناره‌های دیواره لگن کشیده می‌شود و به نگهداشتن رحم در موقعیتش کمک می‌کند. این چین‌ها هم چین لوله‌های رحمی و پارامتریوم، رگ‌های خونی و اعصاب را در برمی‌گیرد.

C

Capsular decidua

دسیدوای کپسولی که بخشی از دسیدوا هست که بر روی پرده‌های جنینی در طول ۱۲ هفته اول حاملگی کشیده شده‌است.

Caput succedaneum

تورم اسکالپ جنین که به خاطر فشار سرویکس می‌باشد. آماس ممکن است در زایمان انسدادی بزرگ شود.

Cavity

یک مکان فشرده شده یا حفره‌ای در بدن.

Cephalic presentation

سر جنین (یعنی سفال) در قطب تحتانی رحم قرار می‌گیرد.

Cephalopelvic disproportion

عدم تناسب بین سر جنین و لگن که قرار است سر جنین از آن رد شود، که ممکن است به دلیل بزرگی سر جنین یا آنومالی‌هایی در شکل لگن یا بزرگی یا آنومالی جنین باشد.

Cerebral haemorrhage

خونریزی در مغز که به دلیل پارگی رگ‌های خونی می‌باشد.

Cerebrospinal fluid

مایعی که داخل طناب مغزی و نخاعی قرار گرفته‌است.

Cervical os

سوراخ داخلی بین سرویکس و سگمان تحتانی رحم باز می‌شود و سوراخ خارجی به ناحیه‌ای بین واژن و سرویکس باز می‌شود. بعد از افاسمان (نرم شدگی) سرویکس در زایمان فقط یک سوراخ بین واژن و سگمان تحتانی رحم وجود دارد.

Chorioamnionitis

عفونت پرده‌هایی که جنین را در رحم می‌پوشانند.

Chorion

بیرونی‌ترین غشایی که جنین را در رحم می‌پوشاند.

Chronic

مزمن بودن یا ادامه داشتن

Circulatory overload

افزایش حجم خون در گردش می‌باشد که این امر ممکن است در موارد زیاد انفوزیون داخل‌وریدی مایعات رخ دهد و به علت تجمع مایع در ریه‌ها سبب مشکلات تنفسی و نارسایی قلبی شود.

Coagulation

شکلی از لخته خون

Coagulation failure

اختلال در سیستم انعقادی که به خاطر تشکیل گسترده لخته در مویرگ‌ها ایجاد می‌شود. و در نهایت به خاطر تخلیه تمام فاکتورهای انعقادی، خونریزی رخ می‌دهد. این حوادث در نتیجه آسیب‌های ایسکمیک در درون اعضاء بدن ایجاد می‌شوند و در صورت عدم درمان فوری منجر به مرگ خواهند شد. برخی از شرایط خاص با تولید فاکتورهای ایجاد کننده لخته باعث بدتر شدن شرایط می‌شوند که از جمله آن‌ها می‌توان به دکولمان جفت، پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی، باقی ماندن جنین مرده پس از چند هفته، آمبولی مایع آمنیوتیک و برخی از عفونت‌های بسیار شدید اشاره کرد.

Coccyx

استخوان کوچکی در انتهای استخوان خاجی می‌باشد، که توسط چهار مهره به هم چسبیده، تشکیل شده‌است. مفصل متحرکی با استخوان خاجی تشکیل داده و در طول زایمان واژینال با حرکت به عقب سبب افزایش اندازه خروجی لگن می‌شود.

Coma

حالتی از بیهوشی که شخص در این حالت نمی‌تواند تحریک شود و گفته می‌شود که این فرد در حالت کما و بی‌هوشی می‌باشد.

Contraction (of pelvis)

کاهش اندازه

Cortical necrosis

مرگ در قسمت بیرونی بخشی از یک عضو (به عنوان مثال کلیه).

Crepitations

صدای خشک و خشن

Cross-matching (of blood)

آزمونی که برای اطمینان از سازگاری خون دهنده و گیرنده قبل از انتقال خون انجام می‌گیرد.

Crowning

لحظه‌ای در طول تولد که وسیع‌ترین قطر نمایش داده شده جمجمه جنین، دهانه واژن را متسع می‌کند و سر در فاصله بین انقباضات به عقب می‌رود.

Cubital fossa

حفره‌ای در قسمتی از بازو که در مقابل آرنج است.

Cyanosis

تغییر رنگ پوست و غشاهای مخاطی به آبی به علت نبود اکسیژن در بافت‌ها.

Cystitis

عفونت مثانه

D

Decidua

نامی که به آندومتر (لایه داخلی) رحم باردار داده می‌شود. بخشی از دسیدوا که در زیر جفت می‌باشد دسیدوا بازالیس نام دارد. بخشی که همه جای رحم را در بر می‌گیرد دسیدوا ورا یا احشایی نام دارد.

Deep vein thrombosis

تشکیل ترومبوز (لخته) در وریدهای عمقی، که اغلب در اندام تحتانی یا لگن ایجاد می‌شود. این وضعیت باعث درد و تورم هنگام راه رفتن می‌شود. اگر لخته خود را از دیواره رگ جدا کند ممکن است از طریق جریان خون به قلب یا ریه‌ها منتقل شده و در اثر عدم احیای فوری و موفق، باعث کلاپسه شدن آن‌ها و مرگ شود.

Deficiency

کاهش یا کمبود

Deflexed (head)

باز شدن سر در برابر خم شدن سر با چانه بر روی سینه. این حالت درپوزیشن‌هایی که اکسی‌پوت خلفی هستند ایجاد می‌شود و می‌تواند سبب زایمان طول کشیده شود چون بزرگترین قطر سر جنین که نمایش داده شده‌است باید از لگن عبور کند.

Deformity

بدشکلی در ساختارهای بدن

Dehydration

حالتی که به‌خاطر از دست دادن بیش از اندازه مایعات بدن یا ناکافی بودن مایعات دریافتی بدن می‌باشد. نشانه‌های دهیدراتاسیون شامل: خشکی دهان، تشنگی، چشمان گود رفته، برگشت آرام پوست و کاهش برون‌ده ادراری است.

Delirium

حالتی از اختلالات ذهنی می‌باشد که با سخنان بی‌ربط، توهم و هیجان و معمولاً در اثر تب بالا رخ می‌دهد.

Diameter

یک خط راستی که از مرکز یک دایره و یا کره عبور می‌کند. تعداد اقطار لگن و جمجمه جنین و روش‌های مناسب اندازه‌گیری شرح داده شده‌است.

Differential diagnosis

تصمیم‌گیری در شرایطی است که بیش از یک علت، مسئول ایجاد علائم و نشانه‌های بیماری مورد نظر است.

Direct obstetric death

مرگ زنان به علت عوارض بارداری (یعنی بارداری، زایمان و پس از زایمان) ناشی از مداخلات، کم‌کاری‌ها، ویا درمان نادرست، و یا زنجیره ای از حوادث که در اثر هر یک از موارد فوق اتفاق می‌افتد.

Disseminated intravascular Coagulation

اختلال در سیستم انعقادی که بوسیله موقعیت‌های خاص ایجاد می‌شود (به عنوان مثال شوک سپتیک یا خونریزی، اکلامپسی) و مشخصه آن خونریزی کلی است. (به نارسایی انعقاد نگاه کنید).

Distended

متسع شدن

Distortion

حالتی متفاوت از شکل طبیعی

Diuresis

افزایش حجم ادراری

Diuretic

دارویی که حجم ادرار را افزایش می‌دهد.

Dorsal position

دراز کشیدن به پشت

Drowsy

نیمه‌خوابیده، چرت زدن.

Dysentery

عفونت در روده به علت باکتری‌ها یا انگل‌ها، که سبب درد در شکم و دفع مکرر مدفوع حاوی خون، چرک یا موکوسی می‌شود.

E

Eclampsia

یک موقعیت عجیب در زن حامله یا تازه زایمان کرده می‌باشد که با تشنج مشخص می‌شود و در نهایت منجر به کما می‌شود. این دسته از خانم‌ها معمولاً دارای فشار خون بالا و پروتئین‌اوری هستند. حملات تشنجی ممکن است قبل، حین و یا بعد از زایمان ایجاد شوند.

Empathy

آگاهی احساسی و عقلانی یا روحی و عقلانی و درک احساسات و تفکر شخص دیگر به خصوص آن احساساتی که مشوش کننده یا ناراحت کننده هستند.

Endocarditis

تورم غشاهایی که داخل حفره قلب قرار گرفته‌اند.

Endometritis

عفونت اندومتر که داخل حفره رحم قرار گرفته‌است.

Endometrium

اندومتر داخلی‌ترین لایه رحم می‌باشد.

Engorged breasts

احتباس دردناک مواد مترشحه از پستان‌ها که اغلب با التهاب لنف‌ها و استاز وریدها (اختلال در جریان خون وریدی) و ادم همراه است. در ابتدای دوران شیردهی تغذیه متناوب نوزاد از سینه مادر و اطمینان از موقعیت قرارگیری صحیح بچه در سینه (پوزیشن صحیح شیردهی) به کاهش این حالت کمک می‌کند.

Epigastric

ناحیه وسطی نیمه فوقانی شکم

Episiotomy

برشی در ناحیه پرینه که درست قبل از خروج تاج سر ایجاد می‌شود تا اینکه زایمان را راحت و آسان‌تر کند. این عمل نباید بطور روتین مورد استفاده قرار گیرد. بلکه فقط باید برای تسریع زایمان‌های دچار دیسترس جنینی، و قبل از زایمان‌های واژینال مشکل-دار مثل بریچ، دیستوشی شانه و زایمان جنین‌های پره ترم باید استفاده شود تا فشار بر جمجمه نرم جنین کاهش یابد تا بدین وسیله خطر آسیب‌های مغزی کاهش یابد.

Essential hypertension

افزایش فشار خون بدون دلیل آشکار و واضح

Expansile

قادر به کش آمدن و دراز شدن؛ متسع شدن

Extend the knee

صاف و دراز کردن ساق پا

Extension (head)

دراز شدن، این حالت برعکس خم شدن (فلکسیون) می‌باشد که این واژه برای توصیف مکانیسمی که سر جنین بوسیله آن متولد می‌شود بکار می‌رود. عبارت دیگر سر بعد از اینکه فلکسیون می‌یابد، دچار اکستانسیون می‌شود تا پیشانی و چانه بتوانند خارج شوند.

External

موقعیتی در بیرون یا خارج

F

False labour

انقباضات دردناک رحمی که با دیلاتاسیون (گشادشدگی) و افاسمان (نرم شدگی) رحم همراه نیست. این انقباضات اغلب نامنظم هستند و بطور خودبخود بعد از چند ساعت متوقف می‌شوند.

Fatal

کشنده مرگ‌بار

Fetal sac

کیسه‌ای که جنین را در بر می‌گیرد

Feto-maternal transfusion

عبور خون جنینی از طریق جفت به داخل گردش خون مادر.

Fibroids

تومور خوش خیم میومتر (عضله رحم).

Fistula

عبورگاه و یا ارتباط غیرطبیعی بین دو ارگان، به عنوان مثال، مثانه و واژن، یعنی فیستول مثانه‌ای واژنی، یا واژن و مقعد، برای مثال فیستول رکتومی واژنی ایجاد می‌شود. این یک عارضه جدی ناشی از زایمان متوقف شده‌است که سبب بی‌اختیاری ادراری یا مدفوعی می‌شود و معمولاً نیاز به درمان از طریق جراحی پیدا می‌کند.

Flexed

خم شده به جلو.

Flexible

انعطاف پذیر، یعنی به راحتی خم شدن.

Flexion (head)

خم شدن سر

Fluctuating

با توجه به محتوای مایع (به عنوان مثال، چرک در آبسه) در هنگام لمس کردن، احساسی از حرکت موج مانند می‌دهد.

Foaming

مجموعه‌ای از حباب‌های کوچک در مایع که با تحریک تشکیل کف می‌دهند. در زمان مناسب با توجه به بزاق و مخاط در دهان حباب تشکیل می‌شود.

Fontanelle

فضایی غشایی بر سر بچه که در آن دو یا چند درز به همدیگر می‌رسند که اغلب نقاط نرم نامیده می‌شوند. فونتانل قدامی ناحیه‌ای غشایی لوزی شکل در قسمت جلوی سر می‌باشد که در اثر اتصال ۴ سوچور ایجاد می‌شود. فونتانل خلفی فضای مثلی کوچک غشایی هست که بر روی بخشی از پشت سر در محل اتصال ۳ سوچور دیده می‌شود.

Fundus

قسمت گرد فوقانی رحم، که در بالای محل اتصال لوله‌های فالوپ قرار گرفته‌است.

G

Genital mutilation

یک عمل جراحی قدیمی می‌باشد که همه یا بخشی از ژنیتال خارجی خانم بریده می‌شود. در حادترین موارد، به نام "infibulation"، دو قسمت ولو با ایجاد یک سوراخ کوچک به هم بخیه زده می‌شود.

Genital tract

مسیر تشکیل شده توسط اندام‌های تناسلی از جمله لوله‌های رحم، رحم، گردن رحم، مهبل (واژن)، فرج است

"Gishiri" cut

عملکرد سنتی در میان مردم هوسای نیجریه که در هنگام زایمان انسدادی، واژن به منظور تسهیل زایمان قطع می‌شود.

Glycosuria

وجود گلوکز (قند) در ادرار

Grand mal epilepsy

صرع شدید که به دنبال آن از دست دادن هوشیاری اتفاق می‌افتد.

Grand multiparity

زنی که پنج کودک یا بیشتر بدنیا آورده‌است.

Groin

منطقه سیناپسی بین شکم و ران

Grouping (of blood)

تعیین گروه خونی (A B O AB).

H

Haematemesis

استفراغ خونی.

Haematocrit

درصد حجم سلول‌های قرمز در یک نمونه خون. اندازه‌گیری هماتوکریت خون توسط سانتریفوژ نمونه خون (چرخش خیلی سریع نمونه خون در دستگاه) صورت می‌گیرد. آن یک روش غربالگری برای کم‌خونی است.

Haematoma

احتباس موضعی یک بافت یا ارگان از خون که بعلت تراوش خون از رگ خونی در آن ارگان ایجاد می‌شود.

Haemoglobin

ماده ای در گلبول‌های قرمز که اکسیژن را از ریه به بافت‌ها انتقال می‌دهد.

Haemoglobinopathies

اختلالاتی از خون که به علت شکل‌های غیرمعمول هموگلوبین (بویژه آنمی داسی شکل، تالاسمی) ایجاد می‌شود. در این وضعیت کم‌خونی شدید ایجاد می‌شود.

Haemolytic anemia

کم‌خونی که به علت تخریب گلبول‌های قرمز مثلاً در مالاریا اتفاق افتاده‌باشد. بیماری همولیتیک ممکن است در نوزادان تازه متولد شده نیز به علت ناسازگاری‌های رزوس ایجاد شده باشد. ممکن است این نوزادان نیاز به تعویض خون بعد از تولد پیدا کنند.

Haemorrhage

خونریزی شدید از رگ گسسته یا پاره شده که ممکن است در داخل یا خارج بدن اتفاق بیفتد.

Hemiplegia

فلج شدن یک طرف بدن (از کار افتادگی بخشی از بدن)

HIV

ویروس نقص ایمنی انسان

Hollow (of the sacrom)

تورفتگی سطح قدامی ساکروم

Humerus

استخوانی که از شانه تا آرنج گسترش یافته‌است.

Hydatidiform mole

یک حاملگی غیرمعمول که در نتیجه توده‌ای از خوشه‌های شبیه انگور ایجاد می‌شود. در چنین وضعیتی نیاز به ختم حاملگی است و همچنین پیگیری‌های بعدی به علت خطر ایجاد کارسینومای کوریون ضروری است.

Hydration

جذب کردن یا ترکیب شدن با آب

Hydrocephalus

عارضه‌ای که به‌وسیله احتباس مایع مغزی نخاعی در داخل بطن‌های مغزی ایجاد می‌شود. کودکی که هیدروسفالوس دارد، سر بزرگ و پیشانی برآمده دارد. در موارد حاد قادر به زندگی نمی‌باشد، اما موارد خفیف توسط جراحی قابل درمان می‌باشد. در جراحی مایع مغزی نخاعی اضافی به داخل جریان خون هدایت می‌شود.

Hyperemesis gravidarum

استفراغ بیش از حد در دوران حاملگی سبب دهیدراتاسیون (از دست دادن آب بدن) و کتوز (تجمع مواد کتون در بدن) می‌شود اگر این خانم سریعاً و بطور مناسب و صحیح درمان نشود حالش بدتر خواهد شد و آسیب‌های کبدی و کلیوی ممکن است سبب کما و مرگ شود.

Hypertension

افزایش فشار خون

Hypertonic

افزایش بیش از حد تون. انقباضات هایپرتونیک رحم، غیرطبیعی و شدیداً دردناک با فاصله‌ای کوتاه بین آنها می‌باشند که معمولاً سبب دیسترس جنینی و در نتیجه پارگی رحم می‌شود. انقباضات هایپرتون رحمی اغلب با زایمان طول کشیده (به تأخیر افتاده) و زایمان مشکل، یا استفاده بیش از حد از داروهای اکسی توسیک برای تقویت و یا القای زایمان مرتبط می‌باشد.

Hyponatraemia

کاهش سدیم (نمک) محلول در خون

Hypovolaemia

کاهش غیرطبیعی حجم خون در گردش در بدن که معمولاً به علت از دست دادن حجم زیادی از خون مخصوصاً در هموراژی ایجاد می‌شود.

Hypoxia

کاهش ذخیره اکسیژن برای بافتهای بدن.

I

Idiopathic

بدون هیچ علت شناخته شده.

Idiopathic thrombocytopenia purpura

کاهش تعداد پلاکت‌های خون با علت ناشناخته که سبب عدم تشکیل صحیح لخته خونی می‌شود.

Imminent

فوری، سریع، به زودی اتفاق افتادن.

Incision

یک برش جراحی

Indirect obstetric death

مرگ غیر مستقیم مادری، مرگی هست که به خاطر آن دسته از بیماری‌های مادر که قبل از بارداری وجود داشتند یا آن دسته از بیماری‌هایی که در حاملگی پیشرفت کردند و یا هر عاملی که بطور مستقیم به علل زایمانی مرتبط نیست و یا هر عاملی که به خاطر اثرات فیزیولوژیک بارداری بدتر شده است اتفاق افتاده باشد.

Induced labour

زایمانی که بطور مصنوعی توسط استفاده از داروهای اکسی توسیک یا پارگی پردها ایجاد می‌شود.

Infarct

یک ناحیه نکروزه یا بافت مرده در یک ارگان که بوسیله ایسکمی موضعی (کمبود ذخیره خونی) ایجاد می‌شود. انفارکتوس جفت ممکن است در موارد هایپرتانسیون حاملگی دیده شود.

Infertility

وجود مشکل یا ناتوانی در باردار شدن، ناباروری

Infiltration (of local anaesthetic)

روشی از انجام بی حسی موضعی به داخل بافت‌ها می‌باشد. قبل از انجام اپی‌زیوتومی انفیلتراسیون پریینه انجام می‌شود.

Internal

در سمت داخل

Intrapartum

حین زایمان اتفاق می‌افتد.

Intraperitoneal

داخل حفره پریتونئ یا صفاق

Intrauterian death

مرگ داخل رحمی جنین

Intrauterine growth retardation (IUGR)

عقب ماندگی رشد جنین در داخل رحم که علت آن همیشه شناخته‌شده نمی‌باشد. اما احتمال بیشتری وجود دارد که در موارد سوء‌تغذیه، کم‌خونی، پره‌اکلامپسی، مالاریا، توبرکلوزیس (سل)، و هم‌چنین در خانم‌های سیگاری دیده‌شود.

Involution of the uterus

برگشت رحم رحم به اندازه طبیعی در دوران بعد زایمان. برگشت رحم بوسیله اتولیز (ریزش سلول‌ها) و ایسکمی (کاهش ذخایر خونی) فیبرهای عضلانی اضافی ایجاد می‌شود. برگشت رحم به اندازه طبیعی بلافاصله بعد از تولد شروع شده و تا ۶ هفته بعد کامل می‌شود.

Ischial spines

دو برجستگی کوچک لگن که به داخل حفره لگن برجسته شده و می‌تواند در معاینه واژینال در کنار ه‌های لگن احساس شود.

Isthmus

یک راه ارتباطی باریک بین تنه و گردن رحم.

K

Ketoacidosis

حالتی از عدم تعادل الکترولیتی که با کتوز و کاهش pH مشخص می‌شود. اگر خانم در حین زایمان دهیدراته و کتوتیک شود کتواسیدوز ممکن است اتفاق بیفتد. خانم دچار کتوز در حین تنفس خودش رایحه شیرین یا میوه‌ای استشمام می‌کند. درمان کتوز، دادن مایعات کافی و کربوهیدرات به خانم می‌باشد.

Ketonuria

حضور اجسام کتونی در ادرار.

Kyphosis

افزایش غیرطبیعی در تحدب منحنی ستون فقرات در ناحیه سینه که از کنار دیده می‌شود.

L

Laparotomy

انسزیون (برش) از دیواره رحم به داخل حفره صفاقی.

Lateral

طرف کنار

Leukopenia

کاهش غیر طبیعی در تعداد گلبول‌های سفید که به خاطر مقابله با عفونت‌ها می‌باشد.

Liquor

واژه‌ای دیگر برای مایع آمنیون

Lithotomy poles

دسته‌های لیتوتومی که به کناره‌های تخت زایمان یا میز زایمان وصل هستند و بندهایی دارند که پاهای خانم را در حین انجام پروسه‌های خاصی بر روی ناحیه ژنیتال بعنوان مثال در واکيوم خروجی و بخیه بر روی ناحیه پرینه حمایت می‌کنند.

Lithotomy position

خانم به پشت دراز می‌کشد و پاهایش جدا از هم قرار می‌گیرند و توسط بندهایی که از دسته‌های لیتوتومی آویزان هستند حمایت می‌شوند.

Lochia

ترشحات رحم بعد از تولد بچه می‌باشد. این ترشحات شامل خون، موکوس، تکه‌هایی از دسیدوا و سایر مواد زاید رحم می‌باشد. در طول ۲-۳ روز اول بعد از تولد بخش اعظم ترشحات شامل خون می‌باشد سپس ترشحات از رنگ صورتی به قهوه‌ای تبدیل می‌شوند که شامل مایع سرورزی می‌باشد. این ترشحات ۲-۳ هفته بعد از تولد بچه طول می‌کشد. وجود گلبول‌های قرمز و ترشحات بیش از حد ممکن است با باقی ماندن محصولات حاملگی در رحم در ارتباط باشد. ترشحات بدبو نیز نشانه عفونت می‌باشد.

Lion

بخشی از پشت بدن که بین سینه و لگن می‌باشد.

Lumber puncture

پروسه‌ای هست که یک سوزن توخالی به فضای ساب‌آرآکنوئید که در بین مهره‌های سوم و چهارم کمری می‌باشند، وارد می‌کند تا نمونه‌ای از مایع مغزی نخاعی را برای معاینه و اندازه‌گیری فشار داخل مایع بدست آورند. همچنین برای بی‌حسی نخاعی ممکن است از این پروسه استفاده شود.

M

Malar bones

استخوان‌های گونه

Malnutrition

تغذیه ناکافی که در نتیجه یک رژیم غذایی ضعیف یا به خاطر متابولیسم معیوبی می‌باشد که از استفاده صحیح بدن از مواد غذایی جلوگیری می‌کند. ضعف جسمی، کاهش سطح هوشیاری و حس جدایی از واقعیت، نشانه‌هایی از سوءتغذیه هستند. در گرسنگی شدید ممکن است ادم، اتساع شکمی و کاهش بیش از حد وزن وجود داشته‌باشد. علاوه بر این علائم کمبود چندین ویتامین وجود دارد.

Marginal

خط کناری، حاشیه‌ای

Mastitis

عفونت پستان‌ها می‌باشد. یک ناحیه گوه‌ای شکل از پستان حساس، قرمز و گرم می‌شود و این خانم عموماً احساس خوبی ندارد. این عفونت با آنتی‌بیوتیک به خوبی درمان می‌شود، اما در صورت عدم درمان ممکن است منجر به آبسه پستان شود.

Mastoiditis

عفونت استخوان پشت گوش می‌باشد. عفونت ماستوئید می‌تواند ترکیبی از اوتیت چند جانبه (عفونت گوش میانی) باشد.

Meconium

ماده‌ای به رنگ سبز تیره که در روده جنین فول ترم موجود می‌باشد. مکنونیوم شامل رنگ صفرا، نمک، موکوس، سلولهای اپی‌تلیال و مقداری مایع آمینون می‌باشد و اولین مدفوع دفع شده نوزاد بوده و برای یک یا دو روز ادامه می‌یابد. گاهی اوقات به داخل رحم دفع می‌شود که ممکن است نشان از دیسترس جنین باشد.

Median

موقعیتی در قسمت داخل بدن یا یک ساختار وریدی که در حفره میانی آرنج قرار گرفته‌است.

Medical audit

بررسی اداری پرونده‌های پزشکی

Meningitis

عفونت غشاهایی که مغز را در بر گرفته‌اند.

Mental retardation

تأخیر تکامل عقلی

Mento vertical diameter

فاصله بین چانه و ورتکس (بالاترین نقطه سر)

Mid-biceps

نیمه پایین عضله دو سر (عضله داخلی در بالای بازو).

Monoplegia

فلج شدن یکی از اندام‌ها (بازو یا ساق پا)

(of the fetal head) Moulding

روی هم قرار گرفتن لبه‌های استخوان‌های جمجمه در سوچورها و فونتانل‌ها برای تطابق سر جهت رد شدن از لگن. قطر نمایش داده شده کاهش می‌یابد و قطر در زوایای راست افزایش خواهد یافت. در مولدینگ بیش از حد در جهت‌یابی اشتباه (مخصوصاً در زایمان‌های متوقف شده) که به خاطر نمایش و پوزیشن نامطلوب اتفاق می‌افتد و یا اگر مولدینگ خیلی سریع واقع شود، خطر خونریزی داخل مغزی وجود دارد.

Multipara

خانمی که بیش از یک فرزند زنده بدنیا آورده‌است.

Multiple pregnancies

یک حاملگی که بیش از یک جنین دارد، مثل حاملگی‌های دوقلوئی یا چندقلوها.

Myometrium

لایه عضلانی رحم

N

Nape

پشت گردن

Necrosis

مرگ بافت‌ها

Normal sline

محلولی از سدیم کلرید ۹٪ که ممکن است در یک انفوزیون وریدی داده‌شود.

Nullipara

زنی که هیچ بچه‌ای دارای قابلیت حیات را بدنیا نیاورده‌است.

O

Obesity

چربی اضافی بدن. وزن بدست آمده بیش از میزانی است که با قد و سن و استخوان بندی متناسب باشد. زن چاق در حاملگی در معرض خطرهای بیشتری مثل افزایش فشارخون می باشد.

Oblique

اریب، کج، مورب.

Obstructed labour

زایمانی که پیشرفتش به خاطر عوامل مکانیکی متوقف شده است و تولد نوزاد بدون مداخله جراحی غیرممکن است.

Occipitto frontal diameter

فاصله بین پل بینی و برجستگی اکسی پوتال (به عبارت دیگر برجستگی که می تواند در پشت سر در استخوان اکسی پوتال لمس شود) می باشد هنگامی که سر فلکسیون پیدا نکرده است این قطر نمایش داده می شود و $11/5$ cm اندازه گیری می شود.

Occiput

ناحیه ای از سر که برای اتصال به گردن زیر فونتانل خلفی قرار می گیرد.

Oedema

مایع اضافی در بدن می باشد که سبب افزایش وزن و افزایش فشار در حفره ها می شود. معمولاً در حاملگی بر پاها و مچ پا اثر می گذارد، اما ممکن است ژنرالیزه بوده و بر دستها و صورت نیز اثر بگذارد. آن دیگر نشانه پره اکلامپسی نیست به خاطر اینکه ادم در اکثر حاملگی ها شایع می باشد.

Offensive

استشمام بوی بسیار بد

Oliguria

کاهش دفع ادرار. ممکن است با نقص عملکرد کلیه در ارتباط باشد که از عوارض جدی هموراژی، پره اکلامپسی، اکلامپسی و شوک سپتیک باشد.

Os

یک دریچه

یک استخوان

Osteomalacia

نرمی استخوان در بالغین بوده که ممکن است به علت کاهش تراکم ویتامین D باشد که سبب دردناک شدن قسمت های نرم استخوان می شود.

Otitis media

عفونت گوش میانی بوده که معمولاً از عوارض عفونت مجرای تنفسی فوقانی می باشد. تب و درد گوش از نشانه های آن می باشند.

Oxygen

گازی بی رنگ و بی بو هست که برای زندگی ضروری هست و ۲۱٪ از اتمسفر را تشکیل می دهد و هنگام تنفس به داخل ریه ها کشیده می شود سپس در خون حرکت می کند و به همه بافت های بدن اکسیژن رسانی می کند. کمبود اکسیژن (هیپوکسی) سبب سیانوز و کبودی رنگ غشاهای مخاطی می شود، اما نبود اکسیژن (آنوکسی) سبب مرگ می شود که شایع ترین علت مرگ پری-ناتال است.

Oxytocic

واژه‌ای که برای همه داروهای تحریک‌کننده انقباضات رحمی به منظور القاء یا تسریع لیبر و یا برای پیشگیری از خونریزی‌های پس از زایمان اطلاق می‌شود.

P

Parametritis

عفونت پارامتریوم

Parametrium

بافت همبند اطراف بخش تحتانی رحم می‌باشد که فضای بین رحم و ارگان‌های مربوطه را پر می‌کند.

Parity

تعداد فرزندان دارای قابلیت حیاتی که یک خانم دنیا آورده است.

Partograph

ثبت همه مشاهدات بالینی در خانمی که در حین زایمان است. مهم‌ترین ویژگی در ثبت پارتوگراف ارزیابی دیلاتاسیون دهانه رحم و نزول سر بچه می‌باشد. پارتوگراف یک خط **هشدار** و **اقدام** دارد که اگر متوقف شود نشان می‌دهد که زایمان خیلی آرام‌تر از حد معمول پیشرفت می‌کند و نیازمند مداخله هست.

Patella

استخوانی که در مقابل زانو قرار گرفته و کاسه زانو را تشکیل می‌دهد.

Pathogenic

عامل یا میکروارگانیسمی که سبب بیماری می‌شود، مخصوصاً باکتری‌های پاتوژن.

Pelvic brim (or inlet)

ورودی لگن اولین قسمت لگن حقیقی است که توسط جنین طی می‌شود. بطور کلی اگر سر جنین قادر به عبور از ورودی لگن باشد باید بتواند از بقیه لگن نیز عبور کند.

Pelvic inflammatory disease (PID)

عفونت ارگان‌های تناسلی (رحم، لوله‌های رحم، تخمدان‌ها، پارامتریوم) می‌باشد. این عفونت ممکن است به دنبال زایمان یا سقط بوجود آید یا ممکن است عفونت ثانویه به عفونت‌های دیگر مجرای ژنیتال یا شکم باشد، یا عفونتی باشد که در خون بوجود آمده است مثل توبرکلوزیس. نشانه‌های عفونت شامل: درد ناحیه پایین شکم، تب و ترشحات واژینال است. ممکن است لوله‌های فالوپ مسدود شوند و به ناباروری ثانویه منجر شود، مگر اینکه از همان ابتدا با آنتی بیوتیک‌ها بطور موثر درمان شوند. این حالت ممکن است مزمن باشد.

Pelvic outlet

استخوان لوزی شکلی که جنین هنگام تولد از آن عبور می‌کند.

Pericarditis

عفونت کیسه‌ای که قلب را احاطه کرده است (پری‌کاردیوم).

Perimetrium

خارجی‌ترین لایه رحم بوده که روی رحم را مثل یک صفحه می‌پوشاند و به دیواره‌های کناری لگن به شکل یک لیگامان پهن گسترش می‌یابد.

Perinatal

حول و حوش تولد

Perineum

ناحیه‌ای که از قوس پویس تا کوکسیکس و بافت‌های زیرین گسترده شده‌است. در زایمان جسم پرینه، هرم فیرو ماسکولاری است که بین یک سوم تحتانی واژن در قدام و خارهای ایسکیال در طرفین قرار دارد که حین تولد بچه نازک و کشیده شده و در بعضی موارد پاره می‌شود.

Peritoneal cavity

فضایی که در ارتباط با اعضای داخلی شکم می‌باشد.

Peritoneum

غشایی که ارگان‌های داخل شکمی را می‌پوشاند و شکم و حفره لگن را آستر می‌کند.

Peritoneum parietal

صفاقی که بر روی شکم و حفره لگنی گسترده شده‌است.

Peritoneum visceral

صفاقی که اعضای شکمی را می‌پوشاند و آن‌ها را در موقعیت شان نگه می‌دارد.

Perritonitis

عفونت پریتونوم (صفاق)

Persistent occipital posterior

عضو نمایشی جنین اکسی پوت (پشت سر) می‌باشد که به طرف پشت لگن مادر جهت‌یابی شده است. معمولاً سر خم می‌شود و به یک موقعیت قدامی چرخش می‌کند اما نمایش اکسی پوت خلفی موقعیتی هست که مانع چرخش سر بچه می‌شود و بچه به دنیا آمده صورتش بطرف پویس است. لیبر در این موارد اغلب خیلی مشکل است، زیرا بزرگ‌ترین قطر سر جنین باید از لگن عبور کند. در نتیجه انقباضات کمتر موثر هستند، دیلاتاسیون دهانه رحم آهسته بوده و نزول سر جنین با تأخیر صورت می‌گیرد و آسیب مادر و جنین شایع است.

Photophobia

ترس از نور وقتی می‌باشد که نور چشم را اذیت کند.

Physical disability

یک مشکل فیزیکی که توانایی شخص را برای مشارکت در یک زندگی نرمال محدود می‌کند.

Pivot

چرخش یا نوسان در یک نکته مرکزی

Placenta praevia

قرارگیری غیرطبیعی جفت در قسمت تحتانی رحم که سبب می‌شود دهانه رحم بطور کامل یا نسبی توسط جفت پوشیده شود (دهانه رحم بین رحم و سرویکس باز می‌شود). کشیده شدن سگمان تحتانی رحم در سه ماهه سوم سبب جدایی جفت از دیواره رحم شده و سبب خونریزی‌های واژنی که معمولاً بدون درد هستند می‌شود. خطر خونریزی شدید در اواخر حاملگی برای این خانم وجود خواهد داشت.

Placenta abruption

جدایی قبل از موعد جفت از محل لانه‌گزینی نرمال که سگمان فوقانی رحم می‌باشد. معمولاً در هفته ۲۲ اتفاق می‌افتد. در این حالت ممکن است درد شکمی همراه با خونریزی وجود داشته‌باشد. اگر خونریزی نهفته باشد و پشت جفت جمع شده‌باشد شکم خیلی سفت و دردناک خواهدشد و امکان شوک شدید و دیسترس جنین نیز شایع است.

Pleurisy

عفونت غشاهای پوشاننده ریه‌ها که به دیواره‌های قفسه سینه کشیده شده‌است.

Polyhydramnios

وضعیتی که با افزایش مایع آمنیون مشخص می‌شود. این وضعیت با حاملگی چندقلویی، ناهنجاری جنینی، دیابت و هیدروپس جنینی (وضعیت نادری در اثر بیماری همولیتیک جنینی) مرتبط می‌باشد.

Polyuria

افزایش حجم ادرار

Posterior

قرارگرفتن در پشت یا در پشت بخشی از یک ساختار

Postpartum

بعد از زایمان

Postpartum haemorrhage

از دست دادن ۵۰۰ میلی‌لیتر خون یا بیشتر از مجرای تناسلی پس از زایمان. شایع‌ترین علت آن اتونی (تون ماهیچه‌ای ضعیف) است، یا ممکن است در اثر ضربه به دستگاه تناسلی ایجاد شود، به عنوان مثال پارگی واژن گردن رحم، یا بخش تحتانی رحم. خونریزی پس از زایمان شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر مادران است.

Potency

قدرت یک عامل دارویی برای ایجاد اثر مورد نظر در تمام جوانب.

Pouch of Douglas

فضایی بن بست مانند بین رکتوم و رحم.

Pre-eclampsia

شرایط خاص بارداری، که پس از هفته ۲۰ حاملگی ایجاد شده و با فشارخون بالا و پروتئینوری مشخص می‌شود. همچنین ممکن است ادم وجود داشته‌باشد، اما نشانه اصلی در نظر گرفته نمی‌شود. به دلیل این که در اکثر حاملگی‌ها ادم وجود دارد. در صورت عدم کنترل، پره‌اکلامپسی به اکلامپسی منجر می‌شود که مشخصه آن تشنج و به دنبال آن کما است که احتمال مرگ‌ومیر بالا می‌رود.

Pre-term baby

جنینی که قبل از هفته ۳۷ بارداری به دنیا آید.

Precipitate labour

زایمانی که خیلی سریع پیشرفت کند.

Primary postpartumhaemorrhage

از دست دادن حدود ۵۰۰ میلی‌لیتر خون یا بیشتر از مجرای ژنیتال در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان.

Primigravida

خانمی که برای اولین بار باردار شده‌است.

Primipara

خانمی که هیچ فرزند زنده‌ای را به دنیا نیاورده است.

Prolonged labour

زایمانی که بیش از ۱۲ ساعت طول بکشد.

Prolonged Rupture of Membranes

اگر پارگی غشاها بیش از ۱۸ ساعت طول بکشد بدون در نظرگرفتن اینکه آیا زایمان شروع شده‌است یا نه.

Prophylactic

یک عامل که به منظور تلاش برای پیشگیری از بیماری استفاده می‌شود.

Prophylactic Antibiotic treatment

تجویز آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت‌ها

Proteinuria

وجود پروتئین در ادرار. علل آن عبارتند از آلودگی به علت ترشحات واژن، عفونت یا بروز پره‌اکلامپسی که همیشه باید مورد بررسی قرار گیرد، زیرا اگر پره‌اکلامپسی باشد خطرناک و اگر ناشی از عفونت باشد درمان با آنتی‌بیوتیک لازم است.

Pubic arch

ساختار استخوانی کاسه مانندی که در مقابل لگن قرار دارد.

Puerperal sepsis

عفونت دستگاه تناسلی که در هر زمانی بین شروع پارگی پرده‌ها یا زایمان و ۴۲ روز بعد از زایمان و یا سقط جنین ایجاد شود.

Puerperium

دوره ۴۲ روز اول بعد از تولد نوزاد می‌باشد که به عبارت دیگر همان دوره بعد از زایمان است.

Pulmonary embolism

گردش خون ریه‌ها بوسیله یک لخته خونی متوقف می‌شود.

Pulmonary oedema

تجمع مایع در ریه‌ها.

Purpura

خونریزی کوچک در پوست

Pyelonephritis

عفونت کلیه‌ها که به علت باکتری‌هایی که از مثانه به بالا حرکت و وارد پیشابراه می‌شوند، ایجاد می‌شود.

R

Rales

صدای سریعی که از ریه‌های دچار بیماری شنیده می‌شود.

Recumbent position

دراز کشیدن

Resistant bacteria

باکتری‌هایی که معمولاً بوسیله داروهایی که یک نوع از باکتری‌ها را می‌کشند، کشته نمی‌شوند.

Resuscitation

برگرداندن کسی که تقریباً مرده بوده به هوشیاری یا زندگی

Retained placenta

توصیف موقعیتی هست که جفت ۳۰ دقیقه بعد از خروج بچه هنوز خارج نشده باشد.

Retracted

کشیدن به پشت

Retro placental

موقعیتی در پشت یا در زیر جفت

Reversal

چرخش یا تغییر در موقعیت متضاد

Rhesus factor

آنتی‌ژنی که در گلبول‌های قرمز اکثر مردم وجود دارد. افرادی که این آنتی‌ژن را دارند Rh مثبت هستند و افراد فاقد آن Rh منفی هستند. ناسازگاری Rh زمانی اتفاق می‌افتد که مادر Rh مثبت و جنین Rh منفی باشد.

Rickets

نرمی استخوان‌ها به علت کمبود ویتامین D در دوره کودکی می‌باشد.

Risk factor

عواملی که باعث اتفاق افتادن موارد خطرناک‌تر با احتمال بیشتر می‌شوند.

Rotation (of fetal head)

حرکت سر جنین هنگام نزول در کانال زایمانی می‌باشد.

Rupture

پارگی یا کنده شدن از یک ساختار بعنوان مثال پارگی رحم به دنبال زایمان متوقف شده.

Ruptured uterus

پارگی یا کنده شدن رحم به خاطر زایمان متوقف شده.

S

Sacral promontory

بخشی از مهره اول ساکرال است که به داخل حفره لگنی برمی‌گردد.

Sacrum

تحتانی ترین قسمت ستون فقرات که از ۵ مهره تشکیل شده‌است.

Sagittal suture

خطی غشایی بین استخوان‌های جمجمه جنین (استخوان‌های آهیانه) می‌باشد که از فونتانل خلفی به فونتانل قدامی کشیده می‌شود.

Sanitation

تثبیت کردن شرایط مطلوب بهداشتی که شامل دفع ایمن مدفوع با استفاده از دستشویی‌های بهداشتی کافی برای پیشگیری از انتقال بیماری هست.

Scoliosis

انحراف ستون فقرات از خط مستقیم به طرفین.

Secondary postpartum haemorrhage

شامل همه دلایل PPH می‌باشد که ۲۴ ساعت بعد از تولد تا ۶ هفته بعد زایمان اتفاق می‌افتد.

Segment

یک بخش یا ناحیه‌ای از چیزی.

Self-retaining catheter

کاتتری که بطور ثابت در داخل مثانه گذاشته می‌شود.

Semiprone positin

دراز کشیدن به پهلو چپ

Semi-recumbent position

دراز کشیدن در حالی که سر و شانه ها بلند شده‌است.

Septic shock

عفونت شدید خون که سبب تب خیلی زیاد، افت فشارخون، افزایش نبض و تنفس خیلی سریع می‌شود. اگر شوک سپتیک درمان نشود منجر به کما و مرگ می‌شود.

Septicaemia

حضور و تکثیر میکروارگانیسم‌های مضر در خون که سبب تب خیلی بالا و یا افت دمای بدن شود. اگر سپتی‌سمی درمان نشود می‌تواند منجر به کما و مرگ شود.

Shok

یک موقعیت پر خطر در زندگی که در اثر ناتوانی سیستم گردش خون برای خون‌رسانی کافی به ارگان‌های حیاتی (مخصوصاً مغز و کلیه) مشخص می‌شود.

Hemorrhage shok

شوکی که در اثر کاهش جریان خون به خاطر از دست‌دادن بیش از حد خون ایجاد شود.

Septic shok

شوکی سپتیک، شوکی می‌باشد که به علت عفونت سراسری و در نتیجه فعالیت باکتری‌های پاتوژن در سیستم عروقی است.

Sinciput

ابرو، پیشانی

Sinusitis

عفونت سینوس‌ها (حفره‌های هوایی در استخوان‌های مغزی، در هر ۲ طرف بینی و بالای چشم)

Sitz bath

ممکن است بعد از زایمان برای کاهش درد ناشی از اپی‌زیوتومی یا پارگی پرینه، ناحیه ژنیتال در یک تشت آب گرم تمیز قرار داده‌شود.

Smear

نمونه‌ای از سلول‌های سطحی واژن یا سرویکس که می‌تواند بصورت میکروسکوپیک معاینه شود و اطلاعاتی در باره‌ی میزان هورمون‌ها و بیماری‌های بدخیم ابتدایی بدهد.

Sodium lactate

محلول سدیم لاکتات، سدیم کلراید، پتاسیم کلراید، کلسیم کلراید که می‌تواند توسط انفوزیون داخل وریدی داده‌شود.

Sonar

واژه‌ای برای مافوق صوت در تشخیص‌های پزشکی

Spasms

انقباض‌های سریع، ناگهانی و غیرارادی عضلات.

Specific gravity

وزن نسبی هر ماده‌ای (مخصوصاً ادرار). نسبت وزن یک ماده معین نسبت به آب در حجم برابر.

Specimen

نمونه یا بخشی از یک ماده که برای تعیین کردن تمام مواد موجود بعنوان مثال ادرار به کار می‌رود.

Splint

بخشی از یک وسیله غیرقابل حرکت مثل چوب که برای ثابت نگه‌داشتن بخش متحرک بدن استفاده می‌شود.

Sputum

ماده‌ای که از ریه‌ها، برونش‌ها و نای، از طریق دهان خارج می‌شود.

Stasis (of urine)

در حال حاضر متوقف شدن، نداشتن جریان مناسب.

Stat

یک اختصار پزشکی به معنای فوراً و بلافاصله می‌باشد.

Statistics

جمع‌آوری وقایع آماری

Status

جایگاه اجتماعی، اهمیت نسبی یک فرد.

Stenosis (of vagina)

تنگی واژن که به علت اسکار ناشی از تخریب واژن یا پارگی‌های ترمیم نشده ایجاد شود.

Stillbirth

بچه‌ای که مرده به دنیا آید (بعد از هفته ۲۲ بارداری).

Stillborn

بچه مرده به دنیا آمده.

Stunted growth

شخصی که معمولاً به علت کمبود مواد غذایی دریافتی در طول دوره کودکی کوتاه قد می‌ماند.

Subarachnoid hemorrhage

خونریزی داخل غشاهای در بر گیرنده مغز که به علت پارگی رگ‌ها می‌باشد.

Sub involution (uterus)

اندازه رحم بعد از زایمان بطور نرمال کاهش نمی‌یابد بعبارت دیگر پسرفت آهسته اندازه رحم می‌باشد.

Suboccipitobregmatic diameter (of head)

فاصله بین برآمدگی اکسی پوت تا فونتانل قدامی سر.

Symphysiotomy

یک برش جراحی در سمفیز پوبیس برای پهن کردن قطر لگن در مواقعی که عدم تناسب بین سر جنین و لگن مادر وجود داشته- باشد. که یک پروسه اورژانسی قابل استفاده در زمانی می‌باشد که امکانات کافی برای جراحی سزارین صحیح در دسترس نباشد.

Symphysis pubis

ناحیه غضروفی که ۲ استخوان پوبیس را در مقابل لگن به هم وصل می‌کند.

T

Talipes

پا چنبری. یک آنومالی مادرزادی در هنگام تکامل یافتن پا در زاویه انگشتان می‌باشد.

Tenderness

احساس درد هنگام لمس کردن.

Term baby

بچه‌ای که بین هفته های ۴۲ تا ۳۷ حاملگی به دنیا آمده‌است.

Testicles/testes

دو غده در اسکروتوم که اسپرم‌ها و هورمون‌های جنسی مردانه را تولید می‌کنند.

Tetanus

بیماری که به وسیله میکروارگانسیم‌های موجود در خاک و گردوغبار ایجاد شده و به وسیله مدفوع انسان و حیوانات منتشر می‌شود. میکروارگانسیم از طریق شکافی در پوست وارد بدن شده و سبب اسپاسم عضلات و تشنج می‌شود که در نهایت منجر به مرگ می‌شود، چون سختی فک اولین نشانه است، به این بیماری قفل شدن فک نیز می‌گویند. می‌توان از این بیماری از طریق ایمنی- زایی با توکسوئید تتانوس جلوگیری کرد.

Thorax

قفسه سینه

Thrombophlebitis

التهاب وریدهای سطحی همراه با تشکیل لخته که این لخته بندرت از وریدها جدا می‌شود، بنابراین خطر آمبولی اندک است.

Thrombosis

شکلی از لخته خون که در وریدهای عمقی ایجاد می‌شود و اگر این لخته از دیوار رگ‌ها جدا شود، خطر آمبولی غیرقابل‌اجتناب می‌باشد که در نهایت منجر به مرگ می‌شود.

Tocolytic agent

ماده‌ای که انقباضات رحم را متوقف می‌کند مخصوصاً ریتودرین، هیدروکلراید، سالیوتامول.

Traditional birth attendant (TBA)

به عاملین سنتی زایمان می‌گویند که خانم‌ها را حین زایمان در جامعه مدیریت می‌کند. این افراد اغلب بی‌سواد هستند و زایمان را بدون آموزش مدیریت می‌کنند، اما برای دادن آموزش برای چند هفته و تشویق کردن آنها برای استفاده کردن از موارد اساسی در به دنیا آوردن بچه تلاش‌هایی شروع شده‌است. آنها نمی‌توانند به عنوان یک مراقب مهارت یافته زایمان در جامعه به نظر برسند، اما می‌توانند یک نقش مهم را در متصل شدن به مراقبین مهارت یافته بازی کنند.

Transient

گذرا، موقت، مدت زیادی طول نمی‌کشد.

Trauma

زخم، آسیب

Traumatic bleeding

در مامائی خونریزی که به خاطر آسیب مجرای ژنیتال ایجاد شود.

Tumor

رشد جدیدی از یک بافت که می‌تواند خوش خیم (بی ضرر) یا سرطانی باشد.

Twitch

عکس‌العمل، ناگهانی، سریع، گذرا.

U

Ultrasound

صدای فرکانس‌هایی که در محدوده مافوق صوت هست و در زایمان‌ها و شاخه‌هایی از پزشکی در بعضی از تکنیک‌های اولتراسونوگرافی استفاده می‌شود که برای ارزیابی بلوغ و اندازه جنین، محل لانه‌گزینی جفت، تشخیص آنومالی‌های جنین و تومورهای لگن به کار می‌رود.

Umbilical cord

طنابی که باعث اتصال جنین و جفت می‌شود. مواد مغذی و اکسیژن از طریق ورید نافی از جفت به جنین منتقل شده و مواد زائد از طریق شریان نافی از جنین به جفت منتقل می‌شوند.

Uremia

افزایش بیش از حد اوره در خون که نشانه‌ای از تخریب مزمن کلیه می‌باشد.

Utero vesical pouch

فضای بسته‌ای که بین مثانه و رحم قرار دارد.

Uterus inversion

رحم به طرف بیرون برمی‌گردد و فوندوس رحم شروع به فشردن سرویکس می‌کند و به داخل و بیرون واژن پرولاپس می‌کند که از موارد اورژانس مامائی بوده و منجر به ایجاد شوک می‌شود. در صورت امکان رحم باید هر چه سریعتر به محل خودش باز گردد.

V

Vacuum extraction

پروسه‌ای که در آن یک کلاه آهنی به سر بچه متصل می‌شود و از طرف دیگر به واکیوم وصل می‌شود. کشیدن ملایم زنجیر متصل به کلاه حین انقباض‌ها منجر به نزول سر جنین در مجرای زایمانی می‌شود. قبل از انجام زایمان واکیومی کنترل تناسب سر و لگن مهم هست.

Vaginal fornix

فضایی بین دیواره واژن و بخشی از سرویکس که به داخل واژن پرولاپس می‌کند. واژن ۴ فورنیکس، یک فورنیکس قدامی، یک خلفی و ۲ فورنیکس جانبی دارد.

Varicose veins

وریدهایی که به طور غیرمعمول خمیده و پیچیده شده‌اند. اگر در حاملگی دردناک باشد باید به خانم حامله استفاده از مواد حمایتی مثل جوراب‌های الاستیک در صبح قبل از بلند شدن از خواب را توصیه کرد و هنگام استراحت باید پاها بلندتر از سطح قلب باشند.

Venepuncture

سوراخ کردن ورید برای به دست آوردن نمونه خون یا شروع انفوزیون داخل وریدی.

Vertex

ناحیه‌ای از سر می‌باشد که بین فوتانل‌های خلفی و قدامی و بین دو برجستگی استخوان‌های پاریتال قرار دارد که در هر طرف سر یکی از این برجستگی‌ها قرار دارد. در زایمان طبیعی وقتی سر به خوبی فلکسیون می‌یابد پرزانتاسیون ورتکس می‌باشد.

Virus

عامل عفونی کوچکی که در سلول‌های زنده رشد می‌کند. ویروس‌ها ممکن است در حاملگی از جفت عبور کرده و سبب آنومالی‌های جنین مخصوصاً در سه ماهه اول بشوند.

Vitamins

جزء مواد غذایی ضروری می‌باشند. همه ویتامین‌های A B C D E و K برای تغذیه و سلامت ضروری هستند و کمبودشان سبب مشکلات جسمی متنوعی می‌شود.

W

Waddling gait

بالا رفتن بیش از حد مفصل ران هنگام راه رفتن (راه رفتن اردکی شکل).

Water intoxication

حالتی که به علت افزایش بیش از اندازه مایع و کمبود سدیم ایجاد می‌شود که ممکن است به دلیل ترانسفوزیون بیش از حد باشد و می‌تواند منجر به تهوع و استفراغ و در مواردی منجر به کما و تشنج شود.