

اصول آموزشی برای مربیان مامایی

مدل های آموزش مامایی - ویرایش دوم

اداره سقط ناقص



دانشکده پرستاری

مامایی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

محتوای آموزشی برای مربیان مامایی

مدل‌های آموزش مامایی - ویرایش دوم

اداره سقط ناقص

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 incomplete abortion*

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 سقط ناقص

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

ویراستار: عزیزه فرشباف خلیلی

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 سقط ناقص از مباحث مهم درسی دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد مامایی است. در این جلد پس از تعاریف کلی سقط ناقص، شرح عوامل قابل اجتناب و شناسایی مشکل، اداره سقط ناقص همراه با آموزش مهارت‌های لازم، آسپیراسیون با واکيوم و سپس تنظیم خانواده بعد از سقط توضیح داده می‌شود. در نهایت نحوه ارائه مطالعات موردی جهت درک بهتر دانشجویان آموزش داده می‌شود. در این مدل، آموزش دانشجویان پس از بیان اهداف، طرح درسی و ارائه درس توسط مجموعه‌ای از روش‌های تدریس و ارائه دستورالعمل‌های کار گروهی در جلسات مختلف، نوشتن موارد لازم، بحث و گفتگو و نتیجه‌گیری نهایی انجام می‌گیرد.

اهمیت ارتقا 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 توسط بنده و سرکار خانم فرشلاف خلیلی 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 آنجاییکه تنها متن بی‌غلط نامه نانوشته است، با وجود نهایت توجهی که در ترجمه و ویرایش این کتاب به کار رفته است بی‌شک اشتباهاتی در متن وجود دارد. خواهشمندیم نظرات خود را با ما در میان گذاشته و در جهت اصلاح اشتباهات ما را یاری فرمایید.

گروه مترجمین

تقدیر و تشکر

مدل‌های مامایی به دلیل نیاز به محتوای آموزشی و با هدف تسهیل تدریس مهارت‌های مامایی لازم برای پاسخ به علل عمده‌ی مرگ مادران، توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) 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 پیش‌نویس 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 پیش‌آزمون، 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 به‌روز رسانی مدل‌ها، همه اعضای 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:

درک سقط..... ۱۹

جلسه ۲:

عوامل قابل اجتناب ۳۹

جلسه ۳:

شناسایی مشکل..... ۴۹

جلسه ۴:

اداره‌ی سقط ناقص: مراقبت پس از سقط..... ۶۴

جلسه ۵:

یادگیری مهارت‌های بالینی..... ۸۲

جلسه ۶:

آسپیراسیون با واکيوم دستی..... ۱۲۱

جلسه ۷:

تنظیم خانواده پس از سقط..... ۱۴۴

جلسه ۸:

مطالعات موردی..... ۱۶۴

واژه نامه..... ۱۷۲

ضمیمه: سوالات پیش و پس از آزمون ۱۹۵

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 بالین‌کاران 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 ماهر¹ 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:

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 - دستورالعمل‌های دانشجویان و کاربرگ‌ها، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

دستورالعمل‌ها برای مدرس (متن ایتالیک): 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.



دستورالعمل برای دانشجویان (برچسب خورده بعنوان "دستورالعمل برای دانشجویان" یا "دستورالعمل برای کار

گروهی"): راهنماهایی 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 متوقف شده

این مدل با مرور آناتومی و فیزیولوژی مربوط به اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده 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 خودشان 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 دانشجوی 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 یادداشت‌ها 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 دانشجو 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.

همانگی 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 مراجعه‌کننده 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 معلمان 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 دانشجو 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 دانشجو 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 پرستارماماهایی 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 توانمندکردن 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. درک سقط	سخنرانی کار گروهی بازخورد، بحث	کل: ۲ و نیم ساعت
۲. عوامل قابل اجتناب	سخنرانی کار گروهی بازخورد، بحث	کل: ۲ ساعت
۳. شناسایی مشکل	سخنرانی ایفای نقش کار گروهی بازخورد، بحث	کل: ۲ و نیم ساعت
۴. اداره‌ی سقط ناقص: مراقبت پس از سقط	سخنرانی بحث	کل: ۲ و نیم ساعت
۵. یادگیری مهارت‌های بالینی	سخنرانی تمرین شبیه‌سازی شده تمرین بالینی	کل: ۱ هفته
۶. اسپیراسیون با واکيوم دستی	سخنرانی تمرین شبیه‌سازی شده تمرین بالینی	کل: ۱ هفته
۷. تنظیم خانواده پس از سقط	سخنرانی ایفای نقش بازخورد، بحث	کل: ۴ ساعت
۸. مطالعات موردی	تدریس خصوصی اختیاری مطالعات موردی کار گروهی بازخورد، بحث	کل: ۴ ساعت

توجه:

مدرسین باید از مهارت‌های تدریس خود جهت تقسیم زمان مناسب برای موضوعات مختلف در یک جلسه استفاده کنند. این کار اطمینان خواهد داد که آن‌ها به طور کافی در زمان مقرر موضوعات را تحت پوشش قرار دهند.

سخن آغازین:

قبل از شروع جلسه ۱، شما ممکن است بخواهید نحوه 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 - آموزش‌های 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.

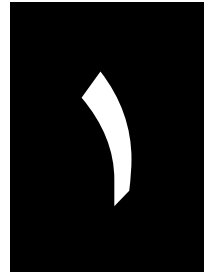
ماده تکمیلی برای مدرس: جزئیاتی از محتوای آموزشی را برای هر ۲ روش تئوری و عملی ارائه می‌دهد.

آموزش‌هایی برای دانشجویان (تحت عنوان "دستورالعمل برای دانشجویان" یا "آموزش برای کارگروهی"): راهنمایی‌هایی 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 سقط



جلسه ۱

شناخت سقط

هدف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان به شناخت مفاهیم بهداشتی، قانونی، فرهنگی اجتماعی و مذهبی سقط و نقش ماماها در مراقبت از سقط

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه اول، دانشجویان قادر خواهند بود:

- سقط را تعریف نمایند.
- اهمیت سقط را در ارتباط با مرگ و میر و موربیدیتی مادری توضیح دهند.
- توضیح دهند که چرا و چگونه بایستی از حاملگی ناخواسته پیشگیری شود.
- در مورد قوانین و مقررات مرتبط با سقط در شرایط کشور خود بحث نمایند.
- چشم اندازهای فرهنگی-اجتماعی و مذهبی موثر بر سقط را توصیف نمایند.
- نقش ماماها را در ارائه مراقبت از سقط توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی

کار گروهی

بازخورد و بحث

زمان کلی: تقریباً ۲/۵ ساعت

منابع:

آموزش‌ها برای کارگروهی

برگه کار

Safe motherhood fact sheets: Address unsafe abortion, and Prevent unwanted pregnancy.

New York, Family Care International, 1998.

Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF.

Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.11, and UNICEF/PLN/96.1).

Care of mother and baby at the health centre: a practical guide.

Geneva, World Health Organization, 1984 (WHO/FHE/MSM/94.2, rev.2).

معلم باید از بخش مرتبط با قوانین کشورشان کپی تهیه کند.

سقط یک موضوع حساس از دیدگاه فرهنگی اجتماعی، مذهبی و قانونی است. بنابراین همچنانکه شما این بخش را آموزش می‌دهید و جلسات را دنبال می‌کنید، مهم خواهد بود که عکس‌العمل‌ها و/یا پاسخ‌های دانشجویان را به اطلاعات ارائه شده مورد توجه قرار دهید. همانطوریکه شما در مدل آموزشی پیش می‌روید، فرصتی برای شما فراهم خواهد شد که به دانشجویان کمک کنید تا نگرش‌ها و عقاید خود را در ارتباط با سقط بررسی نمایند و مهارت‌های لازم برای ارائه مراقبت موثر و ایمن به زنان مبتلا به عوارض سقط را به دست آورند.

قبل از شروع این جلسه، شما باید با محتوی برنامه عملیاتی اتخاذ شده در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) قاهره برگزار شده در ۱۳-۵ سپتامبر ۱۹۹۴ آشنا شوید. بالاخص شما باید فصل هفت آن را در مورد حقوق و مسئولیت‌های باروری و فصل ۸ را درباره سلامت، موربیدیتی و مورتالیتی بخوانید. شما ممکن است قادر باشید که کپی برنامه عملیاتی را از وزارت بهداشت کشور خود به دست بیاورید.

جلسه را با معرفی واژه‌های ذیل شروع کنید. هر واژه را در تخته سیاه یا فلیپ چارت بنویسید و از دانشجویان بخواهید که به جلوی تخته بیایند و معنی هر یک را تکمیل نمایند. این اولین فرصت را برای شما فراهم خواهد کرد که تمایل دانشجویان را برای بحث در زمینه سقط و مسائل مرتبط با سقط ارزیابی کنید و به دانشجویان یادآوری کنید که بدون توجه به اعتقادات شخصی‌شان و بدون توجه به قوانین مرتبط با سقط، زنان کشورشان از عوارض پس از سقط رنج خواهند برد یا خواهند مرد، مگر اینکه آنها به مراقبت بهداشتی اورژانسی باکیفیت دسترسی داشته باشند. همچنین، از نظر اخلاقی (و غالباً تحت کد حرفه‌ای مخصوص به خودشان)، تمامی ارائه‌دهندگان سلامت وظیفه مراقبت را دارند و بنابراین باید در موقعیت اورژانسی، مراقبت اساسی نجات بخش زندگی را ارائه دهند.

تعاریف واژه‌ها

سقط

سقط، مرگ و خروج جنین از رحم چه به صورت خودبخودی و چه از طریق القا قبل از هفته ۲۲ حاملگی است. تعداد خاص هفته‌ها از یک کشور به کشور دیگر بسته به قوانین محلی ممکن است متفاوت باشد.

سقط خودبخودی

شروع خودبخودی لیبر و تخلیه جنین قبل از زمانی که قابلیت حیات داشته باشد، برای مثال هفته ۲۲.

تهدید به سقط

هنگامیکه در یک زن باردار، خونریزی واژینال در طی ۲۲ هفته اول حاملگی رخ می‌دهد، احتمال سقط وجود دارد. در صورت معاینه آرام با اسپکولوم بعد از توقف خونریزی مشاهده می‌گردد که دهانه سرویکس بسته است. ممکن است درد پشت و درد شکمی مختصر هم وجود داشته باشد، اما پرده‌های جنینی سالم باقی می‌ماند.

سقط اجتناب ناپذیر

در این نوع سقط، امکان ادامه حاملگی غیرممکن است. به علت جدا شدن قسمت اعظم جفت از دیواره رحم، اغلب خونریزی شدید واژینال وجود دارد که با درد شکمی حاد مشابه الگوی انقباضات رحمی در لیبر (الگوی متناوب) همراه است. دهانه رحم باز شده و یا ساک کامل جنینی دفع می‌شود و یا بخشی از آن دفع شده و بافت جفتی باقی می‌ماند.

سقط کامل

تمامی محصولات حاملگی -رویان/جنین، جفت و پرده‌های جنینی- خارج می‌شوند. این نوع سقط بیشتر در ۸ هفته اول حاملگی اتفاق می‌افتد.

سقط ناقص

در این نوع سقط جنین خارج می‌شود، اما تمامی جفت یا بخشی از آن باقی می‌ماند. اگرچه درد ممکن است متوقف شود، اما خونریزی شدید وجود دارد. دهانه رحم نسبتاً بسته خواهد بود. این نوع سقط بیشتر احتمال دارد که در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق بیفتد.

سقط القا شده

این نوع سقط ناشی از مداخلات پزشکی، جراحی و یا استفاده از داروهای گیاهی یا سایر عملکردهای سنتی است که باعث می‌شوند که محتویات رحم به شکل کامل یا ناقص دفع شود. سقط القا شده بسته به قوانین هر کشوری ممکن است قانونی یا غیرقانونی باشد.

سقط قانونی

این نوع سقط تحت نظارت پزشکی انجام می‌گیرد که قوانین کشور را تأیید می‌کند و حاملگی را بر اساس دلایل مجاز در قانون خاتمه می‌دهد که در این صورت همچنین ضرورت دارد که پروسیجر به روش تأیید شده و در یک محل یا موسسه مورد تأیید انجام بگیرد. ماماها باید با قوانین کشورشان در رابطه با سقط آشنا باشند. در بعضی از کشورها سقط به هر دلیلی و در هر شرایطی غیرقانونی است.

سقط غیرقانونی

اگر سقط توسط کسی انجام بگیرد که مجوز انجام آن را بر اساس قوانین مرتبط کشور نداشته باشد، از نوع غیرقانونی است. خطر بالای عفونت، خونریزی به علاوه صدمات دیگر در این نوع سقط وجود دارد.

سقط سپتیک

سقط سپتیک متعاقب هر نوع سقطی ممکن است اتفاق بیفتد، اما بیشتر متعاقب سقط غیرقانونی و سقط ناقص شایع‌تر است. نخست عفونت رحم ایجاد خواهد شد، سپس عفونت به سرعت به لوله‌های رحمی و پری‌توتن گسترش پیدا خواهد کرد و در صورت عدم درمان منجر به سپتی‌سمی خواهد شد. تب، نبض سریع، سردرد، درد قسمت تحتانی شکم و لوشیای فراوان و تهاجمی وجود خواهد داشت که در صورت عدم درمان فوری و موثر به شوک سپتیک می‌انجامد.

انواع دیگر سقط‌ها عبارتند از:

سقط راجعه یا تکراری

وقوع سه یا بیشتر سقط خودبخودی متوالی را سقط راجعه می‌گویند که ممکن است مرتبط با سرویکس نارسا، بیماری عمومی یا لگنی بوده و ممکن است علت آن ترومای قبلی به سرویکس باشد. اغلب علت آن ناشناخته است.

سقط فراموشی شده

سقط فراموشی شده، به حاملگی اطلاق می‌شود که در آن جنین مرده باشد و بافت جنینی و جفت در رحم باقی مانده باشد. درد شکمی و خونریزی واژینال متوقف و علائم حاملگی ناپدید خواهد شد. ترشح واژینال قهوه‌ای رنگ ممکن است وجود داشته باشد. در صورت احتباس جنین مرده در رحم به مدت بیش از ۸-۶ هفته، خطر ایجاد اختلالات انعقادی در زن وجود دارد که به خونریزی خطرناک منجر خواهد شد.

وسعت مشکل

همچنانکه شما اطلاعات ذیل را ارائه می‌دهید، از دانشجویان بخواهید که وضعیت کشورشان، همچنین محل زندگی و کار خود را از نظر سقط و مرگ و میر و عوارض مادری مورد بررسی قرار دهند.

سقط و مرگ و میر و عوارض مادری

سالانه، بیش از ۵۰۰۰۰۰ زن از علل مرتبط با حاملگی در کل جهان می‌میرند (برآوردهای سال ۲۰۰۰، حدود ۵۲۹۰۰۰ مرگ را نشان می‌دهد). ۹۹٪ از این مرگ‌ها در کشورهای درحال توسعه اتفاق می‌افتد. نسبت مرگ و میر مادری در کشورهای در حال توسعه از ۱۶۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در جزایر کاریب و آمریکای لاتین تا ۸۷۰ در ۱۰۰۰۰۰ در آفریقا متفاوت است. در آفریقای غربی و شرقی این نسبت غالباً بیش از ۱۰۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده است.

برآورد شده است که در سراسر دنیا یک مورد از هشت مرگ مادری، ۱۳٪ یا ۶۷۰۰۰ مرگ به علت سقط غیرایمن است. علیرغم استفاده چشمگیر از روش‌های پیشگیری از بارداری در طی سه دهه گذشته، برآورد شده است که سالانه ۵۰-۴۰ میلیون سقط اتفاق می‌افتد که تقریباً نیمی از آنها در شرایط غیرایمن رخ می‌دهد. هر چند به پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده اولویت بالایی داده می‌شود، اما در بیشتر کشورهای در حال توسعه وسایل پیشگیری از بارداری یا وجود ندارد یا برای اکثر زنان غیرقابل دسترس است. در نتیجه اکثر زنان علیرغم قوانین محدود کننده و خدمات ناکافی، در پی ختم حاملگی‌های بدون برنامه هستند. برآورد شده است که هر سال در سراسر دنیا تقریباً ۲۰ میلیون سقط غیرایمن رخ می‌دهد که این تقریباً یک مورد در هر ۱۰ حاملگی، یا نسبت یک سقط غیر ایمن به کمتر از هفت تولد است. تقریباً ۹۵٪ از سقط‌های غیرایمن در کشورهای در حال توسعه واقع می‌شود و این طور برآورد شده است که تقریباً ۸۰۰۰۰ زن هر سال به علت عوارض متعاقب سقط می‌میرند. جدول ۱ را ببینید.

جدول ۱: برآورد سالانه جهانی و منطقه‌ای بروز و مرگ میر سقط‌های غیرایمن. ایالات متحده، حوالی سال ۲۰۰۰

نسبت مرگ و میر مادری (%)	نسبت مرگ و میر (مرگ‌های به دلیل سقط غیرایمن در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده)	تعداد برآورد شده از مرگ ناشی از سقط غیرایمن	میزان بروز (سقط غیرایمن در ۱۰۰ تولد زنده)	میزان بروز (سقط غیرایمن در ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۴ سال)	تعداد سقط‌های غیرایمن (000s)	
۱۳	۵۰	۶۷۹۰۰	۱۴	۱۴	۱۹۰۰۰	کل دنیا
۱۴	۳	۳۰۰	۴	۲	۵۰۰	کشورهای توسعه یافته*
۱۳	۶۰	۶۷۵۰۰	۱۵	۱۶	۱۸۴۰۰	مناطق در حال توسعه
۱۲	۱۰۰	۲۹۸۰۰	۱۴	۲۴	۴۲۰۰	آفریقا
۱۳	۴۰	۳۴۰۰۰	۱۴	۱۳	۱۰۵۰۰	آسیا*
۲۰	۵	۳۰۰	۷	۳	۵۰۰	اروپا
۱۷	۳۰	۳۷۰۰	۳۲	۲۹	۳۷۰۰	آمریکای لاتین و جزایر کاریب
۰	۰	۰	۰	۰	۰	آمریکای شمالی
۷	۲۰	۱۰۰	۱۲	۱۷	۳۰	اقیانوسیه

منبع: Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion associated mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.

* استرالیا، ژاپن و نیوزیلند از برآوردهای منطقه‌ای کنار گذاشته شدند و در لیست کشورهای توسعه یافته وارد شده‌اند.

° برای مناطقی که میزان بروز ناچیز بوده و هیچ برآوردی نشان داده نشده است.

تعداد بیشتری از زنان در معرض خطر مرگ، آسیب و پیامدهای اجتماعی یا جنائی مرتبط با سقط غیرایمن هستند، آنها به طور واضح و با دلایل نشان می‌دهند که به تأخیر انداختن یا اجتناب از حاملگی چه‌قدر برای آنها سخت بوده‌است. این زنان ممکن است خودشان سقط را القا کنند یا از اشخاص آموزش دیده غیرپزشکی یا کارکنان بهداشتی فاقد مهارت‌های لازم درخواست کمک نمایند. در چنین شرایطی، سقط در محیط‌های غیربهداشتی و با شیوه‌های خطرناک مانند وارد نمودن یک شیئی (برای مثال ریشه گیاه، شاخه یا کاتتر) به داخل رحم، خوردن مواد مضر، استفاده از فشار خارجی، یا پروسیجر غیرصحیح دیلاتاسیون و کورتاژ انجام می‌گیرد.

برآورد شده که بین ۱۰ تا ۵۰ درصد از کل زنانی که سقط غیرایمن را تجربه می‌کنند برای عوارض سقط به مراقبت پزشکی نیاز دارند. شایع‌ترین عوارض عبارتند از: سقط ناکامل، سپسیس، خونریزی و صدمات داخل شکمی (برای مثال سوراخ شدن و پارگی رحم). مشکلات سلامتی بلندمدت شایع ناشی از سقط غیرایمن عبارتند از: درد مزمن، بیماری التهابی لگن، انسداد لوله‌های رحمی و ناباروری ثانویه. سایر پیامدهای احتمالی شامل حاملگی نابجا و افزایش خطر سقط خودبخودی یا زایمان زودرس در حاملگی‌های بعدی است.

اکثر زنان بعد از درمان عوارض سقط غیرایمن بدون دریافت مشاوره در مورد نحوه پیشگیری از بارداری و بدون دریافت روش پیشگیری، تسهیلات بهداشتی را ترک می‌کنند. ۱۵۰-۱۲۰ میلیون زن در سراسر جهان که قصد محدود کردن یا فاصله‌گذاری بین حاملگی‌ها را دارند، از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند. هرچند که خدمات تنظیم خانواده به میزان فزاینده‌ای در دسترس و موثرتر می‌شوند، اما برآورد شده است که ۳۵۰ میلیون زوج در سراسر دنیا به اطلاعات در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری و طیف وسیعی از خدمات تنظیم خانواده دسترسی ندارند.

نکات بحث

مطمئن شوید که دانشجویان از پاراگراف ذیل که از برنامه عملیاتی کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه اخذ شده است، کپی دارند و در مورد برخی بیانیه‌های گنجانده شده در آن پاراگراف بحث کنید. برای مثال از دانشجویان بخواهید که بیانیه‌های زیر را در محل کاری فعلی‌شان در نظر بگیرند: "زنان با حاملگی‌های ناخواسته باید به اطلاعات قابل اعتماد و مشاوره دلسوزانه دسترسی داشته باشند". "در تمامی موارد، زنان باید به خدمات باکیفیت برای درمان عوارض ناشی از سقط دسترسی داشته باشند". "آموزش و مشاوره پس از زایمان و خدمات تنظیم خانواده بایستی بلافاصله ارائه شود". از دانشجویان بخواهید در مورد اطلاعاتی که آنها به زنان با حاملگی‌های ناخواسته می‌دهند و ماهیت مشاوره‌ای که آنها ارائه می‌دهند، بحث کنند. دلیل اهمیت ارائه خدمات باکیفیت برای درمان عوارض سقط و دلیل اهمیت ارائه آموزش و مشاوره فوری پس از سقط و تنظیم خانواده را از دانشجویان بپرسید.

پاراگراف ۸.۲۵ از برنامه عملیاتی کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴

به هیچ وجه سقط نباید به عنوان یک روش تنظیم خانواده ترویج شود. تمامی دولت‌ها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی ترغیب شوند که تعهدات خود را به سلامت زنان تقویت نموده و به اثرات سلامتی سقط‌های غیرایمن به عنوان یک مسئله مهم سلامت عمومی رسیدگی کرده و سقط را از طریق توسعه و بهبود تنظیم خانواده کاهش دهند. اولویت زیادی به پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته داده شود و تمامی تلاش‌ها باید برای حذف نیاز به سقط به عمل آید. زنان با حاملگی‌های ناخواسته باید به اطلاعات قابل اعتماد و مشاوره دلسوزانه دسترسی داشته‌باشند. در مورد هرگونه اقدام یا تغییر مرتبط با سقط در داخل سیستم بهداشتی، تنها می‌توان در سطح ملی یا محلی و مطابق با فرایند قانون ملی تصمیم‌گیری نمود. در شرایطی که سقط برخلاف قانون نیست، باید سقط‌های انجام گرفته ایمن باشد. تمامی زنان باید به خدمات باکیفیت برای درمان عوارض ناشی از سقط دسترسی داشته‌باشند. آموزش و خدمات تنظیم خانواده باید بلافاصله ارائه شده که این کار به اجتناب از سقط‌های تکراری کمک خواهد کرد.

پیشگیری از حاملگی ناخواسته و برنامه ریزی نشده

دلایل زیادی وجود دارد که چرا یک زن در برحه خاصی از زندگی بچه نمی‌خواهد. زن ممکن است آماده ازدواج نباشد یا ارتباطات به شکست بیانجامد. یک حاملگی بی‌برنامه ممکن است به دیسترس عاطفی یا بیماری منجر شود. همچنین با فرصت‌های خانم برای آموزش و اشتغال تداخل کند. نوجوانان بویژه مستعد حاملگی‌های ناخواسته و بی‌برنامه هستند و طراحی خدمات بهداشتی متناسب با نیازهای خاص آنها ضرورت دارد.

توانایی اکثر زنان در سراسر دنیا برای کنترل باروری‌شان محدود شده است. این وضعیت حتی در کشورهایی که خدمات تنظیم خانواده موجود هستند، نیز وجود دارد و زنان از این خدمات نمی‌توانند استفاده کنند، برای اینکه خدمات به آسانی قابل دسترس نیستند، کیفیت مراقبت ضعیف است (برای مثال نگرش منفی کارکنان بهداشتی و / یا دانش و مهارت محدود آنها)، و یا به علت اعتقادات فرهنگی-اجتماعی یا مذهبی درباره استفاده از تنظیم خانواده، زنان نمی‌توانند خدمات را دریافت کنند.

در اکثر بخش‌های دنیا زنان در این مورد که چه زمانی و با چه کسی رابطه جنسی داشته‌باشند، کنترل خیلی کمی دارند. آسیب‌پذیری زنان به تجاوز، خشونت و سوءاستفاده جنسی، آنها را در معرض خطر بالای حاملگی بی‌برنامه قرار می‌دهد. علیرغم این حقیقت که رابطه جنسی قبل از ازدواج در اکثر جوامع قدغن است، اما اکثر زنان ازدواج نکرده و جوان به علت نیاز اقتصادی، فعالیت جنسی با مردان سالخورده برقرار می‌کنند.

با توجه به وجود تمایلات جنسی در انسان و ارتباطات جنسی، برنامه عملیاتی ICPD اهداف زیر را شامل می‌شود:

الف- ارتقای رشد مناسب تمایلات جنسی مسئول، مجاز شمردن ارتباطات عادلانه و احترام دوطرفه بین دو جنس و تأثیر آن در بهبود کیفیت زندگی اشخاص

ب- حصول اطمینان از اینکه زنان و مردان به اطلاعات، آموزش و خدمات مورد نیاز برای دستیابی به سلامت جنسی خوب دسترسی دارند و به حقوق و مسئولیت‌های باروری خود عمل می‌کنند.

برای پیشگیری از حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده ضرورت دارد که دولت‌ها اطمینان حاصل کنند که تمامی زوج‌ها و افراد (از جمله نوجوانان و زنان ازدواج نکرده) به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده باکیفیت، مددجو محور و مورد اعتماد که طیف وسیعی از روش‌های پیشگیری مدرن از قبیل روش‌های پیشگیری اورژانسی را ارائه می‌دهد، دسترسی داشته‌باشند. علاوه بر این ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده بایستی مهارت‌های بین‌فردی و فنی، تجهیزات و تدارکات لازم را برای حمایت از ارائه خدمات داشته باشند. با توجه به درگیری مردان در سلامت جنسی و باروری، مهم است که راهکارهایی ابداع گردد که مطمئن شویم که مردان در مسئولیت تنظیم خانواده و پیشگیری و کنترل عفونت‌های منتقله از طریق جنسی (STIs)، از جمله HIV/AIDS شریک هستند. یکی از بهترین راه‌ها برای پیشگیری از مرگ مادری ناشی از سقط غیرایمن، فراهم نمودن دسترسی به خدمات تنظیم خانواده موثر است. شواهد نشان می‌دهد که زمانیکه گام‌های مثبت اتخاذ شده است تا خدمات تنظیم خانواده موثر به طور وسیعی در دسترس بوده و استفاده شود، میزان سقط کاهش یافته است.

نکات بحث

از دانشجویان بخواهید که دیدگاه‌های خود را در مورد کیفیت خدمات تنظیم خانواده ارائه شده در محل کارشان روی هم بریزند. برای مثال:

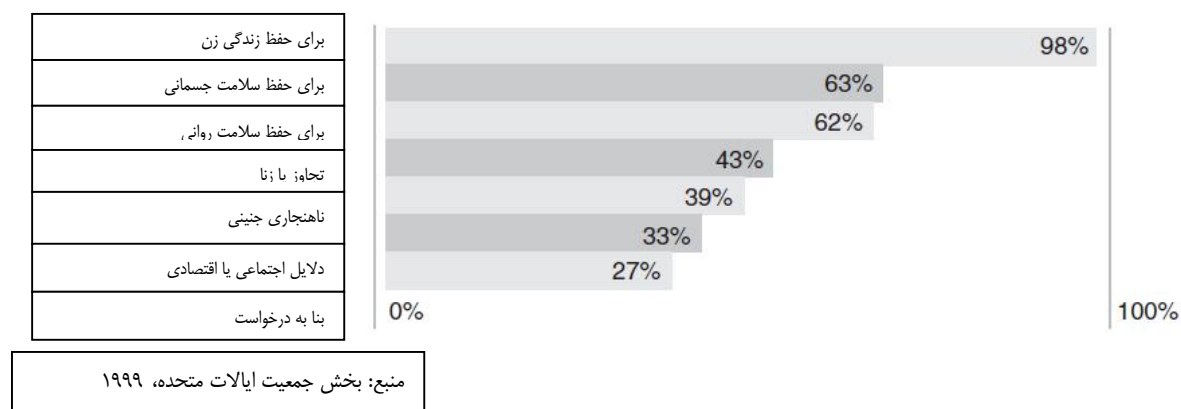
- آیا خدمات به زنان و دختران نوجوان در جوامع‌شان ارائه می‌شود که برای پیشگیری از حاملگی ناخواسته به آنها کمک کند.
- آیا روش‌های پیشگیری اورژانسی در دسترس هستند؟
- چه کاری ماماها می‌توانند انجام دهند که خدمات باکیفیت را برای زنان و دختران نوجوان در رابطه با پیشگیری از حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده تضمین کند.
- چه کاری ماماها می‌توانند انجام دهند که درگیری مردان را در سلامت جنسی و باروری تضمین کند.

برای تسهیل بحث، از بخش‌های مرتبط در فصول ۷ و ۸ برنامه عملیاتی ICPD استفاده کنید.

قوانین و مقررات مرتبط با سقط

در کشورهای در حال توسعه، متوسط اندازه مورد دلخواه خانواده نسبتاً بزرگ است. از ۲۱۰ میلیون حاملگی‌هایی که هر سال رخ می‌دهند، ۷۵ میلیون برنامه‌ریزی نشده هستند و برآورد می‌شود که ۵۰-۴۰ میلیون از آنها به سقط ختم می‌شود.

هر چند در تمامی کشورهای دنیا، در برخی شرایط برای حفظ زندگی زن اجازه سقط داده می‌شود، اما در این زمینه که کدام سقطها مجاز شمرده شوند، تفاوت‌های زیادی در بین کشورها وجود دارد.



شکل ۱.۱: علل سقطهای مجاز - درصد کشورها

هنوز هم در بعضی از کشورها به علت وجود موانعی مانند کمبود اطلاعات، فاصله تا تسهیلات مراقبت بهداشتی، محدودیت‌های اقتصادی و بی‌اعتمادی، دسترسی به سقط ایمن برای اکثر زنان غیرممکن است. این بدین معنی است که در اکثر کشورهای در حال توسعه، خدمات سقط ایمن به حدی که قانون اجازه می‌دهد، در دسترس نیست. علاوه بر این خدمات سقط ایمن و قانونی به علت کمبود مراقبین آموزش دیده و / یا تسهیلات مجهز مناسب، بعلاوه وجود نگرش منفی کارکنان نسبت به سقط بویژه در زنان جوان و ازدواج نکرده، برای اکثر زنان واجد شرایط در دسترس نیست.

تغییر قوانین در یک کشور خاص به منظور مجاز شمردن سقط، ضرورتاً به افزایش میزان سقط منجر نمی‌شود. برای مثال در کشور نیوزیلند، قوانین غیرمحدود کننده سقط و خدمات آزاد سقط وجود دارد و روش‌های پیشگیری به طور وسیع در دسترس هستند، اما این کشور کمترین میزان سقط را در دنیا دارد (۵/۵ سقط در هر ۱۰۰۰ زن سنین باروری). قوانین کشورهای دیگر از جمله باربادوس، کانادا، تونس و ترکیه سقط را آزاد کرده است که دسترسی بهتر به سقط قانونی را بدون افزایش میزان سقط فراهم می‌سازد.

انجمن عمومی ایالات متحده در بازبینی اجرای ICPD در سال ۱۹۹۹ (ICPD +۵) توافق کرده است که "در شرایطی که سقط در تضاد با قانون نیست، ضروریست که سیستم‌های بهداشتی بایستی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را آموزش دهند و تجهیز نمایند و باید روش‌های دیگری را برای حصول اطمینان از ایمن و قابل دسترس بودن سقط بکار ببرند. روش‌های زیادی باید برای حفاظت از سلامت زنان به کار گیرد. اکثر کشورها در تمامی مناطق دنیا، آزادسازی قوانین سقط و عدم محکوم کردن سقط به دلایل پزشکی را شروع کرده اند.

در کشورهایی که برای فراهم نمودن دسترسی بیشتر به خدمات مرتبط با سقط، قوانین تعدیل شده است، مهم است که در سیستم مراقبت بهداشتی، تغییرات مناسب ایجاد شود. مثالهایی از این تغییرات عبارتند از: ایجاد استانداردها، پروتکلها، دستورالعملها و پروسیجرهای اجرایی ارائه خدمات. در جاهایی که سقط قانونی است، خدمات باید ایمن و قابل دسترس باشد. ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی باید مهارت‌های لازم را در ارائه این خدمات داشته باشند و در زمینه قوانین مرتبط با سقط، استانداردها، پروتکلها، دستورالعملها و پروسیجرهای اجرایی ارائه خدمات اطلاعات کامل داشته باشند. علاوه بر این خدمات باید به اعضای جامعه شناسانده شود تا مطمئن شویم که زنان و خانواده‌ها آگاه هستند که در صورت ضرورت از کجا و چه زمانی خدمات را دریافت نمایند. سازمان بهداشت جهانی برای آن کشورهایی که تمایل دارند که سیاست‌ها و سیستم بهداشتی خود را برای ایجاد خدمات سقط ایمن در دسترس برای زنان نیازمند بازبینی نمایند، راهنمایی فنی ارائه می‌دهد.

نکات بحث

تعیین کنید که دانشجویان راجع به قوانین سقط کشورشان چه چیزهایی را می‌دانند. از دانشجویان سوالات زیر را بپرسید:

منبع و ماهیت قانون سقط در کشور شما چه چیزی است؟

چگونه قوانین در خدمات ارائه شده اجرا می‌گردد؟

موضع شوراها و انجمن‌های حرفه‌ای چیست؟

برای ارائه اطلاعات مرتبط به دانشجویان آماده باشید. برای مثال قبل از شروع تدریس این جلسه مطمئن شوید که شما پاسخ

این سوالات را می‌دانید و در صورت در دسترس بودن، کپی‌هایی از قوانین سقط کشورتان را در رابطه با سقط تهیه کنید.

دورنمای مذهبی و فرهنگی-اجتماعی

زمانیکه خانمی یک حاملگی ناخواسته برنامه‌ریزی نشده را تجربه می‌کند، تصمیمات او متأثر از اعتقادات مذهبی و فرهنگی - اجتماعی او خواهد بود. ارائه دهندگان مراقبت مرتبط با سقط نیز بر تصمیمات او تأثیر می‌گذارند. عواملی که بر روی تصمیم زن موثرند، عبارتند از:

توانایی و تمایل زن برای جستجوی مراقبت بلافاصله بعد از بروز عوارض سقط. بعضی زنان برای استفاده از خدمات بهداشتی ممکن است به اجازه شوهر یا ولی خود نیاز داشته باشند. یک حاملگی ناخواسته یا استفاده از خدمات سقط برای اکثر زنان می‌تواند به طرد از سوی اعضای خانواده بیانجامد. این زنان اغلب جستجوی مراقبت را در مورد اکثر عوارض جدی به تأخیر می‌اندازند.

عوامل فرهنگی. عوامل فرهنگی زیادی وجود دارد که زن را به سوی سقط غیرایمن سوق می‌دهند. این عوامل عبارتند از: نیاز به رازداری و اعتماد به ارائه دهندگان سنتی مراقبت و اعتقاد به اینکه سقط‌های انجام شده به وسیله پرسنل غیرپزشکی عملاً سقط محسوب نمی‌شوند.

اهمیت باروری. برای اکثر زنان، باروری از نظر پذیرش آنها توسط جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، مهم است. استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری ممکن است که برای باروری مضر به نظر برسد، بنابراین احتمال حاملگی ناخواسته و خطر بعدی سقط غیرایمن افزایش می‌یابد.

نگرش ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی نسبت به ارائه مراقبت از سقط. اکثر زنان تمایل ندارند که مراقبت را از کارکنان کلینیک یا بیمارستان که اهل داوری هستند یا کسانی که موجب احساس ناراحتی در آنها می‌شوند، دریافت نمایند.

علاوه بر عوامل فرهنگی-اجتماعی ذکر شده در بالا، اعتقادات مذهبی نیز احساس زن را در رابطه با تصمیم به سقط و همچنین عکس‌العمل کارکنان بهداشتی و در سطح وسیع‌تر جامعه را نسبت به آنها تحت تأثیر قرار می‌دهد. در شرایطی که اعتقادات مذهبی یک کارمند بهداشتی مانع ارائه خدمات برای سقط انتخابی مجوزدار قانونی می‌شود، ضرورتی ندارد که او این خدمات را ارائه دهد، اما این کارکنان بهداشتی متعهد هستند که زن را به کارکنان بهداشتی دارای مجوز قانونی ارجاع فوری دهند.

نکات بحث

دانشجویان را تشویق کنید که درک‌شان را از اعتقادات فرهنگی-اجتماعی و مذهبی جامعه محل کارشان که بر روی جستجوی مراقبت از سقط توسط زنان تأثیرگذار است را با دیگران در میان بگذارند. همچنین از آنها بخواهید که به اعتقادات مذهبی و فرهنگی-اجتماعی شخصی و چگونگی تأثیر آنها بر ارائه مراقبت توجه نمایند. در برخی از جلسات زیر، فرصت‌هایی برای تبیین کامل اعتقادات‌شان خواهد بود.

نقش ماماها در مراقبت مرتبط با سقط

مراقبت از سقط (در جاییکه قانون اجازه می‌دهد) و مراقبت پس از سقط (در تمامی کشورها) تا حد امکان باید نزدیک به منزل زنان در دسترس باشد. چنین مراقبتی باید توسط پرسنلی ارائه شود که آموزش کافی دریافت نموده‌اند و برای ارائه مراقبت حمایت می‌شوند. پیشگیری از مرگ و میر مادری مرتبط با سقط، به ارائه مراقبت باکیفیت برای سقط اورژانسی و مراقبت پس از سقط در تمامی سطوح سیستم مراقبت بهداشتی از خانه‌های بهداشت روستایی تا مراکز سطح سوم وابسته است. ضرورت دارد که حداقل بعضی از اجزای مراقبت پس از سقط (تشخیص وضعیت بیمار و ارجاع آن، تخلیه رحمی، اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده) در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز در تمامی مراکز ارائه خدمات بهداشت باروری در دسترس باشد.

در اکثر سیستم‌های ارائه مراقبت بهداشتی، ماما طیف وسیعی از خدمات بهداشت باروری، برای مثال بهداشت مادر و کودک (مراقبت قبل از زایمان، تنظیم خانواده، کمک به زنان زائو، مراقبت پس از زایمان) را ارائه می‌دهد. ادغام نمودن خدمات مراقبت پس از سقط در بین خدماتی که قبلاً ارائه می‌شد به بهبود سلامت میلیون‌ها زن منجر خواهد شد. با توجه به وجود آموزش دهندگان مناسب، آموزش مهارت‌های اضافی برای مراقبت پس از سقط به ماماها به آسانی قابل انجام خواهد بود.

از نظر تاریخی، هر جا که بهبودی در مرگ و میر و عوارض مادری وجود داشته است، ماما نقش کلیدی را ایفا کرده‌است. شواهد نشان می‌دهد که ماما یا پرستار واجد مهارت‌های مامایی می‌تواند خدمات مراقبت پس از سقط را چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی به طور موثر، ایمن و با قابلیت تمام ارائه کند.

در اکثر مواقع در بین کارکنان مراقبت بهداشتی، شخص در دسترس، قابل پذیرش و مورد اعتماد برای ارائه خدمات بهداشت باروری، پرستار یا ماما است.

اگرچه مراقبت مرتبط با سقط شامل هم مراقبت از سقط اورژانسی و هم مراقبت از سقط انتخابی است و اگرچه در برخی کشورها ماماها مجوز قانونی دارند که خدمات برای سقط انتخابی ارائه دهند، اما هدف ما در این مدل آموزشی این است که ماماها قادر شوند که مهارت‌های لازم برای اداره عوارض تهدیدکننده زندگی را که با درمان سقط ناقص مرتبط است و همچنین مراقبت پس از سقط را یاد بگیرند. اطلاعات درباره کارکنان و اجزای مراقبت از سقط اورژانسی که بایستی در هر سطح مراقبت در دسترس باشد در جدول ۲ آورده شده است.

چگونه ماماها در مراقبت پس از سقط درگیر می‌شوند

- فراهم نمودن ارجاع به موقع و مناسب با تشخیص علائم و نشانه‌های سقط ناقص و تثبیت وضعیت بیمار
- انجام آسپیراسیون با واکيوم دستی (MVA¹) برای اداره سقط ناقص
- ارائه اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده با توجه ویژه به نیاز نوجوانان و زنانی که سقط را تجربه کرده‌اند.
- ارائه اطلاعات و آموزش برای زنان و سایر اعضای جامعه در باره مراقبت ایمن از سقط
- ارائه خدمات در مناطق محروم
- ارائه خدمات در بخش‌های خصوصی و دولتی
- جانبداری از قوانین، سیاست‌ها و پروتکل‌های حمایت‌کننده از ارائه مراقبت ایمن برای سقط و دخالت دادن آن‌ها در مراقبت.

اگر چه اکثر کشورها در آموزش و حمایت ماماها یا پرستاران واجد مهارت‌های مامایی برای ارائه مراقبت اورژانسی حیاتبخش ضعیف عمل کرده‌اند، اما برخی از کشورها به طور موفقیت‌آمیزی ماماها یا پرستاران واجد مهارت‌های مامایی برای ارائه مراقبت پس از سقط را آموزش داده‌اند و از آنها حمایت می‌کنند. این کشورها شامل بنگلادش، غنا و نیجریه است.

مطالعات بیمارستان محور در غنا نشان داده‌است که ۲۲٪ از تمامی مرگ‌های مادری ناشی از سقط غیرایمن است، ماماها‌ی شاغل در بخش‌های خصوصی و دولتی، یک دوره آموزش یک هفته‌ای دریافت نموده‌اند که این آموزش‌ها شامل: شناسایی و درمان عوارض سقط ایجاد شده به وسیله MVA، تثبیت وضعیت و ارجاع بیمار، مدیریت درد و پروتکل‌های پیشگیری از عفونت، مشاوره با بیمار و ارائه خدمات تنظیم خانواده پس از سقط، نگهداری پرونده‌ها، و پیگیری بیمار. چندین پزشک با همدیگر ماماها را تعلیم می‌دادند. بعد از تکمیل آموزش، ماماها‌ی مشارکت‌کننده از بخش‌های خصوصی و دولتی با همدیگر کار می‌کردند تا اولین بیمار مبتلا به سقط ناقص را درمان کنند. پزشکان شاغل در بیمارستان‌های منطقه، اعتماد خود را به مهارت‌های ماماها ابراز داشته‌اند و در یک بیمارستان منطقه، نیمی از موارد سقط ناقص در یک دوره چهار ماهه توسط یک ماما درمان شد. تصور

1. Manual vacuum aspiration

می شود که بین ماماهاى تعليم دیده و پزشکان اعتماد و احترام متقابل ایجاد شده است و در حال حاضر نیز این احترام و اعتماد دوطرفه را نشان می دهند.

ماماها ارائه دهندگان منطقی مراقبت پس از سقط و سایر خدمات اورژانسی بهداشت باروری هستند. وزرات خانه های بهداشت در این کشورها و انجمن های حرفه ای این نقش ماما را به رسمیت می شناسند.

کنفدراسیون بین الملل ماماها (ICM¹) از ارائه مراقبت پس از سقط به وسیله ماماها نیز حمایت می کند. ICM یک قطعنامه در زمینه مراقبت پس از سقط زنان صادر کرده است.

قطعنامه ICM را بر روی تخته سیاه یا فیلیپ چارت برای نشان دادن حمایت ICM از نقش ماماها در مراقبت از زنان سقط کرده بنویسید.

جدول ۲: فعالیت های مراقبت از سقط اورژانسی بر اساس سطح تسهیلات مراقبت بهداشتی و کارکنان

سطح مراقبت	کارکنان ممکن	فعالیت های مراقبتی
جامعه	<ul style="list-style-type: none"> ▪ کارکنان بهداشتی (برای مثال دستیاران سلامت و اشخاص هم تراز با آنها) ▪ پرستاران ▪ ماماهاى تعليم دیده ▪ پزشکان عمومی 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ آموزش در مورد خطرات سقط غیرایمن ▪ ترویج و ارائه اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده ▪ تشخیص علائم و نشانه های سقط و عوارض آن ▪ ارجاع به موقع به سیستم مراقبت بهداشتی رسمی ▪ انجام مراقبت اورژانسی
اولیه	<ul style="list-style-type: none"> ▪ کارکنان بهداشتی (برای مثال دستیاران بهداشتی و اشخاص هم تراز با آنها) ▪ پرستاران ▪ ماماهاى تعليم دیده ▪ پزشکان عمومی 	<ul style="list-style-type: none"> تمامی موارد بالا، به اضافه: ▪ معاینه فیزیکی و لگنی ساده ▪ تشخیص مراحل سقط ▪ احیا و آمادگی برای درمان یا انتقال ▪ آزمایش هموگلوبین/هماتوکریت ▪ ارجاع در صورت نیاز <p>اگر کارکنان تعليم دیده و تجهیزات مناسب در دسترس باشد، فعالیت -</p>

<p>های اضافی زیر می‌تواند در این سطح انجام بگیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ شروع درمان پایه، شامل آنتی‌بیوتیک درمانی، جایگزینی مایعات داخل وریدی و تجویز اکسی‌توسین ▪ تخلیه رحمی در طی سه‌ماهه اول حاملگی (MVA) ▪ کنترل درد پایه (بلوک پاراسرویکال، بی‌دردی و تسکین ساده) 		
<p>تمامی مراحل بالا به‌اضافه:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ تخلیه اورژانسی رحم در سه ماهه دوم ▪ درمان بیشتر عوارض سقط ▪ کراس‌مچ خون و ترانسفوزیون ▪ بی‌حسی موضعی و عمومی ▪ لاپاراتومی و جراحی اندیکاسیون‌دار (از قبیل حاملگی نابجا در صورت وجود کارکنان ماهر) ▪ تشخیص و ارجاع برای عوارض شدید مانند سپتیسمی، پرتونیت یا نارسایی کلیوی 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ پرستاران ▪ ماما‌های تعلیم دیده ▪ پزشکان عمومی ▪ متخصصان زنان و مامایی 	<p>نخستین سطح ارجاع</p>
<p>تمامی مراحل بالا به‌اضافه:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ تخلیه رحم در صورت اندیکاسیون ▪ درمان صدمات روده، کزاز، نارسایی کلیوی، گانگرن، سپسیس شدید ▪ درمان کواگولوپاتی 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ پرستاران ▪ ماما‌های تعلیم دیده ▪ پزشکان عمومی ▪ متخصصان زنان و مامایی 	<p>دومین و سومین سطح ارجاع</p>

منبع: This table is primarily based on Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995. However, it has been adapted, and also contains information from Care of mother and baby at the health centre: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/FHE/MSM/94.2).

کار گروهی

هدف کارگروهی فراهم نمودن فرصتی برای دانشجویان است که نگرش‌ها و باورهای خود را درباره سقط و نقش ماماها را در مراقبت‌های مرتبط با سقط به اشتراک بگذارند. در طول کار گروهی به فکر ماهیت حساس سقط از دیدگاه فرهنگی-اجتماعی، مذهبی و قانونی باشید و آماده باشید که به دانشجویان کمک کنید که به ایده‌ها و باورهای منفی درباره سقط بپردازند.

قطعه‌نامه ICM: مراقبت از زنان پس از سقط

کنفدراسیون بین‌المللی ماماها اعتقاد دارد که زنی که سقط خودبخود و القا شده داشته، مشابه با یک خانم زائو نیاز به مراقبت دارد. در راستای این عقیده، ماما باید:

- a. چنین مراقبتی را به عنوان یکی از وظایفش در نظر بگیرد.
 - b. هرگونه مراقبت فوری لازم را متعاقب سقط ارائه دهد.
 - c. در صورتیکه درمان بیشتر ضرورت داشته باشد که فراتر از محدوده عملکردش است، به طور مناسب ارجاع دهد.
 - d. برای ارتقای سلامت زن، آموزش ارائه دهد و در این آموزش تنظیم خانواده را بگنجاند.
 - e. حمایت اجتماعی، روانشناختی و عاطفی مورد نیاز زن را به رسمیت شناخته و به طور مناسب پاسخ دهد.
- اقتباس از انجمن کنفدراسیون بین‌المللی ماماها، May Norway Oslo ۱۹۹۶ (مراقبت پس از سقط از زنان ۹۶/۲۳/PP)

۱. آموزش‌ها برای کارگروهی را در کلاس مرور کنید و مطمئن شوید که دانشجویان آن چیزی را که از آنها انتظار می‌رود را می‌فهمند.
۲. کلاس را به گروه‌های پنج نفره تقسیم کنید و به هر گروه یک کپی از برگه کار ارائه دهید.
۳. به هر گروه ۳۰ دقیقه فرصت دهید تا فعالیت خود را تکمیل نمایند.
۴. بر مقدار زمانی که هر گروه به فعالیت صرف می‌کنند، نظارت داشته باشید. این فرصتی را فراهم خواهد ساخت که بیشتر به دیدگاه دانشجویان در زمینه سقط و مراقبت پس از سقط توجه کنید.
۵. به هر گروه ۵ دقیقه فرصت دهید که برآیند فعالیت گروهی را بازخورد نمایند.

بازخورد و بحث

هنگامیکه گروه گزارش می‌دهد، از سوالات زیر برای تسهیل بحث استفاده کنید:

آیا نگرش‌ها و باورها در داخل گروه‌ها و بین گروه‌ها یکسان هستند یا تفاوت‌های مهم وجود دارد؟

کدام بیانیه‌های اعتقادی، دامنه وسیعی از مخالفت را در برداشت؟

آموزش‌ها برای کارگروهی

این فعالیت بدین منظور طراحی شده‌است که برای شما فرصتی را برای به اشتراک گذاشتن عقاید و باورها در زمینه سقط و نقش ماماها در مراقبت مرتبط با سقط را فراهم سازد.

۱. عضوی از گروه را برای تسهیل نمودن بحث گروهی به عنوان رئیس منصوب کنید.
۲. عضوی از گروه را برای گزارش برآیند کار گروهی به کلاس منصوب نمایید.
۳. روی بیانیه‌های گنجانده شده در برگه کار بحث کنید و تصمیم بگیرید که به هر بیانیه، یک گروه پاسخ دهد. برای مثال به عنوان یک گروه موافقت نمایید که به کدام بیانیه پاسخ دهید. مواردی که عدم توافق وجود دارد را ثبت کنید.
۴. از برگه کار ارائه شده برای ثبت پاسخ گروه‌ها به هر بیانیه استفاده کنید.
۵. فعالیت گروهی را در طی ۳۰ دقیقه کامل کنید.

دلایل احتمالی عدم توافق چه چیزهایی هستند؟

چگونه این عدم توافقات حل می‌شود؟

برگه کار

اداره سقط ناقص و مراقبت پس از سقط					
SA	A	N	D	SD	بیانیه‌های باور
					۱. روش‌های پیشگیری از بارداری نباید در دسترس نوجوانان باشد.
					۲. مخالفت همسر یا اعضای خانواده در استفاده خانم از روش‌های پیشگیری از بارداری برای به تأخیر انداختن حاملگی‌ها یا فاصله‌گذاری بین آنها مشکل ایجاد می‌کند.
					۳. برای حفظ زندگی مادران، سقط باید در چارچوب قوانین برای هر زنی در دسترس باشد.
					۴. نوجوانان نباید از نظر جنسی فعال باشند.
					۵. ماماها باید برای ارائه مراقبت اورژانسی پس از سقط شامل اطلاعات و مشاوره تنظیم خانواده آموزش ببینند.
					۶. تا زمانیکه خدمات سقط ایمن در دسترس شود، خطرات سقط‌های غیرایمن همچنان تداوم خواهد داشت.
					۷. تشویق درگیری مردان می‌تواند باعث رفتار مسئولانه و منصفانه آنها در روابط جنسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری شود.
					۸. به زنانی که حاملگی برنامه‌ریزی نشده را تجربه می‌کنند، بایستی اطلاعات موثق و مشاوره دلسوزانه ارائه شود.
					۹. هر دختر جوان مدرسه‌ای ازدواج نکرده که حامله می‌شود، نباید در مدرسه حضور یابد.
					۱۰. پزشکان تنها کارکنان سلامت هستند که باید مراقبت پس از سقط اورژانسی را ارائه دهند.
					۱۱. زنانی که برای خاتمه دادن به حاملگی برنامه‌ریزی نشده، به سقط غیرایمن متوسل می‌شوند باید منتظر مراقبت بمانند تا زمانیکه آنها وضعیت خود را به یک تسهیلات بهداشتی گزارش دهند.
					۱۲. افزایش تعداد نوجوانان فعال از نظر جنسی، ضرورت آموزش بهداشت باروری و جنسی جامع شامل پیشگیری از بارداری را نشان می‌دهد.

راهنما

(قویاً مخالفم) SD= Strongly disagree

(مخالفم) D= Disagree

(نظری ندارم) N= Neutral

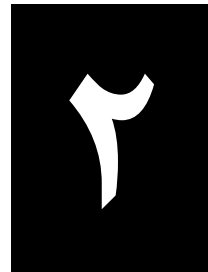
(موافقم) A= agree

(قویاً موافقم) SA= Strongly agree

References

- 1 Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 2 Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
- 3 The state of world population 1997. New York, United Nations Population Fund, 1997.
- 4 Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York, United Nations Population Fund, 1996.
- 5 Bongaats J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family planning* 2000, 31:193–202.
- 6 Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York, The Allan Guttmacher Institute, 1999.
- 7 Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September, 1994, para. 63 (iii). New York, United Nations, 1999 (A/S-21/5/Add.1).
- 8 Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 9 Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and management. Geneva, World Health Organization, 1995.
- 10 Otsea et al. Midwives deliver postabortion care services in Ghana. *Ipas Dialogue*, June 1997, 1:1.
- 11 Hord CE, Delano GE. Reducing maternal mortality from abortion: the midwife's role in abortion care. In: Murray SF, ed. *International perspectives on midwifery*. London, Mosby, 1996.

عوامل قابل اجتناب



جلسه ۲

عوامل قابل اجتناب

هدف کلی

- هدف این جلسه توانمندسازی دانشجویان به شناخت عواملی که احتمال سقط و مرگ و میر و عوارض بالای مرتبط با آن را افزایش می‌دهند.

اهداف اختصاصی

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 سقط را فهرست نموده 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

کار گروهی

بازخورد و بحث

زمان کلی: تقریباً ۲ ساعت

منابع

آموزش‌ها برای کار گروهی

کاربرگ

Bennett VR, Brown LK (eds.). Myles textbook for midwives. 12th ed. London, Churchill Livingstone, 1993.

Caring for post-abortion complications: saving women's lives. Population Reports: XXV:1, September 1997.

Safe motherhood fact sheets: address unsafe abortion, and prevent unwanted pregnancy. New York, Family Care International, 1998.

Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995.

اگر قبلاً تعاریف ذیل را در یکی دیگر از مدل‌های حرفه‌ای (برای مثال خونریزی پس از زایمان، زایمان انسدادی، سپسیس نفاسی، اکلامپسی) برای دانشجویان مطرح کرده‌اید، شما باید این تعاریف را مرور کنید و سپس بقیه جلسه را ادامه دهید.

تعاریف واژه‌ها

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 موثر

عواملی هستند که باعث می‌شوند که یک عارضه با احتمال بیشتر اتفاق بیفتد.

مرگ مستقیم مامایی

به مرگ مادر ناشی از عوارض 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 نیستند، اما در اثر تغییرات فیزیولوژیک بارداری تشدید پیدا کرده یا بدتر می‌شوند اطلاق می‌شود.

نکات بحث

برای کمک به شناخت دانشجویان از عوامل خطر مرتبط با سقط، در مورد فراوانی و منشأ سقط خودبخودی و سقط غیرایمن بحث کنید و از اطلاعات ذیل به عنوان مبنایی برای بحث، استفاده کنید.

عوامل موثر در سقط خودبخودی

در کشورهای توسعه‌یافته، سقط خودبخودی در ۱۰ تا ۱۵٪ از حاملگی‌های تشخیص داده شده از نظر بالینی اتفاق می‌افتد، قبل از زمانی که خود خانم حاملگی را تشخیص دهد، اما میزان سقط خودبخودی ممکن است در کشورهای درحال توسعه به علت سوءتغذیه و سایر مشکلات سلامتی بیشتر باشد. اکثریت سقط‌های خودبخودی در اوایل حاملگی رخ می‌دهد که تقریباً ۸۰٪ آنها در سه ماهه اول واقع می‌شود.

علل سقط خودبخودی همیشه مشخص نیست. بیش از نیمی از سقط‌های خودبخودی سه ماهه اول به علت تکامل غیرطبیعی رویانی هستند. عوامل احتمالی دیگر شامل: بیماری‌های تب‌دار، عفونت‌های سیستمیک و ژنیتال مانند سیفلیس، سل سیستمیک، بیماری شاگاس (Chagas)، ویروس سرخچه، سیتومگالوویروس، ویروس هرپس سیمپلکس، کلامیدیا، میکوپلازما،

توکسوپلازما گوندی، لیستریا، بروسلا، بیماری مزمن مادری، علل هورمونی، توکسین‌های محیطی، علل غذایی، اختلالات آناتومیک و حاملگی‌های توأم با IUD در محل. در بسیاری از موارد هیچ عامل خاصی که موجب سقط خودبخودی شود، وجود ندارد.

ضرورت دارد که به زنانی که سقط خودبخودی را تجربه می‌کنند مراقبت پزشکی مناسب و بموقع ارائه شود. همچنین ارائه مراقبت پیگیری مناسب مانند تنظیم خانواده و ارزیابی سقط تکراری ضروری است.

عواملی که در سقط غیرایمن نقش دارد

از اطلاعات آورده شده در فصل ۱ پیداست که مرگ‌های ناشی از سقط‌های غیرایمن از علل اصلی مرگ مادری هستند. بعلاوه اکثر زنان از مشکلات سلامتی درازمدت ناشی از عوارض سقط رنج می‌برند.

سقط غیرایمن یک مشکل سلامت عمومی برای زنان در تمامی سنین بویژه برای زنان جوان است که اغلب دسترسی کمی به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده دارند. این زنان در مقایسه با زنان با سنین بالا کمتر احتمال دارد که پول برای پرداخت هزینه سقط ایمن را داشته باشند یا بدانند که از کجا و چگونه خدمات سقط ایمن را دریافت نمایند. همچنین احتمال بیشتری دارد که زنان جوان جستجوی کمک را به تأخیر انداخته و بنابراین در پی ختم حاملگی در مراحل پیشرفته حاملگی که خطر مرگ و آسیب بالاست، باشند.

زنانی که از عوارض سقط غیرایمن رنج می‌برند با احتمال حاملگی‌های ناخواسته بعدی و خطر آسیب یا مرگ به علت پروسیجرهای تکراری غیرایمن هم مواجه می‌شوند. به زنانی که از سقط غیرایمن رنج برده‌اند باید مشاوره تنظیم خانواده ارائه شده و به شرایط و موقعیت‌هایی که باعث عدم تمایل آنها به استفاده از روش‌های تنظیم خانواده، شکست روش‌های پیشگیری یا ناتوانی برای استفاده از یک روش می‌شود، به طور موثر پرداخته شود.

کار گروهی

این فعالیت گروهی برای کمک به دانشجویان طراحی شده است تا عوامل موثر بر سقط و اقدامات یا مداخلات برای کاهش آن را بشناسند.

۱. آموزش‌ها برای کار گروهی را در کلاس مرور کنید و مطمئن شوید که دانشجویان آن چیزی را که از آنها انتظار می‌رود را می‌فهمند.

۲. کلاس را به گروه‌هایی با تقریباً ۵ دانشجو در هر گروه تقسیم کنید و چندین کپی از برگه کار را برای هر گروه تهیه نمایید.

۳. به هر گروه ۶۰ دقیقه فرصت دهید تا فعالیت را کامل نمایند.

۴. با صرف زمانی برای هر گروه فعالیت آنها را نظارت کنید. این برای شما فرصتی را فراهم خواهد ساخت تا مطمئن شوید که فعالیت طبق برنامه پیش می‌رود و به درون‌داد هر دانشجو توجه کنید.

آموزش‌ها برای کار گروهی

(لطفاً تمامی آموزش‌ها را به دقت قبل از شروع کار بخوانید)

۱. از هر کدام از عوامل فردی، اجتماعی و خدمات بهداشتی، سه مورد را که در مرگ و میر و عوارض مرتبط با سقط نقش دارند را تعیین کنید.

۲. توضیح دهید که چگونه این عوامل تعیین شده منجر به سقط می‌شوند.

۳. مشخص نمایید که آیا این عوامل قابل اجتناب هستند.

۴. گام‌هایی را که باید برای اجتناب از عوامل تعیین شده اتخاذ گردد را توصیف نمایید.

۵. از برگه‌های کار ارائه شده برای ثبت کار گروهی استفاده نمایید.

مثالی به شما داده می‌شود. آن را به همان شیوه با استفاده از برگه‌های کار ارائه شده بکار گیرید.

شما یک ساعت در گروه‌تان فرصت دارید.

یک رهبر گروه و یک نفر را برای ارائه گزارش تعیین کنید.

مثال:

عوامل موثر بر سقط / جستجوی سقط	چرا ممکن است عوامل منجر به عوارض مرتبط با سقط شود؟	قابل اجتناب؟	چه گام‌هایی باید برای اجتناب از عوامل موثر اتخاذ گردد؟
فعالیت جنسی در سنین جوانی، برای مثال در طی نوجوانی (عامل موثر فردی)	احتمال دارد که فعالیت جنسی منجر به حاملگی ناخواسته شده و سپس باعث شود که یک فرد جوان سقط را از یک منبع غیرایمن به علت ترس از اتهامات در صورت استفاده از خدمات سقط ایمن جستجو نماید.	بلی	به تمامی نوجوانان و مردم جوان بایستی آموزش جامع بهداشت باروری و جنسی شامل اطلاعات در زمینه رابطه جنسی، تولیدمثل، پیشگیری از حاملگی و روابط جنسی ارائه شود. پیام‌های آموزش بهداشت برای جامعه بایستی اطلاعاتی را در زمینه بروز و اثر سقط غیرایمن در جوامع؛ وضعیت قانونی سقط؛ پیشگیری از حاملگی ناخواسته؛ اجتناب از سقط غیرایمن و تشخیص و جستجوی مراقبت مناسب برای عوارض سقط ارائه دهد. خدمات باکیفیت سقط ایمن دوستدار نوجوان باید در محدوده اجازه قانونی موجود بوده و قابل دسترس و قابل پرداخت باشد. تمامی نوجوانان بایستی به اطلاعات و خدمات باکیفیت، مددجو محور و محرمانه تنظیم خانواده دسترسی داشته باشند و به آنها طیف وسیعی از روش‌های پیشگیری مدرن شامل کنتراستپتیو-های اورژانسی ارائه شود.



پیشگیری از سقط			
چه گام‌هایی باید برای اجتناب از عوامل موثر اتخاذ گردد؟	قابل اجتناب؟	چرا ممکن است عوامل منجر به عوارض مرتبط با سقط شود؟	عوامل موثر بر سقط / جستجوی سقط

۵. به هر گروه ۱۰ دقیقه فرصت دهید که در مورد نتیجه فعالیت گروهی بازخورد دهند.

بازخورد و بحث

از عوامل زیر به عنوان یک راهنما در طی بازخورد استفاده کنید و تشویق به بحث کنید. توجه کلاس را به عواملی که در طی کار گروهی شناسایی نشده است، جلب کنید (با توجه به اینکه هر گروه فقط سه عامل موثر فردی، سه عامل اجتماعی و سه عامل مرتبط با خدمات بهداشتی را تعیین خواهد کرد. بنابراین احتمال دارد که تمام عوامل موثر لیست شده در زیر تعیین نشده باشد).

عوامل موثر در جستجوی سقط و / یا عوارض مرتبط با سقط

عوامل موثر در سطح فردی

- فعالیت جنسی در سنین جوانی
- فقدان آگاهی درباره تنظیم خانواده
- فقدان آگاهی درباره محل دریافت خدمات تنظیم خانواده
- عدم تمایل به استفاده از روش های تنظیم خانواده به دلایل فرهنگی، مذهبی، اجتماعی، اقتصادی یا عاطفی (خدمات به عنوان دوستدار مصرف کننده^۱ درک نشده است)
- ناتوانی برای استفاده موثر از روش های تنظیم خانواده
- شکست روش های پیشگیری از بارداری
- فقدان آگاهی درباره اثرات مضر سقط غیرایمن
- فقدان آگاهی درباره ی وخامت خونریزی شدید واژینال
- جایگاه تحصیلی پایین (مرتبط با فقدان آگاهی)
- جایگاه اقتصادی پایین (در صورتی که خدمات نیاز به پرداخت حق الزحمه داشته باشند منجر به عدم دسترسی می شود).
- وضعیت سلامتی ضعیف (به احتمال بیشتری مبتلا به عوارض پس از سقط می شود)

- تاریخچه قبلی از حاملگی ناخواسته و سقط

عوامل موثر در سطح اجتماعی

- فقدان آگاهی درباره اثرات مضر سقط غیرایمن
- فقدان آگاهی درباره‌ی وخامت خونریزی شدید واژینال (بیش از خونریزی نرمال قاعدگی)
- مسافت دور منزل یک زن /دختر جوان تا تسهیلات بهداشتی که مراقبت مورد نیاز در آنجا دردسترس است که در صورت وجود خونریزی منجر به تأخیر در جستجوی مراقبت و تأخیر در دریافت درمان می‌شود.
- فقدان وسیله حمل و نقل بین منزل و تسهیلات بهداشتی
- فقدان خدمات تنظیم خانواده و مراقبت پس از سقط
- جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین
- باورهای متداول مذهبی و فرهنگی اجتماعی ارائه خدمات را قدغن می‌کند و یا در صورت ارائه، استفاده از آن یا اطلاع-رسانی عمومی آن را ممنوع می‌کند که این امر باعث افزایش میزان استفاده از پزشکان back-street می‌شود.
- قوانین محدود کننده درارتباط با سقط (همانطوریکه در بالا ذکر شد)
- عدم درگیری مردان در موضوعات بهداشت باروری، مردانی که تمایلی به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ندارند.
- جایگاه پایین زنان، برای مثال احتمال دارد که قادر نباشند که در پی دریافت مراقبت بدون اجازه همسر یا عضو سالخورده خانواده باشند.

عوامل موثر مرتبط با خدمات بهداشتی

- تأخیر در شروع روش‌های احیاء برای عوارض پس از سقط
- تخمین کمتر میزان خونریزی
- نبود فرآورده‌های خون و پلاسما

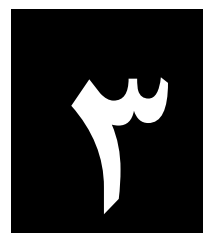
- تکنیک‌های معیوب برای اداره عوارض پس از سقط
- تأخیر در درخواست کمک یا ارجاع زن/دختر جوان به مراکزی که کمک موردنیاز در دسترس است.
- نگرش‌های منفی کارکنان بهداشتی به زنان بویژه آنهاییکه ازدواج نکرده هستند و بویژه نوجوانانی که با عوارض پس از سقط مراجعه می‌کنند.
- کارکنان آموزش ندیده در زمینه اداره سقط ناکامل و عوارض پس از سقط
- کارکنان آموزش ندیده در زمینه اداره عوارض پس از سقط و /یا مشاوره پس از سقط و تنظیم خانواده

کاهش عوامل موثر بر سقط

- ضرورت دارد که اقدامات یا مداخلات زیر برای کاهش عوامل موثر بر سقط انجام بگیرد.
- تمامی زوجها و افراد (شامل زنان ازدواج نکرده و نوجوانان) به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده باکیفیت، مددجومحور و محرمانه دسترسی داشته باشند که طیف وسیعی از روش‌های مدرن خدمات تنظیم خانواده از قبیل روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری را ارائه می‌دهد.
 - مشاوره تنظیم خانواده باید محرمانه و حمایتی بوده و به نیازهای خاص مددجو پاسخ داده و تداوم مراقبت را تسهیل نماید.
 - تمامی ارائه‌دهندگان مراقبت بایستی تدارکات، تجهیزات، اطلاعات و مهارت‌های حرفه‌ای و بین فردی لازم برای حمایت از ارائه مراقبت باکیفیت داشته‌باشند.
 - زنان و خانواده‌های آنها بایستی از طریق کانال‌های ارتباطی مختلف در باره تنظیم خانواده شامل روش‌های پیشگیری اورژانسی مطلع شوند.
 - پیام‌های آموزش بهداشت باید بر اساس بروز و اثر سقط غیرایمن در جوامع باشد و به باورها، نگرش‌ها و عملکردهای افراد حساس باشد.
 - پیام‌های آموزش بهداشت باید اطلاعاتی را درباره‌ی جایگاه قانونی سقط، پیشگیری از حاملگی ناخواسته، اجتناب از سقط غیرایمن و تشخیص و جستجوی مراقبت مناسب برای عوارض سقط ارائه دهد.

- آموزش بهداشت باروری و جنسی جامع که اطلاعاتی را در زمینه رابطه جنسی، تولیدمثل، روش‌های پیشگیری از بارداری و ارتباطات جنسی عرضه دارد، بایستی به تمامی نوجوانان و اشخاص جوان ارائه شود.
- اطلاعات معتبر و مشاوره دلسوزانه بایستی به زنانی که حاملگی ناخواسته را تجربه کرده‌اند، ارائه شود.
- خدمات باکیفیت سقط ایمن بایستی در محدوده قوانین به شکل وسیعی موجود بوده و قابل دسترس و قابل پرداخت باشد.
- تمامی زنان بایستی به خدمات باکیفیت برای درمان عوارض سقط شامل مشاوره و روش‌های تنظیم خانواده پس از سقط دسترسی داشته باشند.
- اجزای مهم مراقبت پس از سقط بایستی درمان اورژانسی عوارض سقط، مشاوره و خدمات تنظیم خانواده را شامل شده و با خدمات جامع بهداشت باروری ادغام شود.
- به منظور پیشگیری از مرگ و میر مرتبط با سقط، مراقبت اورژانسی پس از سقط بایستی در طی ۲۴ ساعت شبانه‌روز در دسترس باشد.
- مراکز بهداشتی باید کارکنان آموزش دیده و مدرک‌دار، پروتکل‌های خاص برای درمان، هماهنگی خوب بین واحدها/دپارتمان‌های مرتبط با مراکز و ارتباطات عملکردی بین مراکز به منظور ارجاع داشته باشند.
- علاوه بر موارد فوق، ضرورت دارد که سیاستگذاران، ایجاد تغییرات را در جوامع و در سطح ملی تشویق نمایند به منظور اینکه:
- به آن دسته از عوامل قانونی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی که دسترسی زنان را به بهداشت باروری و جنسی شامل خدمات سقط ایمن و روش‌های پیشگیری از بارداری محدود می‌کنند، پرداخته شود
- گام‌های مورد نیاز در زمینه حذف تمامی اشکال خشونت جنسی و کاهش نابرابری‌ها بین زنان و مردان برداشته شده و سیاستگذاری حساس جنسیتی تشویق شود.
- به حاملگی‌های ناخواسته در بین اشخاص جوان پرداخته شده و نگرش‌های تنبیهی به سمت دختران جوانی که باردار می‌شوند تغییر داده شود.
- درگیری مردان تشویق شود تا منجر به رفتار منصفانه و مسئولانه آنها در ارتباطات جنسی، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، بارداری و مراقبت از کودک شود.

شناسایی مشکل



جلسه ۳

شناسایی مشکل

اهداف این جلسه

- قادرسازی دانشجویان به ارزیابی و شناسایی عوارض سقط

اهداف درسی

در پایان جلسه ۳، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- گام‌های درگیر در ارزیابی اولیه بیمار با تظاهرات سقط احتمالی را توصیف نمایند.
- گام‌های درگیر در ارزیابی بالینی کامل بیمار با تظاهرات سقط احتمالی را توصیف نمایند.
- توانایی برای اخذ شرح حال را نشان دهند.
- توانایی برای انجام معاینه فیزیکی را نشان دهند.
- توضیح دهند که چگونه تشخیص برپایه داده‌های ارزیابی انجام می‌گیرد.

برنامه

سخنرانی

ایفای نقش/بازی‌ها و تمرینات شبیه‌سازی شده

بازخورد و بحث

نمایش و نمایش‌های عملکردی

کار گروهی

بازخورد و بحث

زمان کلی: تقریباً دو و نیم ساعت

منابع

آموزش‌ها برای کار گروهی - ایفای نقش/بازی شبیه‌سازی شده

توصیف نشانه‌ها برای ایفای نقش/شبیه‌سازی

آموزش‌ها برای کار گروهی

برگه کار عوارض برای کار گروهی

نکات کلیدی برای برگه کار عوارض

Bennett RV, Brown LK (eds.) Myles textbook for midwives. 12th ed. London, Churchill Livingstone, 1993.
Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/FHE/MSM/94.1).
Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995.
Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

این جلسه شامل شناسایی مشکل برای دادن یک تشخیص صحیح است، که اغلب شامل مطرح کردن تشخیص‌های افتراقی می‌باشد (یعنی تصمیم‌گیری از بین دو یا بیشتر از دو عارضه که ممکن است سبب ایجاد علائم و نشانه‌های ثبت شده در ارزیابی بیمار شده باشد).

در ارتباط با سقط، نیاز است که دانشجویان بدانند:

- چه علائمی را جستجو نمایند.
- چه توجهاتی انجام بگیرد.
- چه سوالاتی پرسیده شود.
- چگونه از اطلاعات جمع‌آوری شده برای دادن تشخیص استفاده نماید.

مهم است که در شناسایی عوارض سقط ارتباطات کلامی و غیرکلامی و مهارت‌های بین فردی خوب وجود داشته باشد. توانایی برای دسترسی، معاینه و تفسیر یافته‌ها نه تنها در شناسایی مشکل مهم خواهد بود، بلکه در رسیدن به یک تشخیص درست هم مهم می‌باشد.

فرایند شناسایی مشکل شامل انجام یک ارزیابی سریع برای هر موقعیت اورژانسی و اداره مناسب آن است. بعد از تثبیت وضعیت بیمار، شرح حال مناسب، معاینه فیزیکی و تفسیر یافته‌ها انجام می‌گیرد.

ارزیابی اولیه

خانمی که با تظاهرات سقط احتمالی مراجعه می‌کند، ممکن است از عوارض تهدیدکننده حیات مانند شوک، خونریزی شدید، آسیب داخل شکمی و / یا سپسیس رنج ببرد. به همین خاطر مهم است که یک ارزیابی اولیه سریع و صحیح شروع شود تا مطمئن شویم که اقدامات ضروری برای تثبیت وضعیت بیمار و درمان شروع شده است.

شناسایی بیماران سقط کرده

هر خانمی در سنین باروری که دو تا از سه علائم و نشانه‌های زیر را داشته باشد، بایستی به عنوان یک بیمار با سقط احتمالی مورد توجه قرار گیرد.

- خونریزی واژینال، لباس‌های خون‌آلود ممکن است نشان‌دهنده خونریزی شدید باشد.
- کرامپ و / یا درد قسمت تحتانی شکم
- سابقه‌ای از آمنوره (عدم قاعدگی به مدت بیش از یک ماه)
- اگر هیچ‌کدام از موارد بالا وجود نداشته باشد، تشخیص دیگری باید مورد توجه قرار گیرد و از پروتکل‌های بالینی برای ارجاع یا درمان پیروی شود.

در صورت شک به شوک در ارزیابی سقط

بیمار باید فوراً از نظر موارد ذیل بررسی شود:

- نبض سریع، ضعیف - با تعداد ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر
- تنفس سریع - با تعداد ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر
- فشار خون پایین - فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه

- رنگ پریدگی - قسمت داخلی پلک چشم، زبان و اطراف دهان یا کف دست‌ها
 - تعریق
 - مضطرب، گیج یا عدم هوشیاری
- در صورت شک به شوک، درمان شوک باید فوراً شروع شود.
- حتی اگر هیچ کدام از این علائم در ارزیابی اولیه وجود نداشته باشد، احتمال ایجاد شوک حتماً باید به خاطر سپرده شود.

ارزیابی کامل بالینی

چندین عارضه تهدید کننده حیات ممکن است در همان زمان وجود داشته باشد. یک ارزیابی کامل بالینی برای تعیین تمامی عوارض موجود به منظور تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان عوارض لازم است. جدول ۳ خلاصه‌ای از ارزیابی کامل بالینی را نشان می‌دهد.

مهم است که در نظر داشته باشیم و به خانم اطمینان خاطر بدهیم که هر گونه ارتباط به شکل محرمانه خواهد بود و این رازداری در طی معاینه بالینی و درمان نیز ادامه خواهد داشت.

شرح حال

ایجاد یک رابطه بین فردی خوب با ارتباطات دوطرفه و باز بین زن و کارکنان مراقبت بهداشتی برای جمع‌آوری تمامی اطلاعات مرتبط با عارضه خانم مهم است. خانم ممکن است بی میل باشد که سابقه حاملگی ناخواسته و تلاش برای ختم آن را آشکار نماید. مهم است که کارکنان بهداشتی نگرش‌های قضاوتی منفی چه به صورت کلامی و چه غیر کلامی ابراز نکنند.

مهم است که در طی اخذ شرح حال اطلاعات به روش ذیل ارائه شود:

- از جملات کوتاه و با زبان قابل فهم برای خانم استفاده کنید.
 - اطلاعات را در یک توالی منطقی ارائه دهید.
 - نکات مهم را تکرار کنید.
 - در فضای راحت برای خانم صحبت کنید.
- مهم است که در طی اخذ شرح حال مهارت‌های گوش دادن و سوال کردن را به کار گیرید:
- با دقت به سخنان خانم گوش دهید (تا اینکه به این فکر کنید که چه چیزی شما می‌خواهید که بگویید)
 - احساسات و نگرانی‌های زن را تأیید کنید.
 - هر از چند گاهی سکوت را حفظ کنید و به خانم فرصت پرسیدن سوالات را بدهید و به سکوتش احترام بگذارید.
 - عجله نکنید و مطابق با سرعت خانم حرکت کنید.
 - آن چیزی را که شما می‌شنوید در همان زمان و بعد از آن تکرار کنید، برای اینکه شما بدانید که شما به طور صحیح فهمیده‌اید.
 - خانم را به سوال کردن تشویق کنید و پاسخ‌های واضح ارائه دهید.
 - همان سوالات را به شیوه‌های متفاوت بپرسید، اگر فکر می‌کنید که او نفهمیده است.
 - از پرسیدن سوالاتی که با کلمه "چرا" شروع می‌شود و ممکن است قضاوتی به نظر برسد، اجتناب کنید.
 - به خانم اطمینان خاطر بدهید که احساسات او با دیگران در شرایط مشابه مشترک هستند.
 - روش‌های غیر کلامی را بکار گیرید مانند:

- راحت بنشینید و به طرف بیمار خم شوید.
 - تماس چشمی را حفظ کنید، به طور مستقیم به بیمار نگاه کنید، اما خیره نشوید.
 - حالت‌های تشویق‌کننده مانند تکان دادن سر و خم شدن به جلو نشان دهید.
 - از تون صدایی استفاده کنید که علاقه و نگرانی شما را نشان دهد.
 - به ارتباطات غیرکلامی بیمار مانند بی‌قراری، چین‌های چهره توجه کنید.
 - از حرکات انحرافی مانند نگاه کردن به ساعت، مقالات یا اطراف اتاق پرهیز کنید.
 - از اخم کردن یا اظهار خستگی (خمیازه کشیدن) یا قضاوت اجتناب کنید.
- علاوه بر گرفتن اطلاعات در مورد مشکل فعلی، ممکن است همچنین مفید باشد که سوال کنید در مورد:

- وضعیت واکسیناسیون کزاز
- تاریخچه‌ای از اختلال خونریزی (برای مثال اختلال پلاکت)
- داروهایی که در حال حاضر استفاده می‌کند.
- استفاده فعلی از روش‌های پیشگیری (برای مثال روشی که در حال حاضر استفاده می‌کند، مانند وسیله داخل رحمی)
- وضعیت HIV

معاینه فیزیکی

در طی معاینه فیزیکی، یک معاینه کامل شامل معاینه عمومی انجام دهید. علائم حیاتی را اندازه بگیرید و ثبت کنید. به وضعیت جسمانی عمومی و سلامتی بیمار توجه کنید. هرگونه صدمات جسمانی را جستجو نموده و ثبت نمایید. تمامی دستگاه‌های بدن را بر اساس اسلوب و قاعده معاینه کنید.

در طی معاینه شکم به وجود یا نبود صداهای روده توجه کنید. وجود یا عدم وجود صداهای روده و تندرست و سفتی شکم و وجود هرگونه توده را ثبت کنید. علائم التهاب پریتون از قبیل گاردینگ (guarding) و ریپاند تندرست را چک کنید. لمس رحم در بالای سمفیزپوبیس، سن حاملگی ۱۲ هفته یا بیشتر را نشان می‌دهد.

معاینه لگن

معاینه لگن برای تشخیص و درمان بیماران سقط کرده لازم است. مخصوصاً اگر این معاینه، اولین معاینه لگنی خانم باشد (به علت اینکه فرد ممکن است یک بیمار نوجوان باشد)، باید هدف معاینه و نحوه انجام آن توضیح داده شود. به آرامی زن را ترغیب کنید که قبل از انجام معاینه رضایت بدهد.

معاینه با اسپکولوم

هدف معاینه با اسپکولوم، تعیین مرحله سقط، کشف علائم عفونت و توجه به هرگونه صدمه سرویکس یا واژن است. دیواره‌های واژن و سرویکس باید مطابق ذیل معاینه شود.

خونریزی: مقدار و محل خونریزی را تعیین کنید. منشأ خون ممکن است از رحم، پارگی‌های واژن یا سرویکس یا هر دو باشد.

محصولات حاملگی: اگر هرگونه محصول حاملگی در واژن یا سوراخ سرویکس قابل رویت باشد، به طور ملایم بافت را با رینگ فورسپس بردارید و بافت را برای معاینه نگهدارید. برداشت فوری بافت از سوراخ سرویکس خونریزی را کاهش داده و نشانه‌های سقط را در خانم تسکین می‌دهد.

دیلاتاسیون سرویکس: به بسته بودن یا میزان بازبودن سرویکس توجه کنید.

ترشح از سرویکس: مقدار، رنگ و بوی ترشح را چک کنید. وجود ترشح چرکی یا با بوی متعفن، وجود سقط عفونی توأم با محصولات عفونی حاملگی یا وجود عفونت مجرای تناسلی را نشان می‌دهد.

پارگی‌ها و مواد خارجی: به وجود هرگونه پارگی‌های واژن یا سرویکس و مقدار خونریزی از این صدمات توجه کنید. در صورت خونریزی شدید، ممکن است پارگی‌ها به بخیه زدن فوری نیاز داشته باشند. وجود چرک یا مواد خارجی (برای مثال تکه-هایی از ریشه یا شاخه کوچک) نشان‌دهنده عفونت است. وجود صدمه در سرویکس یا واژن، به احتمال بیشتری در نتیجه تلاش برای انجام سقط غیرایمن است.

معاینه دودستی

هدف معاینه دودستی، تأیید وجود حاملگی، ارزیابی اندازه و جایگاه رحم، تعیین درجه دیلاتاسیون سرویکس و توجه به هرگونه تدرنس، توده یا آنومالی‌ها است.

اندازه رحم: قبل از شروع پروسیجر تخلیه رحم ضرورت دارد که اندازه رحم را به طور صحیح به هفته مشخص نمائیم. یافته‌های معاینه شکمی به ایجاد یک قضاوت صحیح از اندازه رحم بویژه در موارد پیشرفته بودن حاملگی کمک خواهد کرد. اندازه رحم سنجیده شده به وسیله معاینه دودستی بایستی با اندازه مورد انتظار رحم بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) مقایسه شود. اگر بعد از معاینه دودستی سوالاتی درباره اندازه رحم وجود داشته باشد، اسکن اولتراسوند در صورت امکان پذیر بودن بایستی انجام بگیرد. اگر این کار امکان نداشته باشد، یک نفر دوم از کارکنان بهداشتی با تجربه باید اندازه تخمین زده شده رحم را تأیید نماید. خطرات تخلیه رحم با افزایش اندازه رحم، افزایش می‌یابد.

جایگاه رحم: جایگاه رحم و مسیر کانال سرویکس بایستی تعیین شود. به وضعیت رتروورسه^۱، آنتی ورسه^۲، رتروفلکسیون^۳ و انحراف لترال^۴ رحم توجه شود. یک رحم رتروورسه یا رتروفلکس ممکن است از طریق معاینه ملایم رکتوواژینال قابل لمس باشد. شناخت جایگاه رحم و مسیر کانال سرویکس، کارکنان بهداشتی را قادر خواهد ساخت که این عوامل را برای اجتناب از سوراخ کردن رحم یا آسیب به سرویکس در زمان وارد نمودن ابزارها در نظر بگیرد.

تدرنس: به وجود هرگونه تدرنس در هنگام لمس رحم، لوله‌های فالوپ و تخمدان‌ها یا در زمان حرکت دادن رحم توجه شود. تدرنس لگنی یا شکمی ممکن است نشان‌دهنده عفونت یا آسیب باشد، در حالیکه تدرنس در اطراف لوله‌های فالوپ و تخمدان‌ها ممکن است با حاملگی خارج رحمی و/یا عفونت همراه باشد.

- 1- Retroversion
- 2- Anteversion
- 3- Retroflexion
- 4- Lateral deviation

جدول ۳: خلاصه ای از ارزیابی کامل بالینی

<p>اطلاعات زیر را از خانم یا یکی از خویشاوندان او به دست آورید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ آمنوره: آخرین دوره قاعدگی چه زمانی بود. ▪ خونریزی: طول مدت، مقدار و وجود لخته‌ها یا تکه‌هایی از بافت ▪ کرامپ: طول مدت، شدت و محل ▪ درد شکمی یا شانه ▪ تب، لرز، بی‌حالی عمومی یا ضعف ▪ دخالت در حاملگی: چه وقت و چگونه تلاش برای ختم حاملگی انجام گرفته‌است. ▪ مشکلات بارداری و زایمان قبلی: ماهیت مشکل و چگونگی اداره آن ▪ حساسیت‌های دارویی: از قبیل واکنش به بی‌حسی موضعی 	<p>تاریخچه</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ گرفتن و ثبت علائم حیاتی- درجه حرارت، نبض، تنفس و فشارخون ▪ توجه به سلامت عمومی زن- برای مثال وجود سوء‌تغذیه، کم‌خونی، سلامتی عمومی ضعیف، بررسی صدمات جسمانی ▪ کرامپ- طول مدت، شدت و محل ▪ معاینه قلب و ریه ▪ معاینه شکم- گوش دادن به صداهای روده، بررسی اتساع و سفتی، لمس ملایم توده‌های شکمی، بررسی ریباندتندرنس^۱ 	<p>معاینه فیزیکی عمومی</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ انجام معاینه با اسپکولوم ▪ برداشت هرگونه محصولات حاملگی قابل رویت از کانال واژن یا سوراخ سرویکس ▪ توجه به مقدار خونریزی و باز و بسته بودن سرویکس ▪ بررسی پارگی‌های واژن و سرویکس ▪ توجه به وجود ترشح با بوی چرکی ▪ انجام معاینه دودستی برای تخمین اندازه رحم، بررسی توده‌های لگنی، درد لگن (توجه به شدت، محل و علت درد) 	<p>معاینه لگن</p>

Adapted from Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/FHE/MSM/94.1).

^۱ - برای بررسی ریباندتندرنس شکم را لمس کنید و سپس دست‌هایتان را به طور ناگهانی بردارید. اگر برداشتن دست‌ها درد ایجاد کند یا درد را بدتر کند، ریباندتندرنس وجود دارد. ریباندتندرنس یک علامت التهاب پریتونئ است.

توده‌ها/ آنومالی‌ها: توده‌های غیرمعمول لگنی یا آنومالی‌ها بایستی مورد توجه قرار گیرد، به علت اینکه اینها احتمالاً نشان‌دهنده وجود حاملگی خارج رحمی، تومور تخمدانی یا فیبروم رحمی می‌باشند.

تست‌های آزمایشگاهی، اشعه X و سونوگرافی

بعد از معاینه کامل بالینی، انجام تست‌های خاص آزمایشگاهی، رادیوگرافی با اشعه X و استفاده از اولتراسوند می‌تواند در ارزیابی و درمان عوارض سقط مطابق جدول ۴ مفید باشد.

جدول ۴: تست‌های آزمایشگاهی، اشعه X و سونوگرافی

تست	استفاده بالقوه
هموگلوبین و هماتوکریت	در موارد شوک، خونریزی شدید واژینال، آسیب مشکوک داخل شکمی یا کم‌خونی - سطح هموگلوبین برای تعیین نیاز به ترانسفوزیون ارزیابی می‌شود.
نوع گروه خون و کراس‌مچ	در موارد شوک، خونریزی شدید واژینال، آسیب مشکوک داخل شکمی یا کم‌خونی - برای تعیین مناسب بودن خون برای ترانسفوزیون انجام می‌گیرد.
شمارش کامل خون	در موارد شوک، خونریزی شدید واژینال، آسیب مشکوک داخل شکمی یا کم‌خونی - برای تعیین سطوح پلاکت، شمارش گلبول‌های سفید خون به منظور تصمیم در مورد مداخله
آزمایش Rh	آزمایش Rh باید برای تعیین وضعیت Rh زن انجام بگیرد تا در صورتیکه Rh زن منفی باشد، درمان پروفیلاکسی بر علیه ایزوایمونیزاسیون Rh انجام بگیرد.
اولتراسوند	در موارد حاملگی نابجای مشکوک یا اندازه رحم نامطمئن برای تأیید تشخیص انجام می‌گیرد.
رادیوگرافی شکم با اشعه X	فقط در موارد عفونت شدید یا آسیب مشکوک داخل شکمی برای تعیین و تأیید وسعت صدمه
غربالگری عفونت‌های منتقله از طریق جنسی و مشاوره و آزمایش داوطلبانه برای HIV، مگر در صورتیکه وضعیت HIV قبلاً شناخته شده باشد	مهم است که هر دو تست برای تمامی زنان ارائه شود، بویژه این موضوع در موارد حاملگی توأم با خشونت، دختران حامله خیلی جوان و موارد سقط‌های غیرایمن اهمیت دارد.

تشخیص

برای دادن یک تشخیص و تعیین نیاز زن به درمان فوری، مشاهدات انجام گرفته و اطلاعات جمع‌آوری شده در طی معاینه باید با نشانه‌ها و علائم هریک از عوارض زیر مقایسه شود.

خونریزی واژینال کم تا متوسط

اکثر زنان مبتلا به سقط ناقص، خونریزی واژینال کم تا متوسط دارند که تهدید کننده حیات نیست. اما چون احتمال بدتر شدن عارضه وجود دارد، لذا درمان نباید به تأخیر بیفتد. علائم زیر خونریزی سبک تا متوسط را نشان می‌دهد:

- نوار بهداشتی تمیز، خیس نشدن با خون بعد از ۵ دقیقه
- خون تازه بدون لخته
- خون آغشته به موکوس

خونریزی شدید واژینال

اگر خانمی هر کدام از علائم زیر را داشته باشد او خونریزی شدید داشته و درمان فوری برای جایگزینی مایعات از دست رفته و کنترل خونریزی نیاز است:

- خونریزی واژینال شدید به رنگ قرمز روشن با یا بدون لخته
- نوارهای بهداشتی، دستمال‌ها یا لباس‌های خیس شده با خون در عرض ۵ دقیقه
- رنگ پریدگی

آسیب داخل شکمی

اگر خانمی هر یک از علائم و نشانه‌های لیست شده در جدول زیر را داشته باشد، او ممکن است یک آسیب داخل شکمی داشته باشد. همچنین تشخیص‌های افتراقی باید شامل حاملگی نابجا و آپاندیسیت باشد.

علائم	نشانه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> ▪ شکم متسع ▪ کاهش صداهای روده ▪ شکم سفت ▪ ریباندتندرنس 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهوع/استفراغ ▪ درد شانه ▪ تب ▪ درد شکمی، کرامپ

سپسیس

هر خانمی که علائم و نشانه‌های لیست شده در جدول زیر را داشته باشد، ممکن است عفونت موضعی یا ژنرالیزه (سپتی سمی) داشته باشد.

علائم	نشانه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> ▪ لرز یا تعریق ▪ ترشح واژینال با بوی عفونی ▪ شکم متسع ▪ ریباندتندرنس 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ سابقه‌ای از دخالت در حاملگی ▪ درد شکمی ▪ وجود IUD در محل ▪ خونریزی طول کشیده

▪ فشار خون مختصر پایین (هیپوتانسیون خفیف)

▪ ناراحتی عمومی؛ نشانه‌های مشابه آنفلوآنزا

در حین اینکه عوارض تهدید کننده حیات باید بدون تأخیر درمان شوند، درمان قطعی به مرحله سقط بستگی خواهد داشت. جدول ۵ شامل اطلاعاتی در مورد یافته‌های معاینه لگنی است که برای تعیین مرحله سقط و تصمیم‌گیری در مورد درمان مناسب می‌تواند مورد مقایسه قرار گیرد.

جدول ۵: تشخیص سقط

تشخیص	خونریزی	سرویکس	اندازه رحم	سایر علائم
تهدید به سقط	کم تا متوسط	بدون دیلاته	برابر با طول مدت حاملگی	تست حاملگی مثبت کرامپ نرمی رحم
سقط غیرقابل اجتناب	متوسط تا شدید	دیلاته	کمتر یا برابر با طول مدت حاملگی	کرامپ رحم تندر / سفت
سقط ناقص	مختصر تا شدید	دیلاته	کمتر یا برابر با طول مدت حاملگی	خروج نسبی محصولات حاملگی رحم تندر / سفت
سقط کامل	مختصر تا متوسط	دیلاته یا بسته	کمتر از طول مدت حاملگی	خروج کامل محصولات حاملگی
سقط فراموش شده	کم یا هیچ	بسته	کمتر یا برابر با طول مدت حاملگی	جنین مرده: تأخیر در خروج کاهش علائم حاملگی

منبع: Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva,

World Health Organization, 1994 (WHO/FHE/MSM/94.1).

راهنما برای مدرس

در این مرحله، اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی و تشخیص به شکل تئوری توضیح داده می‌شود. معلم باید نحوه اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی را شبیه‌سازی و نمایش دهد. بعد از آن دانشجویان یک شبیه‌سازی و نمایش برگشتی را با استفاده از چک‌لیست انجام می‌دهند.

آموزش‌ها برای شبیه‌سازی ایفای نقش و نمایش

هدف این فعالیت، دادن فرصت به دانشجویان برای ایفای نقش/مشاهده فرایند اخذ شرح حال و انجام معاینه فیزیکی در زنی با تظاهرات سقط احتمالی است.

- معلم از یک داوطلب درخواست می‌کند که به عنوان یک بیمار عمل کند.
- معلم به عنوان یک ارائه دهنده خدمت عمل می‌کند.
- معلم نحوه اخذ شرح حال، ارتباط، مهارت‌های بین فردی و معاینه فیزیکی را شبیه‌سازی می‌کند.
- بعد از شبیه‌سازی و نمایش، زمانی را به بحث اختصاص می‌دهد.
- مشارکت‌کنندگان را به گروه‌های سه نفره تقسیم می‌کند.
- یکی به عنوان ارائه دهنده خدمت
- یکی به عنوان بیمار
- یکی به عنوان مشاهده‌گر
- بیمارانی را برای ایفای نقش به مشارکت‌کنندگان معرفی کنید.
- مطمئن شوید که تمامی مشارکت‌کنندگان فرصت ایفای نقش را در هر جایگاهی دارند.
- فضا/اتاق‌هایی را تدارک ببینید که می‌تواند برای شبیه‌سازی فضا/اتاق مناسب برای گرفتن شرح حال استفاده شود.
- آموزش‌ها برای دانشجویان را مرور کنید-ایفای نقش را در کلاس شبیه‌سازی کنید تا مطمئن شوید که دانشجویان آنچه که از آنها انتظار می‌رود را می‌فهمند.
- ضرورت غیرقضاوتی بودن ماما در رویکردش و داشتن ارتباطات دوطرفه، شفاف و باز با بیمار را به اعضای گروه یادآوری کنید.
- ۲۰ دقیقه به هر گروه فرصت دهید تا فعالیت خود را تکمیل کنند.
- مدت زمانی را برای هر گروه صرف کنید و بر فعالیت آنها نظارت داشته باشید. این کار فرصتی را در اختیار شما قرار خواهد داد تا مطمئن شوید که فعالیت مطابق برنامه پیش می‌رود و به درون‌داد هر دانشجو توجه کنید.

بازخورد و بحث

در طی بازخورد، از "بیمار" هر گروه بپرسید که آیا اطلاعاتی وجود داشت که ماما اخذ نکرد. دو ستون در تخته‌سیاه یا فیلپ‌چارت رسم کنید و عنوان "مهارت‌های مفید مصاحبه" و "روش‌های بهبود مهارت‌های مصاحبه" را بنویسید. از مشاهده‌گر گروه‌ها درخواست کنید تا «مهارت‌های مفید مصاحبه» را که به وسیله آنها در طی ایفای نقش توجه شده است، را تعیین نماید. سپس از آنها درخواست کنید که «روش‌های بهبود مهارت‌های مصاحبه» را تعیین نماید. همین کار را برای معاینه فیزیکی انجام دهید.

سوالات کلاسی

امتحان زیر به عنوان یک تمرین سوال-جواب کلاسی می‌تواند انجام شود. هر سوال را برای کلاس بخوانید و اجازه دهید که دست‌هایشان را برای دادن پاسخ بلند کنند. اگر یک جواب نادرست داده شود. پاسخ صحیح را ارائه دهید. از پذیرش جواب‌ها از همان دانشجو اجتناب کنید. این امتحان به شما فرصتی را می‌دهد که سطح آگاهی کسب شده توسط دانشجویان را تا اینجا ارزیابی کنید. تمامی دانشجویان را برای مشارکت تشویق کنید.

آموزشها برای دانشجویان: شبیه سازی ایفای نقش

۱. عضوی از گروه را برای بازی کردن نقش «بیمار» منصوب کنید. از مطالعات موردی ارائه شده به گروه‌تان استفاده کنید. بیمار ممکن است اطلاعاتی را بدهد اگر ماما سوالاتی را بپرسد که نشانه‌های مطالعه موردی را پوشش ندهد.
۲. عضوی از گروه را برای ایفای نقش «ماما» منصوب کنید که شرح حالی را از بیمار بگیرد.
۳. بقیه اعضای گروه ایفای نقش را مشاهده می‌کنند، توجه خاصی به مهارت‌های مصاحبه ماما می‌کنند.
۴. شما ۲۰ دقیقه زمان برای کامل کردن فعالیت دارید.

مطالعات موردی برای شبیه سازی /ایفای نقش

بیمار ۱

شما یک خانم ۳۰ ساله هستید که دور از نزدیکترین تسهیلات مراقبت بهداشتی زندگی می‌کنید. نشانه‌های شما شدید نیستند و اما خاله‌تان شما را برای رفتن به مرکز بهداشتی جهت درمان تشویق می‌کند. نشانه‌های شما شامل موارد زیر هستند:

- خونریزی متوسط به مدت سه روز
- آخرین قاعدگی ۷ هفته قبل بوده‌است.
- مختصری کرامپ شکمی اما نه شدید
- سابقه دو تولد قبلی
- سابقه یک مورد سقط قبلی
- استفاده از روش‌های تزریقی برای پیشگیری از حاملگی و آخرین تزریق ۷ ماه قبل بود.

بیمار ۲

شما یک دختر ۱۶ ساله هستید که تنها به مرکز بهداشت مراجعه کرده‌اید. شما خیلی مضطرب هستید که خانواده‌تان از وضعیت شما آگاهی پیدا کنند. شما درد قابل توجهی دارید. نشانه‌های شما به شرح ذیل هستند:

- خونریزی متوسط به مدت ۷ روز
- آخرین پریود در حدود ۱۱ هفته قبل بوده‌است.
- کرامپ شدید به مدت ۴ روز
- لرز و تعریق

- ترشح واژینال قهوه‌ای رنگ با بوی عفونی
- بدون سابقه قبلی حاملگی
- عدم استفاده از هر گونه روش ضدبارداری

بیمار ۳

شما یک خانم ۳۴ ساله و مادر هفت بچه هستید که به علت درد شدید به مرکز بهداشتی مراجعه کردید و خیلی می‌ترسید. نشانه‌های شما شامل موارد زیر هستند:

- آخرین پریود ۸ هفته قبل بوده است.
- کرامپ متوسط در ۱۲ ساعت گذشته
- خونریزی شدید
- درد شدید شکمی
- درد شانه سمت راست
- استفاده از روش منقطع به عنوان روش ضدبارداری

امتحان سقط

۱. تعداد تخمینی سقط‌هایی که روزانه در سراسر جهان رخ می‌دهد، چه قدر است؟

۵۵۰۰۰

۲. چند درصد از سقط‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد؟

۹۵ درصد

۳. سه علامت یا نشانه سقط ناقص چیست؟

خونریزی واژینال، کرامپ شکمی، درد قسمت تحتانی شکم

۴. سه عارضه‌ای که به طور مکرر در سقط ناقص دیده می‌شود، کدام‌ها هستند؟

سه عارضه از عوارض زیر: شوک، آسیب داخل شکمی، سوراخ شدن رحم، عفونت، سپسیس، خونریزی

۵. در کدام یک از سه مرحله سقط نیاز به برداشتن بافت باقیمانده حاملگی وجود دارد: تهدید به سقط، سقط ناقص، سقط اجتناب ناپذیر، سقط فراموش شده، سقط کامل

سقط ناقص، سقط اجتناب ناپذیر، سقط فراموش شده، سقط کامل

سقط اجتناب ناپذیر، سقط ناقص، سقط فراموش شده

۶. پنج عامل خطر فردی برای سقط چیست؟

هر کدام از ۵ عامل زیر: فعالیت جنسی در سنین جوانی، فقدان آگاهی درباره‌ی تنظیم خانواده؛ فقدان آگاهی درباره محل دریافت

خدمات تنظیم خانواده؛ عدم تمایل به استفاده از روش‌های تنظیم خانواده؛ ناتوانی برای استفاده موثر از روش‌های تنظیم خانواده؛

شکست روش‌های پیشگیری از بارداری؛ فقدان آگاهی درباره اثرات مضر سقط غیرایمن؛ فقدان آگاهی درباره‌ی وخامت خونریزی

شدید واژینال؛ جایگاه تحصیلی پایین؛ جایگاه اقتصادی پایین؛ وضعیت سلامتی ضعیف؛ باورهای فرهنگی-اجتماعی و مذهبی که

سقط را ممنوع می‌کند؛ تاریخچه قبلی از حاملگی ناخواسته و سقط

۷. پنج عامل خطر اجتماعی برای سقط چیست؟

هر کدام از ۵ عامل زیر: فقدان آگاهی درباره اثرات مضر سقط غیرایمن؛ فقدان آگاهی درباره‌ی وخامت خونریزی شدید واژینال؛

مسافت دور منزل یک زن / دختر جوان تا تسهیلات بهداشتی که مراقبت مورد نیاز در آنجا دردسترس است؛ فقدان وسیله حمل و

نقل بین منزل و تسهیلات بهداشتی؛ فقدان خدمات تنظیم خانواده و مراقبت پس از سقط؛ جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین؛

وضعیت آموزشی پایین؛ باورهای مذهبی و فرهنگی اجتماعی متداول که ارائه خدمات را ممنوع می‌کند؛ قوانین محدودکننده مرتبط با سقط

۱. پنج عامل خطر خدمات بهداشتی مرتبط با سقط چیست؟

هر کدام از ۵ عامل زیر: تأخیر در شروع روش‌های احیاء برای عوارض پس از سقط؛ تخمین کمتر میزان خونریزی؛ نبود فرآورده‌های خون و پلاسما؛ تکنیک‌های معیوب برای اداره عوارض پس از سقط؛ تأخیر در درخواست کمک یا ارجاع زن به مراکزی که کمک مورد نیاز در دسترس است؛ نگرش‌های منفی کارکنان بهداشتی به زنانی که با عوارض پس از سقط مراجعه می‌کنند؛ کارکنان آموزش ندیده در زمینه اداره سقط ناکامل و عوارض پس از سقط؛ کارکنان آموزش ندیده در زمینه مشاوره پس از سقط و تنظیم خانواده

۹. در هنگام گرفتن شرح حال از بیمار با سقط احتمالی، چه اطلاعات خاصی باید پرسیده شود؟

- آمنوره: آخرین پرئود قاعدگی چه زمانی بود

- خونریزی- طول، مقدار و وجود لخته‌ها یا تکه‌هایی از بافت

- کرامپ- طول، شدت و محل

- درد شکمی یا شانه

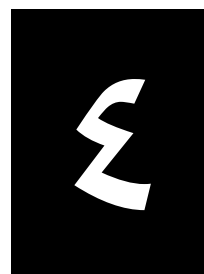
- تب، لرز، بی حالی یا ضعف عمومی

- مداخله غیرمجاز در حاملگی

- مشکلات قبلی مامایی و زنان

- حساسیت‌های دارویی

اداره سقط ناقص: مراقبت پس از سقط



جلسه ۴

اداره سقط ناقص: مراقبت پس از سقط

هدف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان به شناخت نحوه اداره عوارض سقط

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه اول، دانشجویان قادر خواهند بود:

- اداره شوک متعاقب سقط را توضیح دهند.
- اداره خونریزی متعاقب سقط را توضیح دهند.
- اداره صدمه داخل شکمی متعاقب سقط را توضیح دهند.
- اداره سپسیس متعاقب سقط را توضیح دهند.
- اهمیت استفاده از مهارت‌های ارتباطی خوب در هنگام ارائه اطلاعات و مشاوره پس از سقط را به بیماران توضیح دهند.
- توانایی مشاوره با مددجویان در زمینه خدمات تنظیم خانواده را نمایش دهند.

طرح درسی

سخنرانی

امتحان کلاسی

بازخورد و بحث

زمان کلی: تقریباً ۲/۵ ساعت

منابع

توضیحات

مدل‌ها، برای مثال مدل لگن

تصاویر

Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/MSM/94.1).

Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995.

Preventing HIV transmission in health facilities. Geneva, World Health Organization, 1995 (GPA/TCO/HCS/95.16).

Yordy L, Hogan LA, Winkler J. Manual vacuum aspiration: guide for clinicians. Carrboro, IPAS, 1993.

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization (WHO/RHR/00.7).

این جلسه اطلاعاتی را درباره‌ی اداره‌ی سقط ناقص ارائه می‌دهد که بر پایه جلسه قبلی تدوین می‌شود. اما چگونگی انجام پروسیجر اسپیراسیون تخلیه دستی در جلسه آورده شده است.

به دانشجویان یادآوری کنید که شوک، خونریزی شدید، آسیب داخل شکمی و سپسیس شایع‌ترین عوارض تهدیدکننده حیات مرتبط با سقط هستند (بنابراین برخی از نکات مطرح شده در جلسه قبل در این جلسه تکرار خواهد شد). بر این نکته تأکید کنید که حتی اگر این عوارض در هنگام مراجعه خانم به تسهیلات مراقبت بهداشتی وجود نداشته باشد، خود سقط ناقص می‌تواند در صورت تأخیر در درمان تهدیدکننده حیات باشد. بنابراین، در ارزیابی عوارض، دانشجویان باید اصول زیر را بکار برند.

- سرعت (عکس‌العمل سریع به نیازهای زن، بدون تأخیر غیرضروری)
 - مهارت‌ها (به کارگیری مهارت‌های نجات بخش زندگی برای درمان عوارض شناسایی شده)
 - اولویت‌بندی اقدامات (ارائه مراقبت نجات بخش زندگی قبل از مراقبت روتین)
- بالاخره به دانشجویان یادآوری کنید که در تمامی مواردی که خونریزی رخ می‌دهد، مراقبت بیشتر از طریق اجرای سیاست و پروسیجرهای کنترل عفونت نیاز است تا از عفونت متقاطع به بیمار و خود، بویژه عفونت‌های ناشی از خون بویژه هیپاتیت B و HIV/AIDS اجتناب شود.

استدلال برای توانمندسازی شاغلین بهداشتی در ارائه مراقبت پس از سقط

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بدون توجه به قوانین رایج سقط، یکی از موثرترین راهها برای جلوگیری از مرگ و میر و موربیدیتی، ارائه مراقبت باکیفیت پس از سقط است. با آموزش تکنیک‌های مناسب، نه تنها ارائه دهندگان خدمات می‌توانند بیشتر عوارض سقط ناقص را درمان کنند، همچنین آنها می‌توانند در مورد چگونگی استفاده از تنظیم خانواده برای پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته بعدی و سقط غیرایمن با خانم مشاوره داشته باشند.

تعریف مراقبت پس از سقط

مراقبت پس از سقط مراقبتی است که به خانمی که سقط غیرایمن، خودبخودی یا القا شده قانونی دارد، ارائه می‌شود. آن شامل اجزای زیر است:

- درمان اورژانسی عوارض ناشی از سقط خودبخودی یا سقط القا شده غیرایمن
- مشاوره و خدمات تنظیم خانواده
- دسترسی به مراقبت بهداشتی باروری جامع شامل غربالگری و درمان از نظر عفونت‌های منتقله از طریق جنسی، عفونت‌های منتقله شونده از طریق مجاری تنفسی و HIV/AIDS
- آموزش جامعه برای بهبود سلامت باروری و کاهش نیاز به سقط

اداره مراقبت پس از سقط

در فرایند ارائه خدمات پس از سقط، مهم است به خاطر داشته باشیم که بیماران در طول مراقبت‌شان به همدلی، درک، دلسوزی و مشاوره نیاز دارند. همچنین اهمیت دارد که نخست شرایط اورژانسی مانند خونریزی و شوک درمان شود. پس از آنکه شرایط بیمار پایدار شد، ارائه مراقبت‌های پیگیری بعدی از قبیل تسکین درد، حمایت روانشناختی، مشاوره پس از سقط و سایر آزمایشات مورد نیاز از اهمیت یکسانی برخوردارند.

اداره شوک

هدف اصلی در اداره شوک، تثبیت وضعیت بیمار به شرح ذیل است:

۱. *روش‌های عمومی:* حصول اطمینان از بازبودن راه هوایی، بررسی علائم حیاتی، ندادن مایعات از طریق دهان به علت استفراغ و استنشاق یا آسپیراسیون مواد استفراغی، گرم نگهداشتن خانم اما نه بیش از حد گرم، حفظ گردش خون به ارگان‌های حیاتی با بالا بردن ساق پاها (یا با قرار دادن بالش‌هایی در زیر پاها، بالا بردن پاها از طریق تخت یا قراردادن بیمار در وضعیت ترندلبرگ (به خاطر داشته باشید که اگر شما پاها را خیلی زیاد از تخت بالا ببرید، خون ممکن است به جای اینکه از رحم خارج شود در آن جمع شود).

۲. *اکسیژن:* در صورت در دسترس بودن اکسیژن، آن را به وسیله ماسک یا کانول بینی با سرعت ۸-۶ لیتر در دقیقه بدهید.

۳. *مایعات:* مایعات داخل وریدی را بلافاصله شروع کنید. از سوزن با قطر بزرگ (برای مثال با اندازه ۱۸-۱۶) استفاده کنید و در صورت امکان نمونه خون را برای تعیین هموگلوبین و هماتوکریت و کراس‌میچ جمع‌آوری کنید، سدیم لاکتات یا نرمال‌سالین با سرعت یک لیتر در عرض ۲۰-۱۵ دقیقه (معمولاً ۳-۱ لیتر مایع با این سرعت برای تثبیت وضعیت بیمار در وضعیت شوک تزریق می‌شود). در صورتی که میزان هموگلوبین ۵ گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر یا کمتر و هماتوکریت ۱۵٪ یا کمتر باشد، ترانسفوزیون خون انجام می‌گیرد. هیچ مایعی از راه دهان نباید داده شود.

۳. *دارودرمانی:* آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف یا به صورت وریدی یا داخل عضلانی بایستی شروع شود. در صورتی که درباره سابقه واکنش‌های حساسیت‌ناهی وجود دارد، باید توکسوئید کزاز و آنتی‌توکسین داده شود.

۵. *شناسایی علت شوک و اداره مناسب:* در موارد سقط ناقص، خونریزی علت شوک خواهد بود، بنابراین اقدامات اورژانسی برای اداره خونریزی باید انجام بگیرد.

اداره هموراژی

از دانشجویان بخواهید که علائم خونریزی شدید واژینال را لیست نمایند. پاسخ‌های آنها را در تخته‌سیاه یا فلیپ‌چارت بنویسید که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

^۱ برای کاهش خطر انتقال عوامل عفونی مانند هپاتیت و HIV، استفاده انتخابی از ترانسفوزیون خون مهم است. برای درمان خونریزی حاد بایستی به‌جای گلبول‌های قرمز یا خون کامل از نرمال‌سالین و افزایش‌دهنده‌های پلاسما استفاده شود. ترانسفوزیون خون فقط برای زنانی که سطح هموگلوبین پایین، نشانه‌های خونریزی حاد یا کم‌خونی شدید دارند، انجام می‌شود.

- خونریزی واژینال قرمز روشن و شدید با یا بدون لخته
- نوارهای بهداشتی، دستمال‌ها یا لباس‌های آغشته به خون
- رنگ‌پریدگی (قسمت داخلی پلک چشم، زبان و اطراف دهان یا کف دست‌ها)

به ضرورت انجام درمان بدون تأخیر تأکید کنید.

اداره به موقع خونریزی شدید در مراقبت سقط مهم است، به علت اینکه تأخیر در جایگزینی مایعات یا خون می‌تواند به معنی مرگ برای زنان باشد. اداره هموراژی باید شامل اقدامات ذیل باشد:

۱. اداره شوک: (اداره شوک قلبی را ببینید).

۲. تعیین محل خونریزی: اداره قطعی خونریزی شدید واژینال، به ارزیابی تمامی منابع احتمالی خونریزی نیاز دارد و بنابراین تعیین صحیح منشأ واقعی خونریزی از طریق مشاهده یا تست‌های تشخیصی مهم است. محل‌های احتمالی خونریزی واژینال شامل محل جفت به علت محصولات احتباس یافته حاملگی، پارگی‌های سرویکس یا مجرای تناسلی و آسیب داخل شکمی است (با جزئیات بیشتر در ادامه این جلسه آورده شده است).

۳. تخلیه رحم: اگر محصولات باقیمانده حاملگی عامل خونریزی هستند، برای توقف خونریزی، رحم باید تخلیه شود. روش انتخابی برای تخلیه رحم به سایز رحم اندازه‌گیری شده بر اساس هفته‌های کامل شده از اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) بستگی دارد. تکنیک تخلیه رحمی در مراقبت اورژانسی سقط در سه‌ماهه اول (هر زمانی حداکثر تا ۱۲ هفته بر اساس LMP، برای مثال ۱۲ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی طبیعی) به شرح ذیل هستند:

- آسپیراسیون با واکيوم دستی یا MVA به یک سرنگ تخلیه دستی و کانون‌های پلاستیکی با قطرهای مختلف نیاز دارد. نشان داده شده‌است که MVA در برداشت محصولات باقیمانده حاملگی از رحم بسیار موثر بوده و با میزان عوارض کمتر همراه است. به بیهوشی عمومی نیاز ندارد و ضرورتی ندارد که در اتاق جراحی انجام بگیرد (جلسه ۶ را ببینید). پمپ‌های مکانیکی جراحی با پا یا الکتریکی می‌تواند همچنین برای تخلیه آسپیراسیونی استفاده شود.

دیلاتاسیون و کورتاژ در صورتیکه آسپیراسیون با واکيوم دستی در دسترس نباشد: این کار به دیلاتاسیون سرویکس با دیلاتورهای ابزاری نیاز دارد که با وارد نمودن یک کورت و خراشیدن منظم دیواره رحم برای برداشتن محصولات حاملگی انجام می‌گیرد. در اکثر بخش‌های دنیا، اگر وسایل در دسترس باشد و به خوبی تأمین شود، آسپیراسیون واکيومی که ایمن‌تر بوده و آسیب‌رسانی کمتری دارد، جایگزین این پروسیجر شده‌است.

با استفاده از منابع متنوع واکيوم، در زمان بزرگتر بودن رحم در حدود یا بیش از ۱۴ هفته از LMP نیز، آسپیراسیون واکيومی احتمالاً برای تخلیه رحم مفید است.

۴. معاینه محصولات لقاح: بافت برداشته‌شده از رحم باید بلافاصله بعد از پروسیجر تخلیه و قبل از ترک اتاق درمان/پروسیجر توسط بیمار معاینه شود. دستکش باید پوشیده شود و بایستی از پروتکل‌های پیشگیری از عفونت در زمینه حفاظت کارکنان و دفع زباله تبعیت شود. بافت نباید قبل از معاینه در فیکساتیو گذاشته شود. باید با قرار دادن بافت در یک صافی با سوراخ‌های ریز

و ریختن ملایم آب بر روی آن، خون اضافی و لخته‌های کوچک برداشته شود. سپس بافت در یک ظرف تمیز آب یا سالین قرار داده می‌شود. با اضافه کردن یک محلول اسید استیک ضعیف (سرکه) به آب، هرگونه خون باقیمانده خارج می‌شود و پرزها سفید خواهند شد و تشخیص آنها آسان‌تر خواهد بود. برای مشاهده بافت، ظرف را در جلوی پنجره یا نور قرار دهید. یک عدسی ذره‌بینی یا میکروسکوپ (در صورت در دسترس بودن) ممکن است مفید باشد، اگر چه قطعاً ضرورتی ندارد.

یافته‌های طبیعی در معاینه بافت:

- پرزها (طرح شاخه‌دار سفیدرنگ بافت جفتی)
- ساک حاملگی (غشای شفاف متصل به پرزها)
- دسیدوا (بافت آندومتر یال مادری که به علت حاشیه‌های کرک‌دار ضخیم سفت و محکم است)
- تکه‌های جنینی ممکن است گاهی اوقات در حاملگی‌های بیشتر از ۱۰ هفته مشاهده شود، اما در بیشتر مواقع آنها قبل از حضور زن در تسهیلات مراقبت بهداشتی دفع می‌شوند.

یافته‌های غیرطبیعی در معاینه بافت:

- وجود دسیدوا بدون پرزها ممکن است تخلیه ناقص رحم، حاملگی خارج رحمی، سقط کامل شده قبل از پروسیجر یا تخم پژمرده را نشان دهد.
- لخته‌های قدیمی خون، چرک، یا مواد با بوی چرکی، عفونت / سپسیس را نشان می‌دهد.
- توده‌های شبیه انگور، احتمال حاملگی مولار یا مول هیداتی‌فورم را نشان می‌دهد.

۵. *ترمیم پارگی‌های سرویکس یا مجرای تناسلی:* هرگونه پارگی‌های سرویکس یا مجرای تناسلی که منبع خونریزی شدید هستند باید بخیه زده شوند (مهارت‌های بالینی در جلسه ۵ را ببینید)

۶. *داره پرفوراسیون رحم:* اگر در هر زمان، پروفوراسیون رحمی به عنوان منشأ خونریزی شدید (برای مثال در طی انجام پروسیجر برای آسپیراسیون واکيومی دستی) مورد شک بود، آسپیراسیون نباید انجام شود و باید فوراً متوقف شده و اقدامات مناسب مانند شروع انفوزیون مایعات داخل وریدی (اگر قبلاً انجام نشده است) و مشاهده خونریزی و وضعیت عمومی زن (علائم حیاتی؛ درجه رنگ پریدگی، نبض، فشارخون، هوشیاری و برون‌ده ادراری) تا زمان انجام یک بررسی دقیق به وسیله لاپاراسکوپی یا لاپارتومی انجام بگیرد.

۷. *ارجاع و انتقال:* در شرایطی که کارکنان ماهر یا تجهیزات و تدارکات مورد نیاز در دسترس نیست (برای مثال برای ترمیم پارگی‌های مجاری تناسلی و پرفوراسیون رحمی)، زن باید بدون تأخیر به مرکزی که درمان مناسب موجود است، انتقال داده شود. به جهت پایش وضعیت زن در طی انتقال، حفظ جایگزینی مایعات، اطمینان از گرمی و راحتی بیمار و ارائه شرح‌حال مفصل از وضعیت زن در هنگام ورود به مرکز ارجاع، یک کارمند بهداشتی لایق باید او را همراهی کند.

اداره آسیب داخل شکمی

به دانشجویان یادآوری کنید که تلاش برای ختم حاملگی با قرار دادن اشیاء، ابزارها یا مواد شیمیایی به داخل واژن و رحم ممکن است به پرفوراسیون رحم یا آسیب به روده، مثانه یا ارگان‌های دیگر منجر شود. این صدمات اغلب زمانی روی می‌دهد که سقط توسط شخصی غیرماهر در یک محیط غیربهداشتی یا به صورت خودالقایی انجام شود و اغلب می‌تواند به خونریزی داخل شکمی و عفونت پریتون منجر شود.

زنانی که آسیب داخل شکمی را تجربه می‌کنند، باید به شرح ذیل اداره شوند:

۱. اداره شوک (اداره شوک را در صفحه ۶۰ ببینید)

۲. **پروسیج‌های جراحی.** برای ارزیابی و ترمیم آسیب، شاید لاپاروتومی ضرورت داشته‌باشد.

۳. **ارجاع و انتقال.** در شرایطی که کارکنان ماهر یا تجهیزات و تدارکات مورد نیاز در دسترس نیست، زن باید بدون تأخیر به مرکزی که درمان مناسب موجود است، انتقال داده‌شود. به جهت پایش وضعیت زن در طی انتقال، حفظ جایگزینی مایعات، اطمینان از گرمی و راحتی بیمار و ارائه شرح حال مفصل از وضعیت زن در هنگام ورود به مرکز ارجاع، یک کارمند بهداشتی لایق باید او را همراهی کند.

اداره سپسیس

از دانشجویان علائم و نشانه‌های عفونت متعاقب سقط را بپرسید. پاسخ‌های آنها را بر روی تخته‌سیاه یا فلیپ‌چارت بنویسید که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

- لرز یا تعریق
- تب
- ترشحات بدبوی واژینال
- شکم متسع
- حساسیت برگشتی (ریباند تندرینس)
- کاهش جزئی فشارخون
- سابقه‌ای از مداخله غیرمجاز بر بارداری
- درد شکم
- وجود IUD
- خونریزی طول کشیده
- ناراحتی عمومی یا علائم شبیه آنفلوآنزا

زمانی که عفونت بدنال سقط اتفاق بیفتد، معمولاً با محصولات احتباس یافته حاملگی همراه است. اگر عفونت شدید از رحم تجاوز کرد یا شک به سپتی‌سمی وجود داشت، درمان بایستی بر اساس موارد ذیل باشد:

۱. **اداره‌ی شوک** (اداره‌ی شوک در صفحه ۶۸ را ببینید).

۲. **شناسایی منبع عفونت.** درمان قطعی منبع عفونت می‌تواند زندگی زن را نجات دهد. شایع‌ترین منبع عفونت محصولات احتباس یافته حاملگی است. با این وجود، ممکن است بیش از یک منبع عفونت وجود داشته باشد. سایر منابع احتمالی عفونت که باید مدنظر قرار گیرد شامل آسیب داخل شکم، آبسه لگن، پریتونیت، گانگرن گاز یا کزاز باشد. تمام منابع عفونت بایستی درمان شود. بعلاوه اگر زن دارای IUD است، بایستی خارج گردد.

• **انتخاب آنتی‌بیوتیک.** اغلب بیش از یک نوع باکتری وجود دارد. بنابراین ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌ها بایستی داده شود تا بیشترین پوشش احتمالی بر روی باکتری‌ها را داشته باشد. رژیم مفید شامل:

اگر عفونت شدید شامل درگیری بافت‌های عمقی باشد:

- آمپی‌سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت، و
- جنتامایسین ۵ میلی‌گرم وریدی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت، و
- مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم وریدی هر ۸ ساعت.

اگر عفونت بافت‌های عمقی را درگیر نکرده باشد:

- آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز، و
- مترونیدازول ۴۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز.
- جنتامایسین ۵ میلی‌گرم وریدی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت به مدت ۵ روز.

اگر زن بعد از ۴۸ ساعت از شروع آنتی‌بیوتیک بهبود نیافت، یا گزارش آزمایشگاه نشان داد که باکتری نسبت به آنتی-بیوتیک مقاوم است، بایستی تعویض شوند.

۴. **ایمنوپروپیلاکسی بر علیه کزاز.** هرگونه ترومایی به دستگاه ژنیتال که بصورت آلودگی با خاک یا مدفوع باشد، نیازمند توجه و مراقبت از نظر کزاز دارد. اولین گام در پیشگیری از بروز کزاز شامل تمیز کردن دقیق زخم، تخلیه چرک و خارج کردن خیلی دقیق جسم خارجی و بافت‌های مرده یا آسیب دیده است.

اگر زن در عرض ۱۰ سال گذشته بر علیه کزاز ایمن شده و زخم کوچک است نیاز به ایمنوپروپیلاکسی وجود ندارد. اگر زخم با خاک یا مدفوع آلوده شده، زخم سوراخ شده و یا سوختگی وجود دارد، دوز یادآور کزاز بایستی داده شود.

اگر زن در عرض ۱۰ سال گذشته بطور کامل بر علیه کزاز ایمن نشده^۱ یا از وضعیت واکسیناسیون خود مطمئن نیست، واکسن کزاز و آنتی‌توکسین آن بایستی تزریق شود. اگر واکسن کزاز و آنتی‌توکسین آن همزمان تجویز شوند، مهم است که تزریق از دو محل جدا و با سرسوزن و سرنگ‌های مجزا صورت گیرد (جدول ۶ ایمنیزاسیون TT را ببینید).

زمانی واکسیناسیون کامل در نظر گرفته خواهد شد (یعنی در طول سنین باروری بر علیه کزاز محافظت شده‌است) که زن ۵ دوز توکسوئید کزاز را با فواصل زمانی مناسب حتی در برنامه ایمن‌سازی دوران مدرسه یا در بارداری‌های قبلی دریافت کرده باشد.

۵. تخلیه رحم. اگر عامل عفونت محصولات احتباس یافته حاملگی باشند، رحم بایستی ترجیحاً توسط آسپیراسیون با واکيوم دستی تخلیه گردد.

۶. معاینه محصولات جفتی. (گام ۴ اداره خونریزی را ببینید).

۷. ارجاع و انتقال. در شرایطی که کارکنان ماهر یا تجهیزات و منابع مورد نیاز در دسترس نباشند (بعنوان مثال در صورتی که آنتی‌بیوتیک‌های مورد نیاز یا تجهیزات مورد نیاز برای MVA در دسترس نباشند)، زن بایستی بدون تأخیر به تسهیلاتی ارجاع داده‌شود که درمان موثر در دسترس است. بایستی یک کارمند بهداشتی وی را همراهی کند تا وضعیت او را در حین انتقال ارزیابی کرده و جایگزینی مایعات را انجام دهد و از گرم نگه داشتن و راحتی وی اطمینان حاصل کرده و جزئیات شرایط وی را در زمان رسیدن به مرکز ارجاع بیان کند.

جدول ۱: برنامه سازمان بهداشت جهانی در مورد ایمن‌سازی با توکسوئید کزاز

دوز	زمان تجویز	درصد محافظت	دوره محافظت
TT-1	در اولین تماس یا در مراحل زود هنگام بارداری	-	-
TT-2	حداقل ۴ هفته بعد از نوبت اول	۸۰	۳ سال
TT-3	حداقل ۶ ماه بعد از نوبت دوم یا در طی بارداری بعدی	۹۵	۵ سال
TT-4	حداقل ۱ سال بعد از نوبت سوم یا در طی بارداری بعدی	۹۹	۱۰ سال
TT-5	حداقل ۱ سال بعد از نوبت چهارم یا در طی بارداری بعدی	۹۹	در تمام سنین باروری

اطلاعات، مشاوره و ارتباط

به دانشجویان یادآوری کنید زنانی که برای مشکلات مربوط به سقط درمان می‌شوند نیاز به دریافت اطلاعات درباره وضعیتشان و مراقبت، همینطور مشاوره تنظیم خانواده دارند، که وضعیت خاص آن‌ها را در نظر گرفته و با نیازهای فردی آن‌ها مطابقت داشته باشد.

دادن اطلاعات و مشاوره

مهم است که تفاوت بین دادن اطلاعات و توصیه به یک بیمار و مشاوره در مورد تنظیم خانواده فهمیده شود. هر دو نوع ارتباط در زمان درمان بیمار برای عوارض سقط لازم هستند.

دادن اطلاعات^۱، فرایند دادن اطلاعات حقیقی یا توصیه‌های پزشکی و مطمئن شدن از فهمیدن آن‌هاست.

مشاوره^۱، فرایند کمک به زن در انتخاب آزاد و آگاهانه بر اساس اطلاعات دقیق و کمک به عملکرد وی بر اساس تصمیمش است.

هر دو مورد دادن اطلاعات و مشاوره بر اساس مهارت‌های ارتباطی زیر است:

- استفاده از زبان ساده
- داشتن بازخورد در مورد اینکه آیا اطلاعات داده شده قابل فهم بوده‌اند.
- پرسیدن سوالات با پاسخ باز
- گوش دادن فعال
- بازگویی پاسخ‌ها به زن.

اطلاعات درمورد عارضه و درمان

به جز در موارد بسیار اورژانس پزشکی، بایستی قبل از شروع درمان، عارضه و درمان بیمار به او اطلاع داده شود. مهم است که به زن اجازه داده شود تا بداند:

- که تمام اطلاعات موجود در شرح حال پزشکی و اطلاعات مربوط به درمان وی، محرمانه خواهند ماند.
- برنامه درمان شامل معاینه (مثلاً معاینه لگن) و تست‌های آزمایشگاهی انجام گرفته، درمان پیشنهادی شامل داروها، نسبت خطر و زمان شروع داروها.
- چه زمانی انتظار می‌رود که او به خانه برود.

اطلاعات بعد از عمل

قبل از ترخیص زن، بایستی در مورد پیشرفت طبیعی بهبودی، وی را آگاه نمود و توصیه‌هایی در مورد بازگشت به فعالیت طبیعی به او داد. به علاوه او نیاز به دریافت اطلاعات در مورد علایم عوارض احتمالی، محل جستجوی کمک و زمان برگشت باروری دارد که بایستی بوضوح مشخص گردند. همچنین بایستی مشاوره تنظیم خانواده بعد از سقط و توصیه‌های مناسب و مشاوره جهت غربالگری از نظر بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی، عفونت‌های دستگاه تناسلی و HIV را دریافت نماید، مگر اینکه وضعیت HIV هم‌اکنون شناخته شده باشد. غربالگری بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی و HIV، نیاز به رویکرد حساس مخصوصاً در مواردی که بارداری در ارتباط با نزدیکی جنسی ناخواسته یا اجباری باشد. برای راهنمایی‌های بیشتر در مورد مشاوره اختیاری و آزمایش از نظر HIV (مشاوره و آزمایش داوطلبانه برای HIV)^۲ براساس پروتکل و دستورالعمل محلی خود عمل کنید.

1- Counseling

2- VCT :Voluntary counseling and testing for HIV

مشاوره تنظیم خانواده

تخمک‌گذاری می‌تواند ۲ تا ۴ هفته بعد از سقط اتفاق بیفتد. حدود ۷۵ درصد زنانی که سقط داشته‌اند، در عرض ۶ هفته بعد از سقط تخمک‌گذاری خواهند کرد. بعد از سقط سه‌ماهه‌ی اول، تخمک‌گذاری اغلب در عرض ۲ هفته و بعد از سقط سه‌ماهه‌ی دوم در عرض ۴ هفته اتفاق می‌افتد. بنابراین برای زنی که نمی‌خواهد باردار شود یا به دلایل بهداشتی بارداری بایستی به تأخیر انداخته شود، نیاز فوری به استفاده از روش پیشگیری از بارداری وجود دارد.

همانند هر مراجعه‌کننده جهت مشاوره تنظیم خانواده، غربالگری مناسب از نظر کنتراوندیکاسیون‌ها و دادن اطلاعات و مشاوره برای اطمینان از انتخاب آگاهانه وی ضروری است.

اطلاعات اضافی در مورد مشاوره تنظیم خانواده بعد از سقط و خدمات آن در جلسه ۷ موجود است.

ارتباطات

تمام کارکنان بهداشتی که با بیماران دچار سقط تماس دارند، بایستی آن‌ها را بصورت حرفه‌ای، مودبانه و با شناخت از مشکلات همراه با حاملگی ناخواسته و عوارض سقط درمان کنند. زنانی که سقط خودبخودی را تجربه می‌کنند، شرایط و احساسات متفاوتی خواهند داشت و این افراد نیز بایستی با دلسوزی و احترام رفتار شوند. زنان بایستی احساس خوبی از مراجعه به مرکز بهداشتی داشته و بایستی احساس امنیت کنند تا در صورت نیاز دوباره مراجعه کنند. ارتباط مودبانه با زن و برخورد مناسب با وی نیاز به صرف زمان اضافی توسط کارکنان بهداشتی و نیاز به منابع اضافی ندارد.

کار گروهی ۱: ایفای نقش

هدف اصلی این فعالیت آماده کردن دانشجویان با دادن فرصت جهت ایفای نقش و مشاهده‌ی مراحل اداره وضعیت اورژانسی یک زن است.

دستورالعمل کار گروهی

۱. یک شرکت کننده را بعنوان "بیمار" در مطالعه موردی زیر تعیین کنید.
۲. یک شرکت کننده را بعنوان "ماما" تعیین کنید.
۳. دو شرکت کننده را بعنوان "خویشاوندان بیمار" در نظر بگیرید.
۴. اعضای باقیمانده گروه برای مشاهده ایفای نقش، توجه کردن دقیق به عملکرد ماما و پاسخ به سوالات زیر هستند:

- آیا مورد بطور مناسب درمان شد؟
- آیا زمانی بین رسیدن زن و درمان وی تلف شد؟
- آیا تاریخچه‌ای از علت ایجاد سقط وجود داشت؟
- آیا شرح حال و معاینه فیزیکی که مشخص کند بیمار چه مقدار خون از دست داده، وجود دارد؟
- آیا بیمار در وضعیت سر پایین جهت به حداکثر رساندن برگشت خون به ارگان‌های حیاتی قرار گرفت؟
- آیا بیمار مایعات وریدی به مقدار کافی دریافت کرد؟
- آیا هرگونه احتمال ارجاع به تسهیلات بهداشتی مجهز وجود داشت؟
- آیا ماما توانست گام‌های اضافی برای درمان این مورد بردارد؟



۵. به مدت ۲۰ دقیقه جهت ایفای نقش اجازه دهید.
۶. به مدت ۱۰ دقیقه جهت بحث کامل در مورد جلسه اجازه دهید.

مطالعه موردی

زنی بعد از سقط ۴ ماهه حاملگی در خانه، به تسهیلات بهداشتی رسیده‌است. او گزارش می‌کند که مقدار زیادی خون از دست داده‌است. زمانی که او به تسهیلات رسیده، مشکل تنفسی و سرگیجه داشت، تب‌دار و بسیار کم‌خون بود. فشار خون او پایین بود و نبض سریع و ضعیف داشت.

کار گروهی ۲

این کار گروهی جهت کمک به دانشجویان جهت شناخت مشکلات سقط طراحی شده است.

۱. مشکلات زیر را بر روی تخته سیاه یا فلیپ چارت بنویسید:

- شوک
 - خونریزی واژینال شدید
 - پرفوراسیون رحم
 - آسیب داخل شکمی
 - عفونت یا سپسیس
۲. دستورالعمل کار گروهی را در کلاس مرور کرده و مطمئن شوید که دانشجویان فهمیده‌اند که چه انتظاری از آن‌ها می‌رود.
۳. کلاس را به چهار گروه تقسیم کنید (تقسیم‌بندی برای تمام گروه‌ها مشابه است).
۴. برای هر گروه کاربرگ مربوط به مشکلات را کپی کنید.
۵. برای تکمیل فعالیت به گروه‌ها ۲۵ دقیقه زمان اختصاص دهید.
۶. فعالیت آن‌ها را با صرف زمانی برای هر گروه ارزیابی کنید. این امر به شما فرصت می‌دهد تا مطمئن شوید که فعالیت بر اساس برنامه پیشرفت کرده و میزان درک هر دانشجو را ارزیابی کنید.
۷. برای هر گروه جهت آماده کردن بازخورد در مورد نتایج فعالیت، ۵ دقیقه زمان اختصاص دهید.

آموزش برای کار گروهی

۱. عضوی از گروه را بعنوان رییس برای تسهیل در بحث گروهی تعیین کنید.
۲. عضوی از گروه را برای دادن گزارش نتایج کار گروهی در کلاس تعیین کنید.
۳. در باره علائم و نشانه‌های هر ۵ نمونه که در کاربرگ عوارض به شما داده شده است بحث کنید و محتمل‌ترین عارضه را شناسایی کنید.
۴. شما ۲۵ دقیقه فرصت جهت تکمیل فعالیت دارید.

کاربرگ عوارض

مورد ۱

علائم و نشانه‌ها:

- لرزه، تب، تعریق
 - ترشحات بدبوی واژینال
 - دردهای شکمی
 - ریاندتندرنس
 - شکم متسع
 - فشارخون پایین
 - خونریزی طول کشیده
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

مورد ۲

علائم و نشانه‌ها:

- نبض سریع، ضعیف
 - فشارخون پایین
 - رنگ‌پریدگی
 - تنفس سریع
 - اضطراب، گیجی یا عدم هوشیاری
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

مورد ۳

علائم و نشانه‌ها:

- افت سریع فشارخون
 - خونریزی شدید
 - تاریخچه‌ای از ورود ابزار به داخل رحم جهت ختم بارداری
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

مورد ۴

علائم و نشانه‌ها:

- خونریزی شدید قرمز روشن
 - پدها یا لباس‌های خیس شده خونی
 - رنگ‌پریدگی
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

مورد ۵

علائم و نشانه‌ها:

- درد شکمی، کرامپ
 - شکم متسع
 - صداهای روده‌ای کاهش یافته
 - شکم حساس و سفت
 - ریباندتندرنس
 - تهوع و استفراغ
 - درد شانه
 - تب
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

کلید کاربرگ عوارض (فقط برای استفاده مدرس)

مورد ۱

علائم و نشانه‌ها:

- لرز، تب، تعریق
 - ترشحات بدبوی واژینال
 - دردهای شکمی
 - ریاندتندرنس
 - شکم متسع
 - فشارخون پایین
 - خونریزی طول کشیده
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

عفونت یا سپسیس

مورد ۲

علائم و نشانه‌ها:

- نبض سریع، ضعیف
 - فشارخون پایین
 - رنگ‌پریدگی
 - تنفس سریع
 - اضطراب، گیجی یا عدم هوشیاری
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

شوک

مورد ۳

علائم و نشانه‌ها:

- افت سریع فشارخون
 - خونریزی شدید
 - تاریخچه‌ای از ورود ابزار به داخل رحم جهت ختم بارداری
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

پرفوراسیون رحم

مورد ۴

علائم و نشانه‌ها:

- خونریزی شدید قرمز روشن
 - پدها یا لباس‌های خیس شده خونی
 - رنگ‌پریدگی
- شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

خونریزی شدید واژینال

مورد ۵

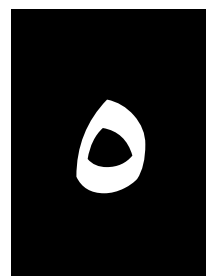
علائم و نشانه‌ها:

- درد شکمی، کرامپ
- شکم متسع
- صداهای رودهای کاهش یافته
- شکم حساس و سفت
- ریاندتندرنس
- تهوع و استفراغ
- درد شانه
- تب

شما به چه عوارضی شک می‌کنید؟

آسیب داخل شکمی

یادگیری مهارت‌های بالینی



جلسه ۵

یادگیری مهارت‌های بالینی

هدف این جلسه

- هدف این جلسه ارزیابی این نکته است که آیا دانشجویان در مورد مهارت‌های بالینی ضروری جهت ارزیابی مراقبت‌های بعد از سقط صلاحیت یافته‌اند.

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۵ دانشجویان قادر خواهند بود:

- نشان دهند که چگونه بطور دقیق شرح‌حال لازم برای ارزیابی وضعیت زنی که از عوارض بعد از سقط رنج می‌برند را می‌گیرند.
- نحوه خون‌گیری جهت دستیابی به خون برای آنالیز آزمایشگاهی را نشان دهند.
- توانایی برقراری انفوزیون داخل وریدی را با توضیح دلایل انجام این کار، بکارگیری احتیاط‌های لازم و نگهداری مستندات نشان دهند.
- مراقبت‌های مورد نیاز در طول ترانسفوزیون خون را نشان دهند.
- تکنیک فشار دودستی بر رحم در کنترل خونریزی شدید واژینال را نشان دهند.
- تکنیک فشار دستی بر آئورت در کنترل خونریزی شدید واژینال را نشان دهند.
- نشان دهند که نحوه‌ی نسخه کردن، دستورات، نگاهداری و تجویز داروها را فهمیده‌اند.
- تکنیک مشاهده دهانه‌ی رحم و واژن را نشان دهند.
- تکنیک ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم و واژن را نشان دهد.
- تکنیک آسپیراسیون با واکيوم دستی را نشان دهند.

طرح درسی

سخنرانی.

شبه تمرین.

تمرین بالینی.

آموزش بالینی

زمان کلی: توصیه می‌شود حداقل یک هفته برای تدریس مهارت‌های جلسات ۵، ۶ و ۷ فرصت دهید. با این وجود، زمان واقعی مورد نیاز بستگی به نیازها و توانایی‌های هر دانشجو و در دسترس بودن موارد بالینی مربوطه دارد. سایر عواملی که بایستی مد نظر قرار گیرند شامل دسترسی مدرسین و تمایل متخصصان بالینی و قادر بودن آنها برای تدریس این مهارت‌ها هستند.

منابع

Guidelines and checklists for assessing competence, models, dummy.
Bennett VR, Brown LK, eds. Myles textbook for midwives. Churchill Livingstone, London, 1993.
Yordy L, Hogan LA, Winkler J. Manual vacuum aspiration: guide for clinicians. Carrboro, IPAS, 1993.
Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/FHE/MSM/94.1).
Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization 2000 (WHO/RHR/00.7).

مهارت‌های بالینی این جلسه جزء بسیار مهم مدل را تشکیل می‌دهند. مهارت‌ها بر اساس اجزای تئوری و عملی فصل‌های قبلی ساخته شده‌اند. در آموزش این مهارت‌ها (بعنوان مثال در ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن) مربی مامایی ممکن است بخواهد که با مربی دیگر و/ یا با متخصص بالینی ماهر در این مهارت همکاری کند (یعنی ماماها‌ی بالین کار، متخصصین زنان).

مهارت‌ها بایستی ابتدا به وسیله‌ی مدرس یا به وسیله‌ی یک متخصص بالینی ماهر و صلاحیت‌دار نمایش داده شوند. سپس بایستی یک تمرین شبیه‌سازی شده انجام شود و برای دانشجویان فرصتی برای آماده کردن تجهیزات و آشنا شدن با توالی گام-ها در یک پروسیجر فراهم شود. بالاخره تمرین بالینی بایستی تحت نظارت مستقیم اتفاق افتاده و بازخورد انجام بگیرد تا دانشجویان را قادر کنیم که در هر یک از مهارت‌ها صلاحیت کسب کنند. بایستی توجه شود که ممکن است فرصتی برای دانشجویان برای تمرین تمام مهارت‌ها در طول دوره آموزشی در شرایط بالینی فراهم نشود. بعنوان مثال ممکن است که برای تمام دانشجویان، تمرین ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم یا واژن امکان‌پذیر نباشد. بنابراین بایستی نظارت عملی در پایان دوره آموزشی، جهت تکمیل دوره‌ی بالینی برنامه‌ریزی گردد.

دانشجویانی که اخیراً با سایر مدل‌های حرفه‌ای (بعنوان مثال خونریزی‌های بعد از زایمان، لیبر متوقف شده، سپسیس نفاسی، اکلامپسی) مواجه شده‌اند و کسانی که مدرکی دال بر تکمیل این مهارت‌ها دارند، فقط نیاز به تکرار مهارت‌هایی دارند که در آن‌ها صلاحیت ندارند.

مهارت‌های پایه در این جلسه 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 حایز اهمیت است، پیروی دقیق از دستورالعمل‌ها برای ارزیابی صلاحیت در هر یک از مهارت‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین استخراج این دستورالعمل‌ها و تهیه یک چک‌لیست برای هر مهارت ممکن است مفید باشد. سپس می‌توان کپی چک‌لیست‌ها را برای هر دانشجویی تحت‌ارزیابی استفاده کرد.

بخش ترمیم پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم، فرمت متفاوتی از مهارت‌های پایه را دنبال می‌کند؛ این مدل با معرفی اطلاعات شروع شده و با بخش‌های مشاهده‌ی دهانه‌ی رحم و واژن و ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن دنبال می‌شود. چک‌لیست‌های مهارت‌ها شامل این پروسیجرها بوده و بایستی در ارزیابی صلاحیت دانشجویان استفاده گردد.

مهارت ۱: گرفتن و ثبت مشاهدات حیاتی

روش آموزشی

۱. مشاهدات موجود در صفحه بعدی در زیر قسمت محتوای آموزشی را در کلاس نشان دهید.

۲. کلاس را به گروه‌هایی تقسیم کنید تا دانشجویان شرح حال گرفتن را با یکدیگر تمرین کنند.
۳. شرح حال‌ها را برای تعیین دقت آن‌ها بررسی کنید.
۴. دانشجویان را به بخش بالینی (یعنی بخش درمانگاه قبل از زایمان، بخش پس از زایمان یا بخش زنان، یا یک بخش اورژانس یا یک بخش معمولی) ببرید، تا مهارت‌ها را تحت نظارت تمرین کنند.
۵. دانشجویان بایستی مشاهدات و شرح حال گرفته شده را بر روی چارت زن ثبت کرده و بایستی از دقت بودن آن‌ها و جزئیاتشان تا حد امکان مطمئن باشند.

توجه: ماما‌های تجربی و پرستار- ماماها بایستی قادر باشند تا مشاهدات را با صلاحیت و شایستگی انجام دهند. با این وجود، این جلسه بایستی به مدرس این فرصت را بدهد تا این مهارت را ارزیابی کند. به علاوه این مهارت فرصتی را برای کمک به دانشجویان فراهم خواهد ساخت تا این مشاهدات را به درمان زنان دچار عوارض بعد از سقط مرتبط کنند.

محتوای آموزشی

- **دما:** افزایش دما ممکن است وجود عفونت را نشان دهد.
- **نبض:** افزایش نبض یکی از نشانه‌های شوک است (۱۱۰ ضربه در دقیقه یا بیشتر)؛ در زنان مبتلا به عوارض سقط، شوک ممکن است به علت از دست دادن خون یا عفونت باشد.
- **تنفس:**، ابتدا کم عمق و سریع است (۳۰ تنفس در دقیقه یا بیشتر) و بعد از آن عمیق و نامنظم می‌شود.
- **فشار خون:** در بیماران دچار شوک، فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه است و در شوک بسیار شدید ممکن است که خواندن فشارخون امکان‌پذیر نباشد.

وضعیت عمومی:

- رنگ زن در موارد شوک رنگ پریده و یا خاکستری می‌شود؛ پلک داخلی، اطراف دهان و کف دست را بررسی کنید.
- زن ممکنست تعریق یا لرز داشته باشد.
- زن ممکنست هوشیار، گیج یا بیهوش باشد.

ارزیابی صلاحیت

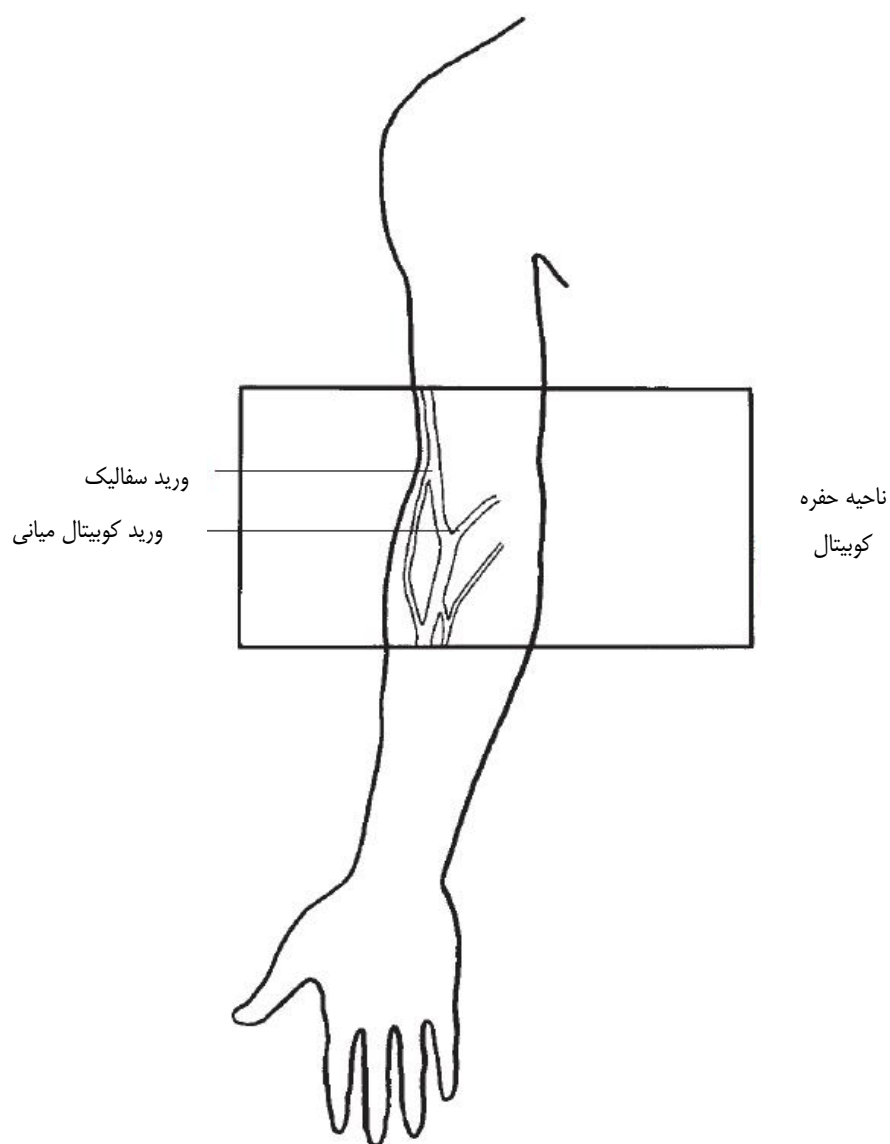
به منظور تایید صلاحیت یک دانشجو، پاسخ به این سوالات باید "بله" باشد.

۱. آیا دانشجو می‌تواند با دقت مشاهدات را انجام دهد؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند با دقت مشاهدات را ثبت کند؟
۴. آیا دانشجو می‌تواند اهمیت مشاهدات انجام شده در ارتباط با عوارض بعد از سقط را توضیح دهد

مهارت ۲: گرفتن نمونه‌های خونی برای آنالیز

روش آموزشی

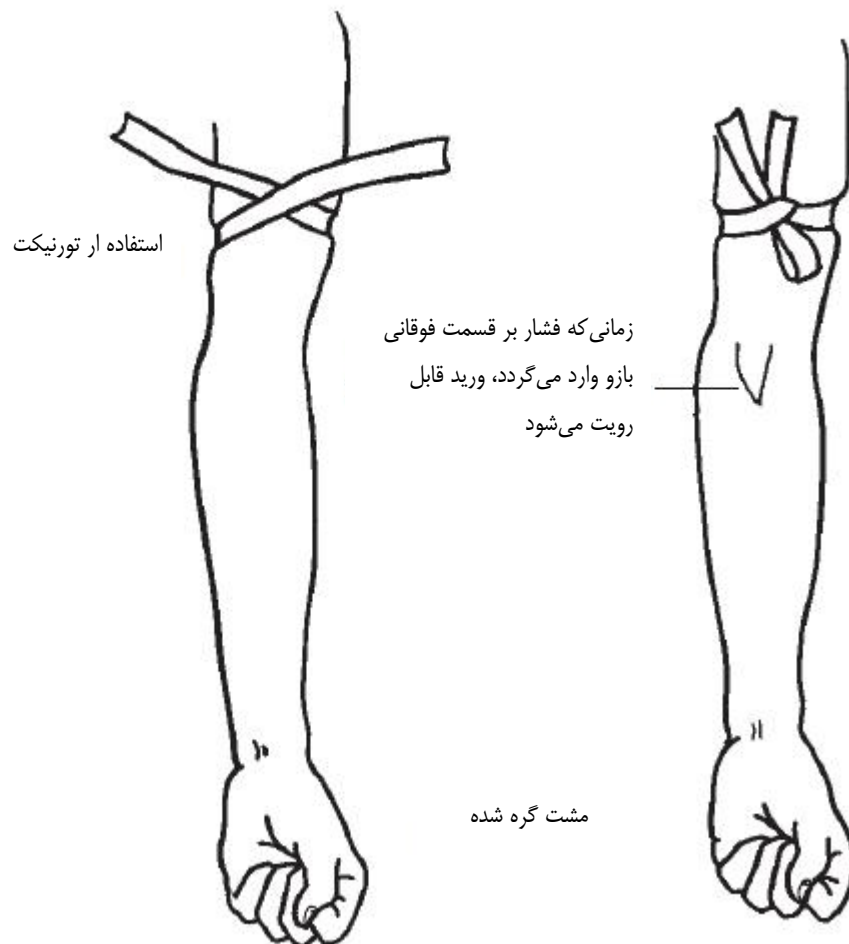
برای یادگیری مهارت گرفتن نمونه‌های خون برای آنالیز، دانشجویان باید با محل آناتومیکی وریدهای بازو آشنا باشند. آن‌ها باید قادر به شناسایی وریدهای حفره کوبیتال باشند (یعنی ورید کوبیتال میانی یا ورید سفالیک) جایی که آسانترین دسترسی برای رگ‌گیری وجود دارد (شکل ۵.۱).



شکل ۵.۱: وریدهای مهم حفره کوبیتال (بازوی راست)

گام‌ها

۱. دانشجویان کلاس را به گروه‌های دونفره تقسیم کرده و از آن‌ها بخواهید که وریدهای بازوی همدیگر را شناسایی کنند. در صورت استفاده از تورنیکت در قسمت بالای بازو این کار راحت‌تر خواهد بود.
 ۲. سایر تجهیزات مورد نیاز جهت خونگیری را برای آشنایی دانشجویان با آن‌ها آماده کنید.
 ۳. دانشجویان را به بالین برده و به آن‌ها اجازه دهید تا یک تکنسین آزمایشگاه (یا یک کارمند بهداشتی ورزیده) در حال گرفتن نمونه خون را ببینند.
- به دانشجویان اجازه دهید تا قبل از انجام پروسیجر در شرایط اورژانس، گرفتن نمونه خون را ترجیحاً بر روی یک زن سالم مراجعه کننده به درمانگاه قبل از زایمان تمرین کنند.



شکل ۵.۲: استفاده از تورنیکت برای پیدا کردن ورید

محتوای آموزشی

تدریس باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. دلایل برای انجام آزمایشات خونی خاص؛ هموگلوبین، هماتوکریت، شمارش کامل خون، گروه‌های خونی / کراس میچ، آزمایش

Rh

۲. اهمیت گرفتن نمونه خون برای تعیین گروه‌های خونی و کراس میچ قبل از استفاده از افزایش دهنده‌های حجم پلاسما

۳. آماده کردن تمام تجهیزات قبل از شروع پروسیجر، از جمله:

- سرنگ، سوزن و لوله‌های آزمایش برای انتقال نمونه‌های خون

- محلول ضد عفونی کننده، سوپ پنبه‌ای

- فرم‌های درخواست آزمایشگاهی

- تورنیکت.

۴. اهمیت توضیح پروسیجر به زن و قرار دادن بازوی وی در موقعیت راحت.

۵. محل صحیح رگ‌گیری (شکل ۵.۱).

۶. استفاده درست از تورنیکت (شکل ۵.۲).

۷. اهمیت تمیز کردن محل با محلول ضد عفونی کننده و استفاده از سوزن استریل.

۸. اهمیت پیشگیری از عفونت؛ شستن دست‌ها، استفاده از دستکش و احتیاطات در برابر صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن در

پوست؛ بخصوص در مواردی که شک به آلودگی زن با ویروس تضعیف کننده سیستم ایمنی (HIV) یا هپاتیت B وجود دارد.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو دلایل گرفتن نمونه خون را می‌داند؟

۲. آیا دانشجو تجهیزات مورد نیاز را قبل از شروع پروسیجر آماده می‌کند؟

۳. آیا دانشجو پروسیجر را به زن توضیح می‌دهد؟

۴. آیا دانشجو محل صحیح برای خونگیری را انتخاب می‌کند؟

۵. آیا دانشجو به درستی از تورنیکت استفاده می‌کند؟

۶. آیا دانشجو محل را با محلول ضد عفونی تمیز می‌کند؟

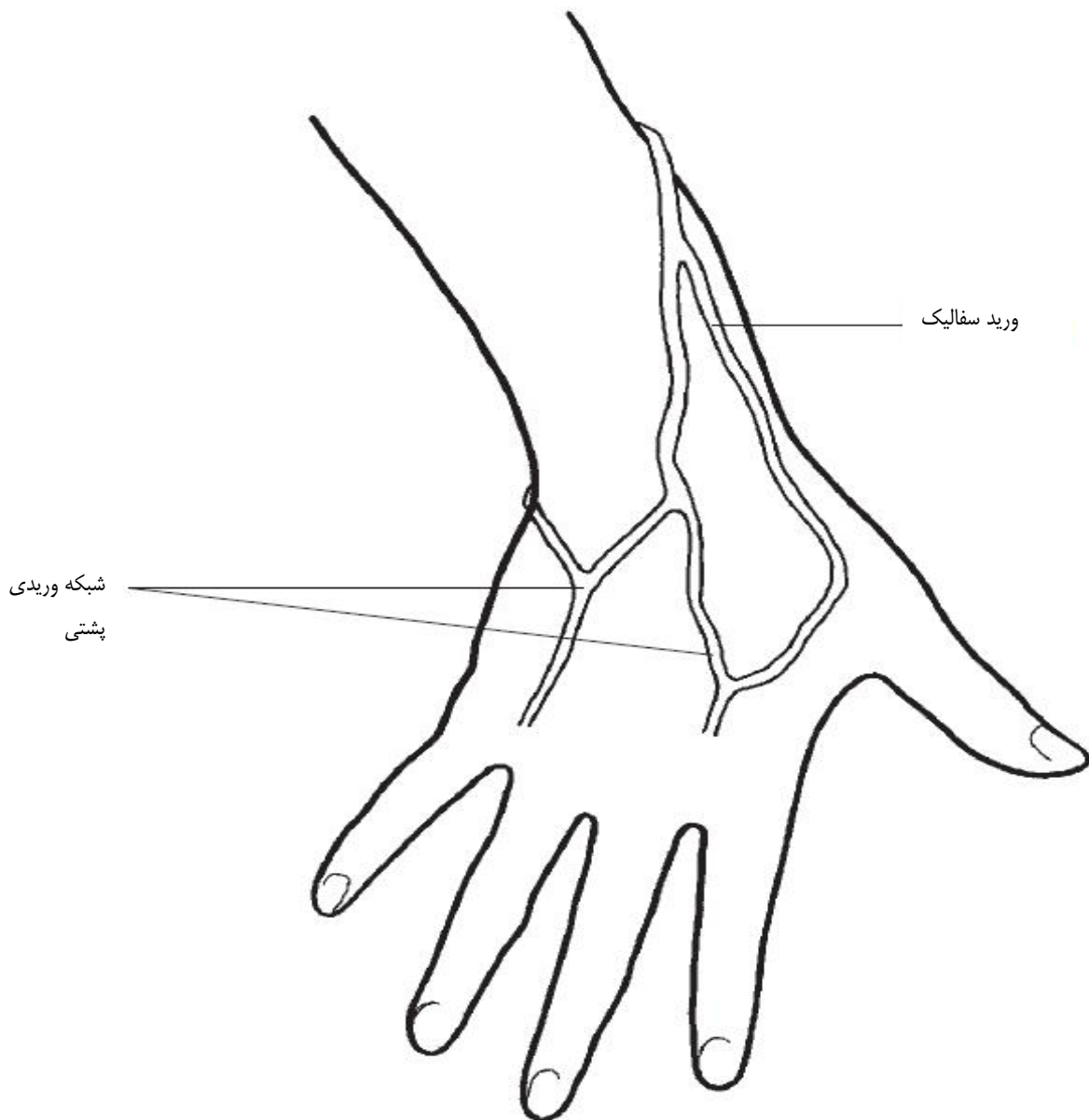
۷. آیا دانشجو از سرسوزن استریل استفاده می‌کند؟

۸. آیا دانشجو از تکنیک‌های پیشگیری از عفونت استفاده می‌کند؟

مهارت ۳: برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی

روش آموزشی

برای یادگیری مهارت انفوزیون داخل وریدی، دانشجویان باید با محل آناتومیک وریدهای ساعد قابل استفاده برای انفوزیون داخل وریدی آشنا باشند. از وریدهای نزدیک مفصل پرهیز کنید. وریدهای ساعد و پشت دست، راحت‌تر دیده می‌شوند (شکل ۵.۱ و شکل ۵.۳).



شکل ۵.۳: وریدهای مهم ساعد و پشت دست

گام‌ها

۱. دانشجویان کلاس را به گروه‌های دوفره تقسیم کرده و از آن‌ها بخواهید که وریدهای بازوی همدیگر را شناسایی کنند. در صورت استفاده از تورنیکت در قسمت بالای بازو این کار راحت‌تر خواهد بود.
۲. سایر تجهیزات مورد نیاز جهت برقراری انفوزیون داخل وریدی را برای آشنایی دانشجویان با آن‌ها، آماده کنید.
۳. دانشجویان را به بالین برده و پروسیجر را به آن‌ها نشان دهید.
۴. به دانشجویان اجازه دهید تا قبل از انجام پروسیجر در شرایط اورژانس، تا برقراری انفوزیون داخل وریدی را ترجیحاً بر روی یک زن سالم مراجعه کننده به درمانگاه قبل از زایمان تمرین کنند.

محتوای آموزشی

تدریس باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. شناسایی نیاز برای انفوزیون داخل وریدی زمانی که مایعات بدن در اثر شوک، خونریزی، عفونت یا دهیدراتاسیون از دست رفته است.
۲. انتخاب مایعات مناسب برای انفوزیون؛ نرمال سالین یا لاکتات سدیم بایستی قبل از افزایش دهنده‌های حجم پلاسما یا ترانسفوزیون خون داده شوند، زیرا آن‌ها می‌توانند به سرعت تجویز شوند. افزایش دهنده‌های حجم پلاسما یا خون چسبیده هستند و نمی‌توانند به سرعت تزریق شوند. به‌علاوه آن‌ها با گروه خونی و آزمایش کراس‌مچ تداخل دارند. به-هرحال زمانی که شوک ناشی از خونریزی شدید باشد، افزایش دهنده‌های حجم پلاسما یا خون تجویز می‌شوند. مزایای افزایش دهنده‌های حجم پلاسما بر سایر مایعات به شرح زیر است:
 - آن‌ها در داخل رگ‌های خونی می‌مانند (سایر مایعات بداخل بافت‌ها نشت می‌کنند)
 - آن‌ها مایعات را از بافت‌ها جذب می‌کنند.
۳. آماده کردن تجهیزات قبل از شروع پروسیجر شامل:
 - لوله داخل وریدی استریل
 - انتخاب یک سرسوزن بزرگ (شماره ۱۸) یا کانولا
 - انتخاب مایع مناسب
 - نوار چسب، قبلاً به صورت نوارهایی بریده شده باشند.
 - پایه سرم یا گیره متصل به دیوار
 - تورنیکت
 - آتل همراه با بانداژ
 - محلول ضدعفونی کننده، سواب پنبه‌ای
 - دستکش.
۴. اهمیت توضیح پروسیجر به زن و قراردادن بازوی وی در یک پوزیشن راحت.
۵. محل صحیح تزریق: رگ‌ها معمولاً در پشت دست و ساعد راحت‌تر دیده می‌شوند. نباید از وریدی استفاده شود که از روی مفصل عبور می‌کند.

۶. استفاده صحیح از تورنیکت (همانند شکل ۵.۲)
۷. اهمیت تمیز کردن محل با محلول ضدعفونی کننده و استفاده از سرسوزن استریل.
۸. اهمیت پیشگیری از عفونت؛ شستن دست‌ها، استفاده از دستکش و احتیاطات در برابر صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن در پوست؛ بخصوص در مواردی که شک به آلودگی زن با ویروس تضعیف کننده سیستم ایمنی (HIV) یا هپاتیت B وجود دارد.
۹. نیاز به ثابت کردن سرسوزن در محل خود؛ استفاده از آتل برای جلوگیری از حرکت نزدیکترین مفصل به محل انفوزیون
۱۰. اهمیت گرفتن نمونه‌های خون جهت تعیین گروه خونی و کراس میچ قبل از استفاده از افزایش دهنده‌های حجم پلاسما.
۱۱. نیاز به ثبت مایعات دریافتی بر روی چارت بیمار.
۱۲. نیاز به آگاه بودن از عوارض احتمالی زیر:
- ترومبوفلیت (اگر این مشکل اتفاق افتاد، سرسوزن بایستی خارج شود)
 - تورم بافت‌های اطراف محل انفوزیون (اگر این مشکل اتفاق افتاد، سرسوزن بایستی خارج شود)
 - افزایش بار در گردش خون؛ دادن مایعات بیش از حد بطور سریع سبب نارسایی قلبی می‌شود- زمانی که مایعات به سرعت جهت اصلاح شوک تجویز می‌شوند، بیمار بایستی به دقت ارزیابی گردد.
۱۳. اهمیت محاسبه سرعت مناسب برای مایعاتی که بایستی انفوزه شوند. جدول ۷ نشان می‌دهد که چگونه سرعت انفوزیون را بسته به نوع لوله داخل وریدی محاسبه کنیم.
۱۴. اهمیت شناسایی محدودیت‌های فردی: اگر یک ماما قادر به برقراری راه وریدی در عرض ۱۰ دقیقه نشد، بایستی یک همکار با تجربه را فرا بخواند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو تجهیزات مورد نیاز برای شروع پروسیجر را آماده می‌کند؟
۲. آیا دانشجو مایعات مناسب جهت انفوزیون را انتخاب می‌کند؟
۳. آیا دانشجو پروسیجر را به زن توضیح می‌دهد؟
۴. آیا دانشجو محل صحیح برای انفوزیون را انتخاب می‌کند؟
۵. آیا دانشجو به درستی از تورنیکت استفاده می‌کند؟
۶. آیا دانشجو محل را با محلول ضدعفونی تمیز می‌کند؟
۷. آیا دانشجو از سرسوزن استریل استفاده می‌کند؟
۸. آیا دانشجو از تکنیک‌های پیشگیری از عفونت استفاده می‌کند؟
۹. آیا دانشجو سرسوزن را در محل خود ثابت کرده و از حرکت نزدیکترین مفصل به محل انفوزیون جلوگیری می‌کند؟
۱۰. آیا دانشجو سرعت صحیح برای انفوزیون مایعات را محاسبه می‌کند؟

جدول ۷: سرعت مایع داخل وریدی

مقدار مایع	دوره زمانی	قطرات هر سی سی (نوع لوله گذاری)	قطرات در هر دقیقه
۱ لیتر	۲۰ دقیقه	۱۰	غیر قابل شمارش بدلیل سرعت بالا
۱ لیتر	۲۰ دقیقه	۲۰	غیر قابل شمارش بدلیل سرعت بالا
۱ لیتر	۴ ساعت	۱۰	۴۰
۱ لیتر	۴ ساعت	۲۰	۸۰
۱ لیتر	۶ ساعت	۱۰	۲۸
۱ لیتر	۶ ساعت	۲۰	۵۶
۱ لیتر	۸ ساعت	۱۰	۲۰
۱ لیتر	۸ ساعت	۲۰	۴۰

به طور کلی، فرمول برای محاسبه سرعت تزریق داخل وریدی به شرح زیر است:

$$\text{تعداد قطرات در دقیقه} = \text{تعداد قطرات هر سی سی} \times \frac{\text{میزان مایع داده شده (CC)}}{\text{زمان صرف شده برای تزریق (دقیقه)}}$$

برای تبدیل مدت زمان از ساعت به دقیقه، تعداد ساعات را در ۶۰ ضرب کنید. تعداد دقایقی را که طی آن مایع داخل وریدی داده می‌شود، مشخص خواهد شد.

مهارت ۴: نظارت بر ترانسفوزیون خون

روش آموزشی

تئوری مربوط به ترانسفوزیون خون را در کلاس مرور کنید. سپس دانشجویان را به بالین ببرید تا در صورت امکان بتوانند از بیمار دریافت کننده‌ی ترانسفوزیون خون، مراقبت کنند.

محتوای آموزشی

موارد زیر را مرور کنید:

۱. اندیکاسیون‌های ترانسفوزیون خون بایستی بر اساس دستورالعمل‌های ملی باشند؛ معمولاً معیارها شامل شوک شدید به علت از دست دادن خون، کم‌خونی شدید (هموگلوبین کمتر از ۵ گرم در صد میلی‌لیتر یا هماتوکریت کمتر از ۱۵ درصد)
۲. خطرات همراه با انتقال خون بایستی مدنظر قرار گیرند؛ احتمال انتقال عوامل عفونی مثل HIV، هیپاتیت B، بیماری شاگاس و مالاریا در مناطق کم‌شیوع مالاریا در صورتی که افراد اهداکننده شاید فرصتی برای مسافرت به مناطق با شیوع بالای مالاریا داشته‌اند و همچنین ناسازگاری خونی و افزایش حجم در گردش خون. بایستی تأکید گردد که جهت کاهش خطر انتقال عوامل عفونی، ترانسفوزیون خون بطور انتخابی انجام گیرد. از دست دادن خون بصورت حاد بایستی بطور معمول با استفاده از نرمال سالین یا افزایش‌دهنده‌های حجم پلاسما، بجای گلبول‌های قرمز متراکم یا خون کامل درمان

شود. فقط در زمانی که دچار کاهش هموگلوبین و نیز علائم از دست دادن حاد خون و یا کم‌خونی شدید باشند، بایستی ترانسفوزیون خون صورت گیرد.

۳. اهمیت غربالگری از نظر HIV در تمام مناطق نمی‌تواند بیش از حد توضیح داده‌شود.
۴. گروه خونی و فاکتور رزوس فاکتورهای مهمی هستند که بایستی در نظر گرفته شوند.
۵. ناسازگاری خون می‌تواند منجر به واکنش‌های جدی و مرگ شود.
۶. سرعت توصیه شده برای ترانسفوزیون خون ۶۰-۲۰ قطره در دقیقه یا بر اساس توصیه پزشک می‌باشد.
۷. مشاهداتی که بلافاصله قبل از هر ترانسفوزیونی ثبت می‌شوند، بلافاصله بعد از شروع ترانسفوزیون و سپس ۱۵ دقیقه بعد و بعد از آن هر نیم ساعت تا پایان ترانسفوزیون شامل:

- درجه حرارت
 - نبض، فشارخون
 - برون‌ده ادراری
 - علائم و نشانه‌های جانبی (شوک آنافیلاکسی، بی‌قراری، نبض سریع، لرز، درد سینه و پشت، آنوری، زردی بعد از ساعات اولیه ترانسفوزیون).
۸. مهم است که در پاسخ به واکنش ترانسفوزیون خون، بلافاصله آن را قطع کنید و مسیر داخل وریدی را با نرمال‌سالین یا رینگرلاکتات باز نگه دارید تا یک ارزیابی انجام بگیرد و بدنال توصیه پزشکی باشید.
 ۹. مهم است که تمام مشاهدات حیاتی، تمام مدارک ترانسفوزیون شامل شماره استوک و غیره و همینطور اطلاعات مربوط به چارت بیمار را ثبت کنید.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو اندیکاسیون‌های تزریق خون را می‌داند؟
۲. آیا دانشجو خطرات مرتبط با ترانسفوزیون خون را می‌داند؟
۳. آیا دانشجو ترانسفوزیون خون را با سرعت مناسب برقرار می‌کند؟
۴. آیا دانشجو وضعیت زن را در طول تزریق بررسی می‌کند؟
۵. آیا دانشجو می‌تواند واکنش‌های جانبی بالقوه ترانسفوزیون را بیان کند؟
۶. آیا دانشجو می‌تواند بیان کند که در صورت وقوع واکنش جانبی چه اقدامی را بایستی انجام دهد؟
۷. آیا دانشجو اطلاعات مورد نیاز را بر روی چارت بیمار ثبت می‌کند؟

مهارت ۵: کنترل اورژانسی خونریزی رحمی (قبل از MVA یا پروسیجر جراحی)

۱. فشار دودستی بر رحم روشن آموزشی

در رابطه با مراقبت بعد از سقط، اگر رحم هنوز بعد از تخلیه منقبض نشده است، پروسیجر فشار دودستی بر رحم ممکنست یک روش اورژانسی مفید باشد. پروسیجر می‌تواند در کلاس بیان شده و تمرین شود.

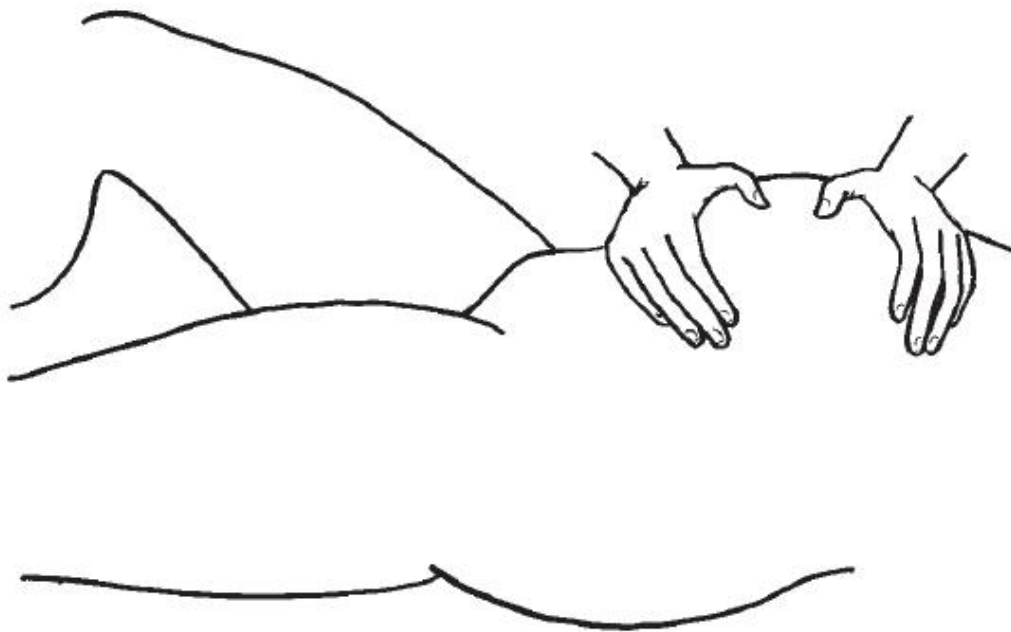
۱. پروسیجر را در کلاس با استفاده از مدل لگن و یک کیسه کوچک پر از دانه برای نشان دادن رحم استفاده کنید.
۲. هر دانشجوی بایستی با استفاده از مدل لگن و کیسه شن این پروسیجر را تمرین کند.
۳. دانشجویان را به بالین ببرید تا برای آن‌ها این امکان فراهم شود که پروسیجر را بر روی زنی که دچار خونریزی بعد از زایمان شده و یا زنی که خونریزی شدید ناشی از عوارض سقط را دارد، مشاهده نمایند.
۴. ممکن است نشان دادن وضعیت دست‌ها برای پروسیجر بر روی زن تازه زایمان کرده، ترجیحاً یک زن مولتی‌پار با عضلات شکمی شل، مفید باشد.

محتوای آموزشی

فشار دودستی خارجی

پروسیجر را نشان دهید:

۱. دست چپ را روی فوندوس قرار داده و آن را تا آنجا که ممکن است به پشت رحم پایین ببرید.
۲. کف دست راست را روی شکم بین ناف و سمفیز پوبیس قرار دهید.
۳. به منظور فشرده‌سازی رحم و در نتیجه رگ‌های خونی در محل جفت، دست‌ها را به سمت یکدیگر فشار دهید (شکل ۵.۴).



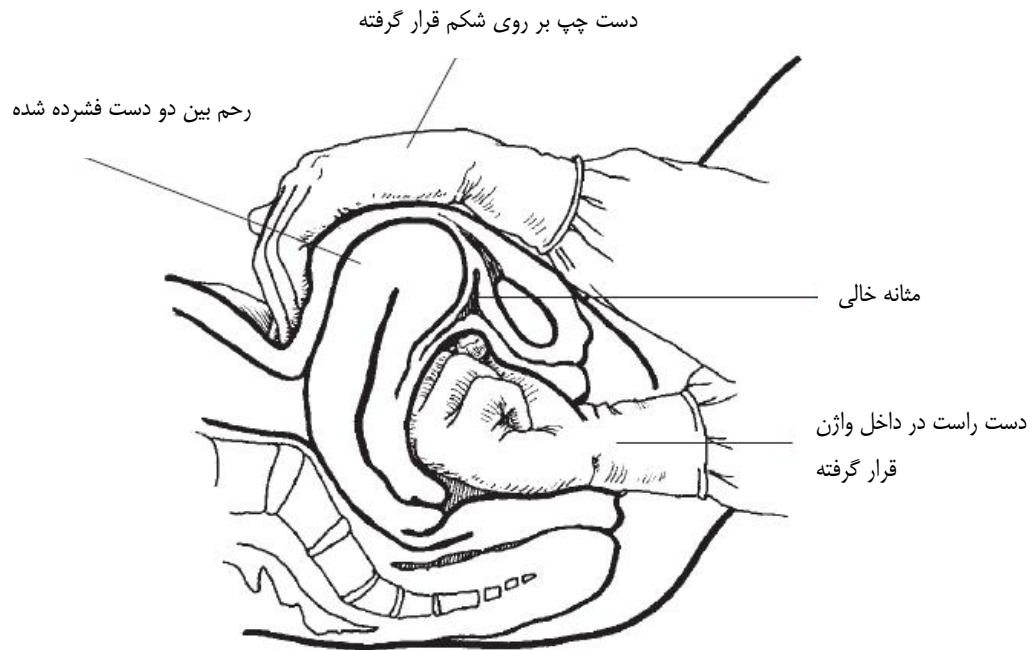
شکل ۵.۴: موقعیت‌های دست برای فشردگی خارجی رحم

فشردگی داخلی دودستی داخلی

پروسیجر را نشان دهید:

- دست‌ها را شسته و اسکراب کنید.
 - دستکش استریل بپوشید.
 - دست چپ را همانند فشار دودستی خارجی بر روی فوندوس بگذارید. انگشتان دست راست به آرامی بر فورنیکس قدامی واژن قرار داده شوند. اگر فشار خوبی حاصل نشد و واژن شل بود، تمام مشت دست بایستی وارد واژن شود (شکل ۵.۵)
- به دانشجویان یادآوری کنید که فشار دودستی داخلی زمانی قابل توصیه است که:

- خونریزی شدید، زمانی که فشار دودستی خارجی موثر نباشد.
- زمانی که زن تحت بیهوشی است.



شکل ۵.۵: فشرده‌سازی دودستی داخلی رحم

ارزیابی صلاحیت

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

توجه: این پروسیجرها می‌توانند توسط مدل لگن و کیسه شن ارزیابی شوند.

فشار دودستی خارجی

۱. آیا دانشجو می‌داند چه هنگام از فشرده‌سازی خارجی دودستی استفاده کند و اینکه چرا این کار مفید است؟
۲. آیا دانشجو دست چپ را روی فوندوس قرار داده و آن را تا آنجا که ممکن است به پشت رحم به پایین فشار می‌دهد؟
۳. آیا دانشجو کف دست راست را روی شکم بین ناف و سمفیز پوبیس قرار می‌دهد؟
۴. آیا دانشجو دست‌ها را به منظور فشرده‌سازی رحم و در نتیجه رگ‌های خونی در محل جفت، به سمت یکدیگر فشار می‌دهد؟
۵. آیا دانشجو احتیاطات لازم در ارتباط با پیشگیری و کنترل عفونت را به کار می‌گیرد؟

فشار دودستی داخلی

۱. آیا دانشجو می‌داند چه هنگام از فشرده‌سازی داخلی دودستی استفاده کند و اینکه چرا این کار مفید است؟
۲. آیا دانشجو اسکراب دست‌ها را انجام می‌دهد؟

۳. آیا دانشجو دستکش استریل می‌پوشد؟

۴. آیا دانشجو دست چپ را همانند فشار دودستی خارجی بر روی فوندوس گذاشته و انگشتان دست راست را به آرامی بر فونیکس قدامی واژن قرار می‌دهد، یا اگر فشار خوبی حاصل نشد و واژن شل بود، تمام دست مشت کرده را وارد واژن می‌کند؟

۵. آیا دانشجو احتیاطات لازم در ارتباط با پیشگیری و کنترل عفونت را به کار می‌گیرد؟

۲. اعمال فشار دستی بر روی آئورت

پروسیجر فشار دستی بر آئورت ممکنست در مواقعی مفید باشد که فشار دودستی بر رحم شکست بخورد. پروسیجر ممکنست در کلاس درسی بوسیله یک ماکت با سایز بزرگ تدریس شده و تمرین گردد.

۱. پروسیجر را در کلاس با استفاده از یک ماکت نشان دهید.

۲. به دانشجویان اجازه دهید تا پروسیجر را با استفاده از یک مانکن تمرین کنند.

دانشجویان را به بالین ببرید که امکان نشان دادن وضعیت دست برای انجام پروسیجر بر روی زن تازه زایمان کرده وجود داشته باشد.

از فشرده‌سازی دستی آئورت فقط می‌توان در موارد خونریزی شدید به جای فشار دودستی رحم استفاده کرد. فشار بر آئورت فقط بایستی در مواقع اورژانسی که علت خونریزی مشخص شده است، انجام بگیرد.

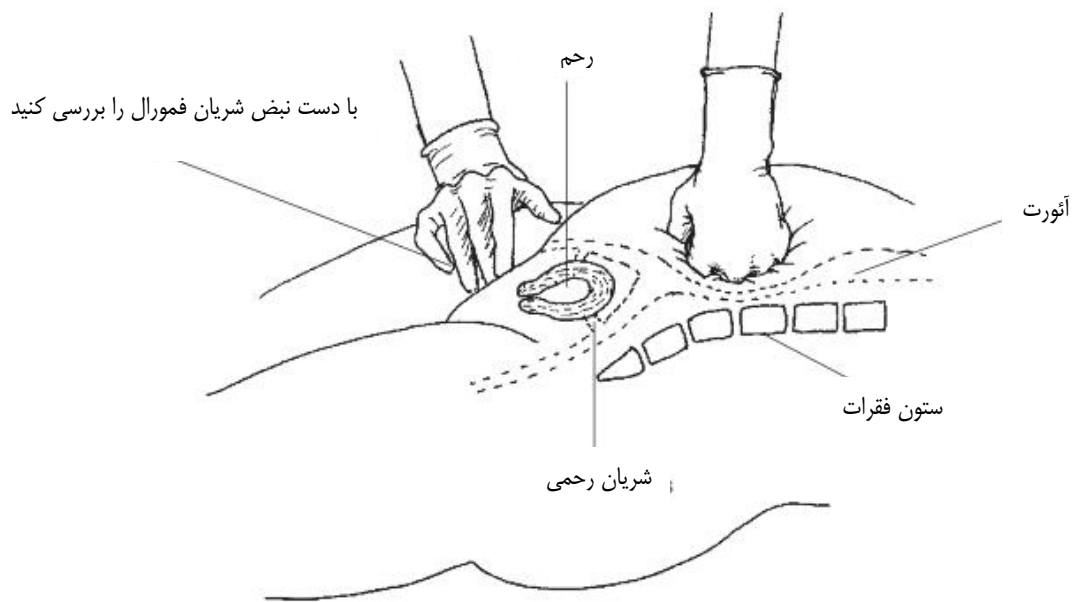
محتوای آموزشی

با دانشجویان مرور کنید که فشار دستی بر آئورت فقط بایستی در مواقع خونریزی شدید که فشار دودستی خارجی و داخلی بر رحم شکست خورده است، انجام گیرد. فشار بر آئورت فقط بایستی در مواقع اورژانسی که علت خونریزی مشخص شده است، انجام بگیرد

با استفاده از یک ماکت، گام‌های زیر را نشان دهید:

۱. از هر دو دست که یکی بر روی کشاله ران نبض فمورال را لمس می‌کند و دست دیگر بصورت مشت بسته بالای ناف قرار گرفته و به آرامی به سمت پایین و به طرف قسمت قدامی ستون فقرات فشار می‌آورد، استفاده کنید (شکل ۵.۶).

۲. اگر نبض شریان فمورال ناپدید شد، فشار بر آئورت کافی است و خونریزی واژینال قطع خواهد شد.



شکل ۵.۶: فشار دستی بر آنورت

ارزیابی صلاحیت

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

توجه: این پروسیجر می‌تواند با استفاده از یک مانکن با سایز بزرگ ارزیابی شود یا ممکن است بر روی یکی از گروه‌های دانشجویی بصورت داوطلبانه صورت گیرد.

۱. آیا دانشجو درک می‌کند چه وقت از فشرده‌سازی دستی آنورت استفاده کرده و چرا این امر می‌تواند مفید باشد؟
۲. آیا دانشجو از هر دو دست استفاده می‌کند که یکی بر روی کشاله ران نبض فمورال را لمس می‌کند و با دست دیگر که بصورت مشت بسته بالای ناف قرار گرفته، به آرامی به سمت پایین و به طرف قسمت قدامی ستون فقرات فشار می‌آورد؟

مهارت ۶: تجویز داروها

روش آموزشی

قبل از رفتن دانشجویان به محیط بالینی، جایی که بتوانند نحوه تجویز داروهای معمول مورد استفاده در درمان عوارض سقط را مشاهده کرده و تمرین کنند، آنها را با مطلب آشنا کنید. به دانشجویان دوز داروهای مورد استفاده در جلسه ۴ را یادآوری کنید.

محتوای آموزشی

تدریس باید نکات زیر را پوشش دهد:

داروهای تجویزی. ماماها بایستی از عوامل زیر در ارتباط با داروهای تجویزی آگاه باشند.

- اگر ماماها در حال کار کردن بدون نظارت مداوم یک پزشک باشند، داروهای خاص و دوز آنها بایستی مورد توافق مقام پزشکی مسئول باشد.
- اگر مقررات قانونی / پزشکی / مامایی / پرستاری که مانع تجویز داروها توسط ماما در غیاب یک پزشک شود، وجود داشته باشد، اینها نیاز به بازبینی دارند.
- ماماها بایستی مطمئن باشند که ذخایر کافی از داروهای ضروری در تمام زمانها در دسترس است.
- ماماها بایستی مطمئن باشند که تاریخ انقضای داروها نگذشته باشد و آنها بطور ایمن ذخیره شده و در دمای مناسب هستند.
- ماماها بایستی اطلاعات زیر را در برگه تجویز داروها بنویسند:
 - نام دارو:
 - دوز:
 - روش تجویز:
 - تاریخ و زمان تجویز هر دوز دارو
 - امضا: بالین کاری که دارو را تجویز کرده و بالین کاری که آن را به کار برده است.

ماماها بایستی بدانند:

- دوز صحیح
- داروی صحیح
- در زمان صحیح
- به روش صحیح
- به بیمار صحیح
- هر زمان که ممکن باشد، بهتر است که از یک همکار درخواست کنیم که دارو و دوز آن را قبل از استفاده چک کند.

دادن آنتی بیوتیک. قوانین عمومی زیر، بایستی به ترتیب در مورد دادن آنتی بیوتیک رعایت شود.

- از آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف استفاده کنید، زیرا که بر علیه طیف وسیعی از باکتری‌ها موثر هستند.
- برای عفونت‌های شدید، از دوز بالا ترجیحاً به شکل وریدی استفاده نمایید.
- در صورتی که تجویز آنتی بیوتیک‌ها از طریق وریدی مقدور نباشد، به روش عضلانی تزریق نمایید.

- تجویز خوراکی آنتی‌بیوتیک‌ها نباید در مواقع عفونت شدید استفاده شود، مگر اینکه به روش وریدی یا عضلانی مقدور نباشد. به هر حال تجویز خوراکی برای عفونت‌های خفیف یا پیشگیری از گسترش عفونت ممکن است قابل قبول باشد.

داروهای داخل وریدی. ماماها در زمان تجویز آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی بایستی از عوامل زیر آگاه باشند.

- مهم است که از موارد زیر مطمئن باشند:
 - سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها/کانولا استریل است.
 - هیچ هوایی در داخل سرنگ نیست.
 - کانولا باز است (یعنی بسته نیست).
 - کانولا بطور صحیح در داخل ورید وارد شده است.
- بیمار را بطور دقیق از نظر هر نوع واکنش جانبی ناشی از آنتی‌بیوتیک بررسی کنید. اگر واکنش جانبی اتفاق افتاد، آنتی‌بیوتیک بایستی قطع شده و با پزشک مشورت گردد.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید اینکه دانشجو صلاحیت کافی را دارد، پاسخ به سوالات زیر بایستی "بله" باشد.

- ۱- آیا دانشجو اهمیت توجه به تاریخ انقضای داروها و عدم استفاده بعد از تاریخ مذکور را می‌داند؟
- ۲- آیا دانشجو اهمیت نگهداری داروها بطور صحیح و نگهداری استوک‌های کافی داروها را می‌داند؟
- ۳- آیا دانشجو ثبت دقیق و کاملی از داروهای تجویز شده را انجام می‌دهد؟
- ۴- آیا دانشجو داروها را به شکل دقیق، صحیح و سالم با کنترل موارد زیر تجویز می‌کند:
 - دوز صحیح
 - داروی صحیح
 - در زمان صحیح
 - به روش صحیح
 - به بیمار صحیح
- ۵- آیا دانشجو قادر است آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف را برای استفاده در بیماران پس از سقط انتخاب کند؟
- ۶- آیا دانشجو دوز صحیح داروهای مورد نیاز، چه به شکل وریدی، عضلانی یا خوراکی را می‌داند؟
- ۷- در زمان تزریق داروها به شکل وریدی آیا دانشجو اطمینان دارد که:
 - سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها/کانولا استریل است.
 - هیچ هوایی در داخل سرنگ نیست.
 - کانولا باز است (یعنی بسته نیست).
 - کانولا بطور صحیح در داخل ورید وارد شده است.

مهارت ۷. ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن

روش آموزشی

به دانشجویان نشان دهید که چگونه واژن و دهانه‌ی رحم را از نظر پارگی مشاهده کرده و چگونه آن را ترمیم کنند. به آنها آموزش دهید که معاینه‌ی دقیق زیر نور مناسب برای تشخیص پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم لازم است.

محتوای آموزشی

به دانشجویان یادآوری کنید که پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم می‌توانند منجر به خونریزی شدید گردند. در مورد سقط، این آسیب‌ها در زمان سقط نالیمن یا القای سقط و یا در طول پروسیجر تخلیه‌ی رحم در زمان درمان سقط ناقص محتمل هستند. سایر شرایطی که ممکن است پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم اتفاق بیفتند شامل:

- لیبر طول کشیده/ متوقف شده: زمانی که دهانه‌ی رحم بین سر بچه و سمفیز پوبیس گیر کند، لب قدامی ممکن است متورم شده و به خوبی کشیده نشود و احتمال پارگی وجود دارد.
- زایمان توسط کشش با فورسپس یا واکيوم یا کشش بریچ قبل از اتساع کامل دهانه‌ی رحم
- لیبر تسریع شده (خودبخودی یا القا شده توسط اکسی توسین)
- ناتوانی دهانه‌ی رحم در اتساع بعلت ناهنجاری‌های مادرزادی یا اسکار به‌علت آسیب قبلی

به دانشجویان یادآوری کنید که:

- اگر پارگی بزرگ باشد و خونریزی وجود داشته باشد، ترمیم پارگی‌ها ضروری است. پارگی‌های کوچکی که خونریزی نمی‌کنند، نیازی به ترمیم ندارند.
- در رابطه با مراقبت بعد از سقط، پارگی‌های دهانه‌ی رحم ممکن است در طول یا بعد از پروسیجر تخلیه‌ی رحم اتفاق بیفتند یا شناسایی شود. پارگی‌های کوچک و سطحی به‌علت فشار تناکولوم بر روی لب قدامی ممکن است در حین پروسیجر تخلیه روی دهد.
- پارگی‌های وسیع‌تر و جدی ممکن است به‌علت دیلاتاسیون بیش از حد قوی و موثر دهانه‌ی رحم اتفاق بیفتند. خونریزی ناشی از اغلب پارگی‌های سطحی تا پایان پروسیجر قطع شده و نیاز به درمان بیشتری ندارند. تمام پارگی‌ها و هر پارگی سطحی که خونریزی از آنها ادامه داشته‌باشد، بایستی بخیه زده شوند.
- معاینه‌ی دقیق زیر نور خوب، برای تشخیص پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم نیاز است. جزئیات مربوط به پروسیجر ترمیم پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم در زیر آورده شده است.
- توجه دقیق از نظر بهداشت و پیشگیری از عفونت و کنترل پروسیجر لازم است.

مشاهده‌ی دهانه‌ی رحم و واژن

به دانشجویان آماده کردن تجهیزات و تدارکات را نشان دهید:

- یک منبع نور خوب
- اسپاکولا (قدامی و خلفی)
- محلول ضدعفونی‌کننده
- دستکش استریل
- گاز استریل
- تجهیزات برای ضدعفونی کردن ابزار

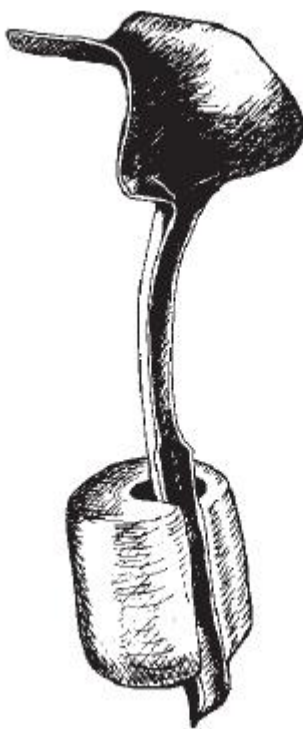
که چگونگی آماده کردن بیمار را به شرح زیر نشان دهید:

- بررسی کنید که رحم سفت است و بخوبی منقبض شده است
- از زن بخواهید تا مثانه‌اش را خالی کند.
- پروسیجر را به زن توضیح دهید.
- به زن اطمینان خاطر دهید.
- پرینه، ولو و واژن را با محلول ضدعفونی‌کننده تمیز کنید.

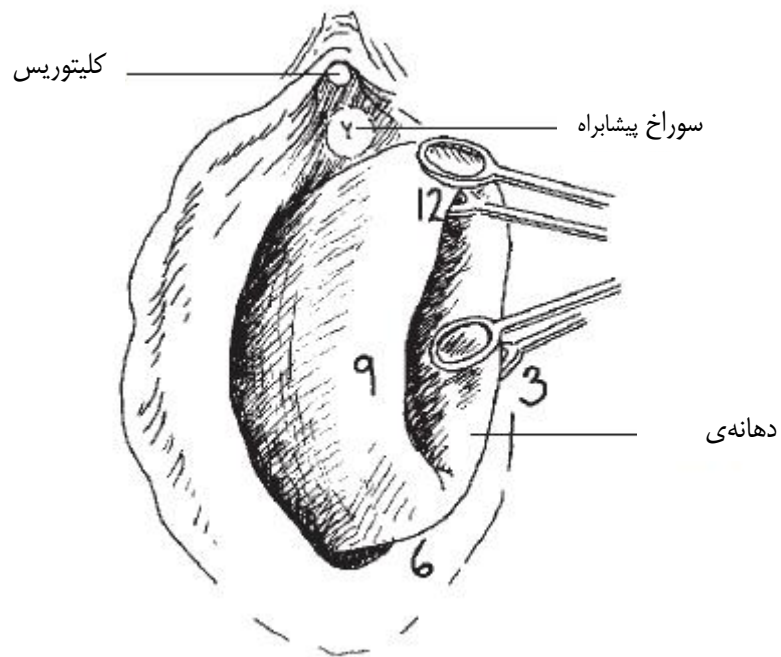
با استفاده از یک مانکن یا یک بیمار واقعی گام‌های پروسیجر ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم را به شرح زیر نشان دهید:

۱. دست‌ها را شسته و دستکش استریل بپوشید.
۲. لایها را با استفاده از یک دست از هم جدا کنید.
۳. یک دستیار نور را به سمت واژن بگیرد.
۴. از نظر هر نوع پارگی یا هماتوم به دقت بررسی کنید.
۵. به طور محکم به وسیله‌ی انگشتان دست به دیواره‌ی خلفی واژن فشار دهید و واژن را عمیقاً مشاهده کنید. خونریزی از پارگی‌های واژن یا دهانه‌ی رحم ممکن است کم یا مداوم باشد و یا از یک شریان فوران یابد.
۶. به آرامی بر دیواره‌ی واژن فشار دهید. انگشتان دست را در تمام مسیرهای دیواره‌ی واژن تا دهانه‌ی رحم جهت بررسی نقاط خونریزی دهنده یا یک هماتوم حرکت دهید. این حرکت را در سمت مقابل واژن تکرار کنید.
۷. سپس از یک دستیار برای فشار محکم بر رحم زن حامله کمک بخواهید. این عمل سبب پایین آمدن دهانه‌ی رحم به سمت واژن شده و در نتیجه بررسی آن دقیق‌تر خواهد بود.
۸. دو اسپاکولا، یکی بطور خلفی و دیگری در قسمت قدامی وارد کرده و از دستیار بخواهید که آن‌ها را نگه دارد. (اگر شما تنها بودید یک اسپاکولای خلفی دارای وزنه همانند شکل ۵.۷ می‌تواند برای فشار به سمت خلف دیواره خلفی واژن استفاده شود). اگر هیچ اسپاکولایی در دسترس نبود، با یک دست بطور محکم به دیواره خلفی واژن جهت در معرض دید قرار دادن بهتر دهانه‌ی رحم فشار وارد کنید. با دست دیگر یک فورسپس اسپونژ بردارید و بر روی لبه قدامی (لبه فوقانی) در ساعت ۱۲ کلامپ کنید.

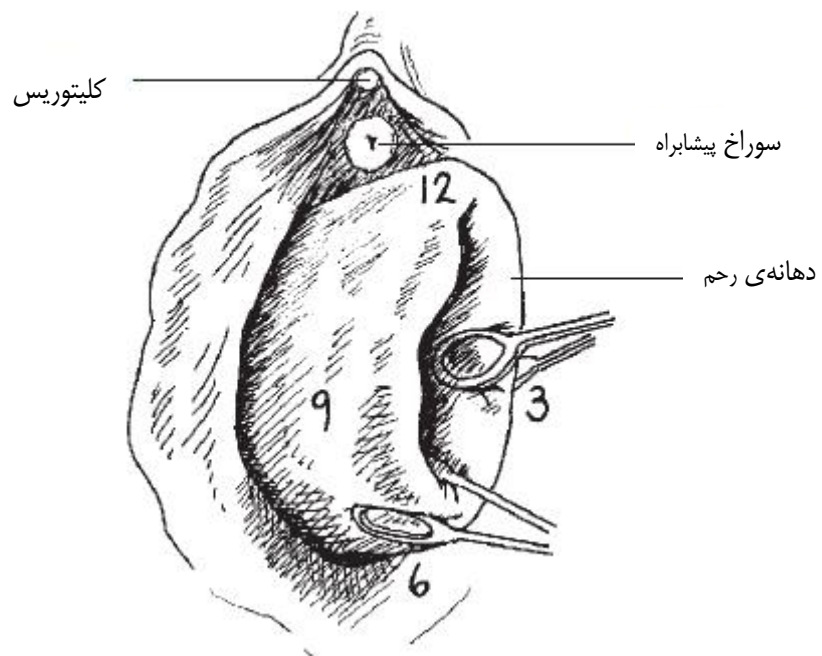
۹. فورسپس اسپونژ دیگر را بر روی دهانه‌ی رحم در ساعت ۳ کلامپ کرده و قسمت‌هایی از دهانه‌ی رحم بین این دو فورسپس را امتحان کنید (شکل ۵.۸). از نظر خونریزی آهسته و مداوم یا جهش خون بررسی کنید.
۱۰. کلامپ را از ساعت ۱۲ جدا کرده و مجدداً بر روی ساعت ۶ کلامپ کنید.
۱۱. هم‌اکنون قسمت‌های موجود بین ساعت ۳ و ۶ را بررسی و امتحان کنید (شکل ۵.۹).
۱۲. دوباره کلامپ را از ساعت ۳ باز کرده و مجدداً بر روی ساعت ۹ کلامپ کنید.
۱۳. این پروسیجر شبیه ساعت را ادامه دهید، تا زمانی که تمام دهانه‌ی رحم را معاینه کنید. اگر خونی در این مسیر وجود داشت و دیدن ناحیه‌ای که خون از آن خارج می‌شود مشکل بود، از یک گاز استریل یا حوله برای پاک کردن خون استفاده کنید.
۱۴. هر پارگی را ترمیم کنید، ولو و پریته را تمیز کنید و با پد استریل بیوشانید. راحتی زن را برقرار کنید.



شکل ۵.۷: اسپاکولای خلفی دارای وزنه



شکل ۵.۸: مشاهده دهانه‌ی رحم از نظر پارگی‌ها بین ساعت ۱۲ و ۳

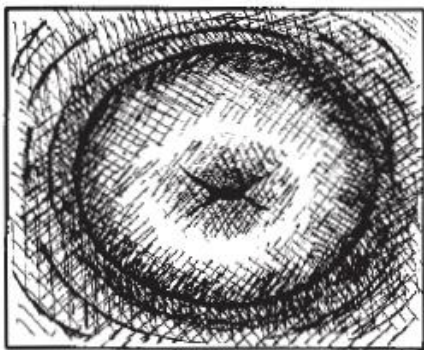


شکل ۵.۹: مشاهده دهانه‌ی رحم از نظر پارگی‌ها بین ساعت ۳ و ۶

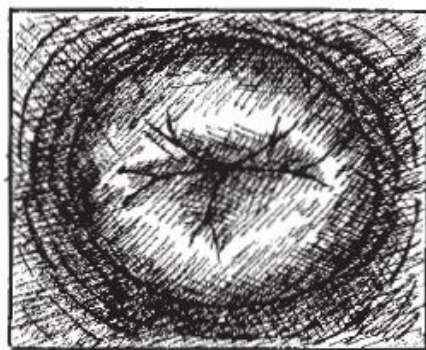
ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن

ترمیم پارگی در صورت بزرگ بودن و خروج مداوم خون از آن ضروری است. پارگی‌های کوچکی که خون از آن‌ها خارج نمی‌شود نیازی به ترمیم ندارند. پارگی‌های جزئی دهانه‌ی رحم در اغلب لیبرها اتفاق می‌افتند. این پارگی‌ها خودشان به سرعت بهبود می‌یابند. در زمان بهبود، نمای ظاهری دهانه‌ی رحم از یک سوراخ گرد منظم به یک شکاف عرضی تغییر خواهد کرد (شکل ۵.۱۰).

(الف)



(ب)



شکل ۵.۱۰: نمای دهانه‌ی رحم در یک زن نولی پار (الف) و یک زن مولتی پار (ب)

تمام پارگی‌ها و هر پارگی سطحی که خونریزی می‌کند بایستی مطابق زیر ترمیم شود:

مجموعه‌ای از ذخایر و تجهیزات مورد نیاز مانند موارد زیر را نشان دهید:

- یک منبع نور خوب
- محلول ضد عفونی
- دستکش استریل
- مایعات داخل وریدی، افزایش دهنده‌های حجم پلاسما و در صورت وجود اندیکاسیون، ترانسفوزیون خون
- پتیدین و دیازپام برای استفاده‌ی وریدی
- نخ بخیه کاتگوت کرومیک ۲/۰ یا ۳/۰ و سوزن
- سوزن گیر
- دو فورسپس اسپونژ
- بی‌حسی موضعی در صورت نیاز (مثل لیدوکائین ۱ درصد یا محلول لیگنوکائین ۰/۵ درصد)، سرنگ و سوزن
- گاز استریل

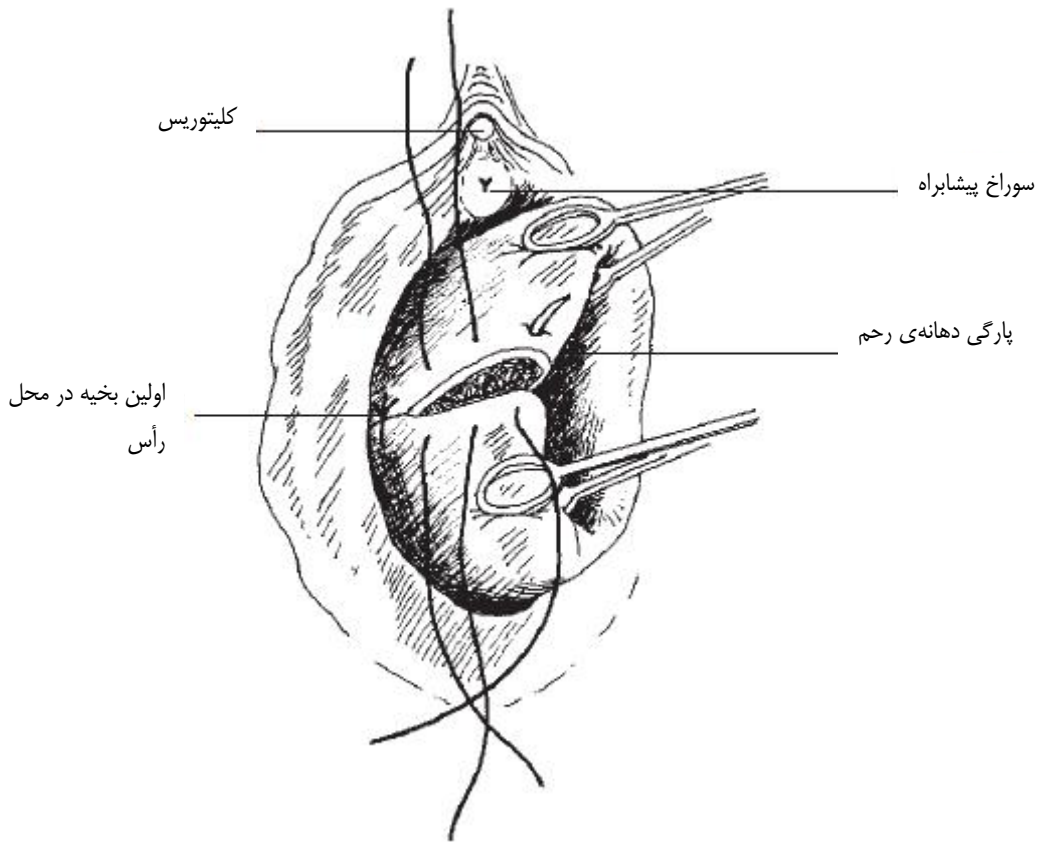
- اسپاکولا (قدامی و خلفی)
 - تجهیزات برای ضدعفونی کردن ابزار
 - نشان دهید که چگونه بیمار را آماده کنید:
 - وضعیت عمومی بیمار را ارزیابی کنید، علائم حیاتی را کنترل کرده و خون از دست رفته را تخمین بزنید.
 - بررسی کنید که رحم سفت است و به خوبی منقبض شده است
 - از زن بخواهید تا مثانه‌اش را خالی کند.
 - اگر تاکنون این عمل را انجام نداده‌اید، نمونه‌ی خون برای بررسی از نظر گروه خونی، کراس‌مچ و سطح هموگلوبین بگیرید.
 - انفوزیون وریدی سدیم لاکتات یا نرمال سالین را شروع کرده و اگر نیاز به اصلاح هیپوولمی بود به سرعت انفوزه نمایید. در مواقع شوک شدید، خون یا افزایش دهنده‌های حجم پلاسما بدهید.
 - پروسیجر را به زن توضیح داده و به او اطمینان خاطر دهید.
 - پتیدین و دیاپام را به صورت وریدی آهسته بدهید (از سرنگ مشترک استفاده نکنید)
 - به زن کمک کنید که به پشت دراز کشیده و زانوهایش را خم کند.
 - پرینه، ولو و واژن را با محلول ضدعفونی کننده تمیز کنید.
- با استفاده از یک مانکن یا یک بیمار واقعی همانند زیر، گام‌های پروسیجر را نشان دهید:

۱. دست‌ها را شسته و دستکش استریل بپوشید.
۲. سوند مثانه را در صورتی که زن قادر به دفع ادرار نباشد و مثانه پر باشد بگذارید.
۳. یک اسپونژ فورسپس را در یک طرف پارگی و اسپونژ فورسپس دیگر را در سمت دیگر پارگی قرار دهید.
۴. هر دو دسته فورسپس را در یک دست بگیرید و به سمت خودتان بکشید. زمانی که شما در حال ترمیم هستید، فورسپس‌ها به طور محکم دهانه‌ی رحم را خواهند گرفت. (اخطار: اگر از فورسپس دنداندار یا کلامپ استفاده کنید، ممکن است سبب بریدگی دهانه‌ی رحم شده و باعث خونریزی بیشتری شود، یا ممکن است بطور تصادفی سبب کندی قسمتی از دهانه‌ی رحم شود).
۵. بخیه زدن را از رأس (بالای) محل پارگی شروع کنید. اگر به سختی به رأس دسترسی دارید، در زیر آن بخیه زده و نخ بخیه را به سمت خودتان بکشید. به این ترتیب رأس پارگی پایین آمده و در دسترس شما قرار می‌گیرد. غفلت از انجام این مرحله ممکن است سبب خونریزی از قسمت بالای بخیه شود.
۶. از بخیه‌های منقطع یا مداوم در طول زخم در حدود یک سانتی‌متر در هر طرف زخم و با گرفتن تمام ضخامت هر لبه‌ی دهانه‌ی رحم استفاده کنید (شکل ۵.۱۱ و شکل ۵.۱۲).
۷. از پد استریل پرینه استفاده کنید.
۸. راحتی زن را برقرار کنید.
۹. تجهیزات و ذخایر را تمیز و ضدعفونی کنید.
۱۰. تمام مستندات را تکمیل کنید.

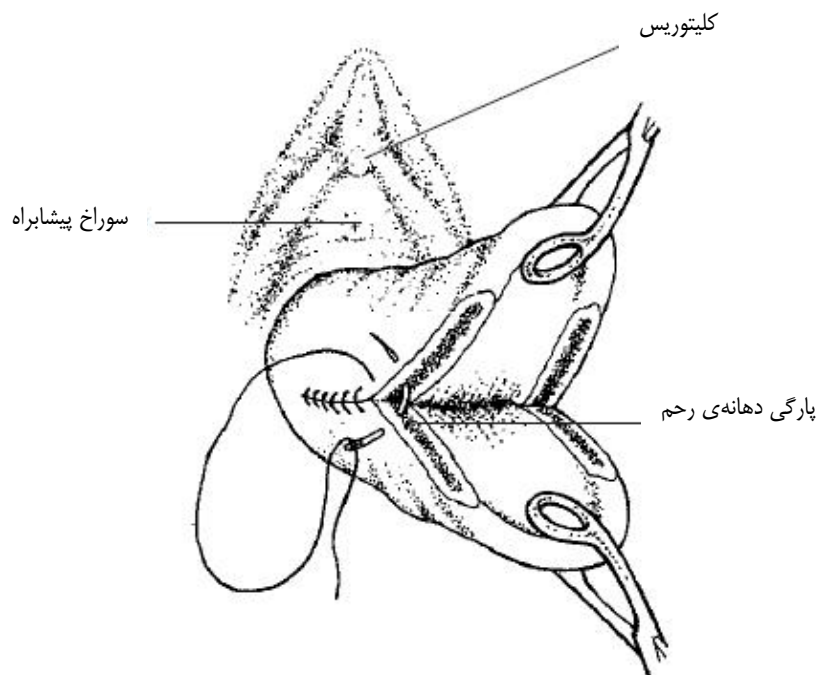
ترمیم پارگی قسمت‌های فوقانی واژن

با استفاده از یک مانکن یا یک بیمار واقعی همانند زیر، گام‌های پروسیجر ترمیم پارگی قسمت‌های فوقانی واژن را به دانشجویان نشان دهید:

۱. دست‌ها را شسته و دستکش استریل بپوشید.



شکل ۵.۱۱: گرفتن دهانه‌ی رحم بطور محکم توسط فورسپس برای ترمیم پارگی



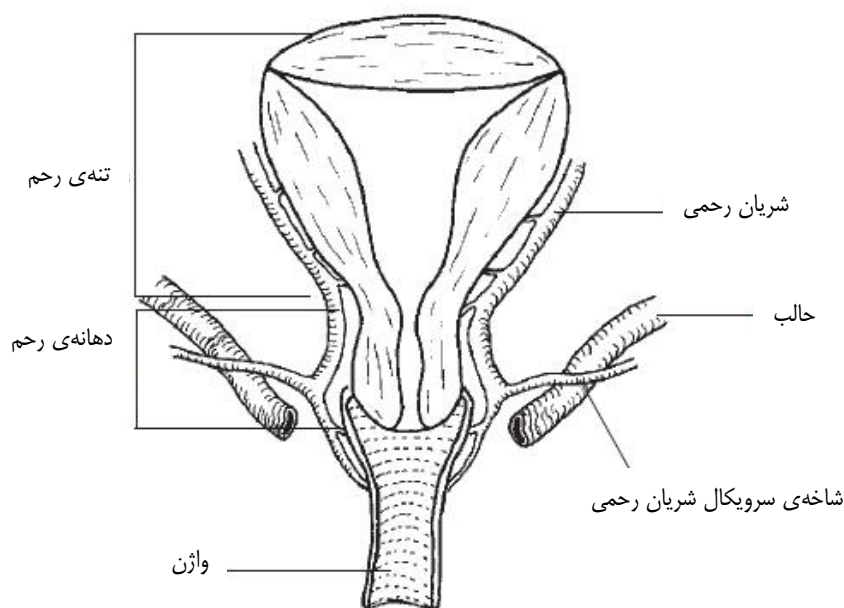
شکل ۵.۱۲: بخیه غیر منقطع دهانه‌ی رحم

۲. پارگی موجود در محل واژن را در معرض دید قرار دهید.
۳. بعد از تزریق محلول بی‌حسی موضعی، پارگی را به روش بخیه‌های مداوم یا منقطع، بخیه بزنید. بخیه زدن را از رأس شروع کنید.
۴. پارگی‌های قسمت‌های عمقی را نیز ترمیم کنید و نه فقط خط واژن. زیرا اغلب پارگی‌های واژن با آسیب بافت‌های زیرین همراه هستند. اگر پارگی در یک سوم فوقانی واژن باشد آگاه باشید که حالب $1/5$ سانتی‌متر بالاتر از فورنیکس طرفی است (شکل ۵.۱۳). از وارد کردن عمیق سوزن در این محل خودداری کنید.
۵. **اگر بافت عمقی درگیر شده باشد**، رکتوم را بررسی کنید تا مطمئن شوید که بخیه‌ای در آن ناحیه وجود ندارد.
۶. از پد استریل در ناحیه پرینه استفاده نمایید.
۷. راحتی زن را برقرار کنید.
۸. تمام تجهیزات و ذخایر را تمیز و ضدعفونی کنید.
۹. تمام مستندات را تکمیل کنید.

مراقبت بلافاصله بعد از پروسیجر ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن

به دانشجویان نشان دهید که چگونه:

- علایم حیاتی زن را بلافاصله بعد از پروسیجر و سپس هر ۲-۴ ساعت چک کرده و ثبت می‌نمایید.



شکل ۵.۱۳: ارتباط عروق خونی و حالب با دهانه‌ی رحم و واژن

- از نظر خونریزی و/ یا تشکیل هماتوم بررسی کنید.
- مایعات داخل وریدی و/ یا خون را بسته به وضعیت بیمار داده و ثبت کنید.
- یک دوز واحد آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک بعنوان مثال آمپی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، و مترونیدازول ۴۰۰ میلی گرم خوراکی بدهید.

محتوای آموزشی

به دانشجویان مشکلات احتمالی بعد از پروسیجر را یادآوری کنید.

عوارض زودهنگام

خونریزی: ممکن است زمانی اتفاق بیفتد که عروق خون بطور صحیح بسته نشده‌اند. با بستن دقیق نقاط خونریزی دهنده در هنگام ترمیم از این مشکل پیشگیری کنید. مطمئن شوید که خون از رحم آتونیک خارج نمی‌شود.

هماتوم: تجمع خون در دیواره واژن بطور شایع در ارتباط با آسیب واژن اتفاق می‌افتد. هماتوم ممکن است با تورم واژن یا ولو و یا تشدید درد و احتباس ادرار تظاهر یابد. با بستن دقیق نقاط خونریزی دهنده در حین ترمیم از ایجاد هماتوم پیشگیری کنید. اگر هماتوم بزرگ و دردناک بود، بایستی با ایجاد برش تحت بیهوشی عمومی تخلیه شود. نقاط خونریزی دهنده بایستی بسته شده و از بخیه‌های منقطع عمیق برای بستن حفره استفاده شود.

احتباس ادرار: زن بایستی به‌طور مکرر برای دفع ادرار تشویق شود. اگر خودش قادر به دفع ادرار نباشد، یک سوند ممکن است برای پیشگیری از احتباس ادرار در داخل مثانه کار گذاشته شود.

عفونت: مشکل شایعی بوده و با تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک و رعایت تکنیک آسپتیک جهت ترمیم پارگی، قابل پیشگیری است. اگر زخم عفونی شود بخیه‌ها ممکن است نیاز به خارج شدن داشته و بعد از تمیز کردن عفونت نیاز به بخیه زدن مجدد باشد.

عوارض دیرهنگام

اسکار و تنگی واژن (باریک‌شدگی) ممکن است در پارگی‌های فراموش شده واژن اتفاق افتاده و سبب مقاربت دردناک و لیبر متوقف شده در زایمان‌های بعدی شود.

اسکار دهانه‌ی رحم بعلت عدم ترمیم پارگی‌های آن ممکن است منجر به لیبر طول کشیده در حاملگی‌های بعدی، در اثر اتساع نامناسب دهانه‌ی رحم شود.

فیستولوزیکوواژینال، وزیکوسرویکال یا رکتوواژینال در صورتی که پارگی دهانه‌ی رحم یا واژن به سمت مثانه یا رکتوم گسترش یابد، ممکن است اتفاق افتد.

ارزیابی صلاحیت

ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم یا واژن شامل مراقبت بعد از پروسیجر

چک لیست‌ها بایستی بدنبال نظارت مستقیم دانشجو جهت ارزیابی کسب صلاحیت مهارت معاینه‌ی واژن و دهانه‌ی رحم و ترمیم پارگی‌های واژن و ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم تکمیل گردد. چک لیست در انتهای این جلسه آورده شده است.

مدرس بایستی بررسی کند که دانشجو هر گام موجود در این چک لیست را تکمیل می‌کند. برای هر گام که به طور صحیح تکمیل می‌شود، "بله" را تیک بزنید. اگر گامی فراموش شود یا به طور صحیح تکمیل نشود، "خیر" را تیک بزنید. در ستون "ملاحظات"، مشاهدات مثبت و موارد مشکل‌دار باید شناسایی شود.

برای این که یک دانشجو صلاحیت‌دار ارزیابی شود، هر گامی در پروسیجر بایستی به طور صحیح تکمیل شود.

برای دانشجویانی که هر گام را بطور صحیح در این روش تکمیل نمی‌کنند، ترتیب آموزش اضافی و تمرین تحت نظارت داده شده و مدرس بایستی دوباره از چک لیست برای مشاهده و ارزیابی صلاحیت دانشجو استفاده کند.

مهارت ۸. نگهداری مستندات

روش آموزشی

هدف، توانمند کردن دانشجویان برای فهم این نکته است که چه مستنداتی استفاده می‌شوند و پیامد و ارزش حفظ مستندات در اداره سقط ناقص چیست.

دانستن این حقیقت مهم است که دریافت اطلاعات دقیق از زن و خانواده‌اش در ارتباط با سقط ناقص، اصلاً کار ساده‌ای نیست و کارکنان بهداشتی بایستی تلاش کنند تا مهارت برقراری ارتباط را در استخراج اطلاعات دقیق از آن‌ها کسب کنند.

سقط به‌عنوان یک تجربه خیلی احساسی و شخصی می‌باشد که صحبت در مورد آن به هیچ وجه آسان نیست. در برخی کشورها تابوهای فرهنگی اجتماعی نیز به‌عنوان سدی برای صحبت در این باره عمل می‌کنند. همچنین بایستی یادآوری شد که در برخی شرایط، زن ممکنست آگاه نبوده یا تمایلی به تأیید و تصدیق اینکه او باردار است یا ممکن است باردار باشد، نداشته باشد. به این علت، اطلاعات در مورد سقط بندرت دقیق است. بنابراین، کسی که در مورد حفظ مستندات تدریس می‌کند یا بحث می‌کند، مهم است چالش‌هایی را که شرکت‌کنندگان در جمع‌آوری اطلاعات برای حفظ مستندات خواهند داشت را بیان کند.

برای توانایی در نگهداری خوب مستندات مهم است که دانشجویان بفهمند که، نه تنها حفظ مستندات مهم است بلکه بدانند که چرا حفظ مستندات و مدیریت مستندات نیز مهم است.

تعریف مستندات

مستندات مجموعه‌ای از حقایق و مدارک مرتبط با یک شخص، وضعیت یا فعالیت است.

هدف حفظ مستندات

- مستندات ابزار مهم پیش سلامت عمومی هستند.
- مستندات مدرک قابل رویتی از نحوه عملکرد سازمان و ارائه‌کنندگان را فراهم می‌کند.
- زمانی که مستندات دقیق و کامل هستند، اساسی برای ارزیابی فعالیت‌های بیمارستانی و ارائه‌کنندگان فراهم می‌کنند؛ اگر آن‌ها دقیق و کامل نباشند، ارزیابی درست مشکل خواهد بود.

جمع‌آوری و حفظ مستندات

مستندات می‌توانند در سطوح و نقاط مختلف یک سازمان جمع شوند:

- در یک بخش سرپایی
- در هنگام تسویه حساب
- در قسمت پذیرش بخش
- در هر اتاق پروسیجر
- در یک اتاق جراحی

مستندات در هر محل و واحد مطابق با طرح و ابزارهای مورد استفاده جهت جمع‌آوری و همچنین بسته به اطلاعات جمع‌آوری- شده فرق می‌کنند.

بسیاری از مشکلات مربوط به مستندات و جمع‌آوری داده‌ها را می‌توان بوسیله طراحی خوب و نگهداری دقیق مستندات حل کرد.

در اینجا نیاز است که از تمام کارکنان درگیر در مراقبت بیمار، در هر سطح سازمانی برای نیاز به جمع‌آوری و نگهداری مستندات دقیق قردادانی شود.

کار گروهی

این فعالیت کار گروهی برای کمک به دانشجویان طراحی شده است تا بشناسند:

- ابزارهای در دسترس جمع‌آوری اطلاعات

آموزش‌ها برای کار گروهی

دانشجویان را به گروه‌های کوچکی تقسیم کنید.

عضوی از گروه را برای تسهیل بحث گروهی منصوب نمایید.

عضوی از گروه را برای گزارش نتایج کار گروهی در کلاس منصوب نمایید.

در مورد موارد زیر بحث کنید:

چه داده‌هایی معمولاً در ارتباط با سقط/ بیماران سقط ناقص نگهداری می‌شوند؟

چه کسی مستندات را جمع، نگهداری و استفاده می‌کند؟

چرا مستندات جمع و نگهداری می‌شوند؟

چه زمانی مستندات جمع‌آوری می‌شوند؟

مستندات چگونه جمع و استفاده می‌شوند؟

- بخش‌هایی که مستندات جمع می‌شوند

- افراد پاسخگو برای جمع‌آوری مستندات و نگهداری آنها
- چرا مستندات نگهداری می‌شوند- افرادی که از مستندات استفاده می‌کنند.
- انواع مختلف مستندات

بازخورد از کار گروهی

در طول بازخورد، بحث در مورد موارد ذیل ممکن است صورت گیرد:

- هر فردی که با بیمار تماس دارد بایستی دلایل و ارزش حفظ مستندات را بداند.
- مستندات، ابزار مهم پایش سلامت عمومی هستند
- مستندات می‌توانند و بایستی در هر بخشی که بیمار ویزیت می‌شود، پذیرش می‌شود و یا عمل می‌شود، نگهداری شوند.
- برای تسهیل در جمع‌آوری داده‌ها، دفاتر ثبت از پیش طراحی شده، کارت بیمار می‌تواند استفاده شود با تأکید بر اینکه اطلاعات جمع‌آوری شده دقیق باشد.
- مستندات و داده‌های تولید شده می‌تواند بوسیله‌ی هر کسی در راستای موارد زیر استفاده شود:
 - مرجع
 - برنامه ریزی
 - قوانین پزشکی
 - تحقیق
 - وکالت
 - به اشتراک گذاشتن اطلاعات

به علت حساس بودن موضوع، تمام مستندات پزشکی بایستی محرمانه بوده و فقط کارکنان مجاز با آنها تماس داشته باشند.

مستندات موجود چگونه در آمار ملی و جهانی استفاده می‌شوند؟

با دانشجویان در مورد حوزه‌های وسیع مستندات برای تکمیل اطلاعات سیستم بهداشتی بحث کنید:

- مستندات در راستای ارتقای فعالیت‌های مراقبتی بهداشتی
- مستندات در راستای ارتقای فعالیت‌های مراقبتی درمانی
- مستندات در مورد آمار حیاتی

در پایان بحث، با دانشجویان مثالی از ابزار جمع‌آوری مستندات را به اشتراک بگذارید.

ابزار جمع‌آوری مستندات

تاریخ	شماره بیمار بستری	نام	سن	تعداد زایمان	وضعیت تأهل	تشخیص	پروسیجرهای انجام شده قبلی	مقدار محصولات حاملگی	عفونت یا عارضه	مشاوره انجام شده

چک لیست مهارت‌های بالینی برای معاینه‌ی واژن و دهانه‌ی رحم

بله	خیر	ملاحظات	گام
			<p>ابزارها و تجهیزات</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ آماده کردن وسایل، اتاق و تجهیزات ▪ ضدعفونی و تمیز کردن صحیح تمام ابزارها بعد از پروسیجر
			<p>آماده‌سازی بیمار</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ دادن اطمینان خاطر به زن و توضیح دلیل معاینه ▪ کنترل رحم را از نظر سفت بودن و منقبض بودن ▪ خواستن از زن جهت خالی کردن مثانه‌اش ▪ توضیح پروسیجر به زن ▪ تمیز کردن اطراف پرینه و واژن با محلول ضدعفونی کننده
			<p>گام‌های پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش استریل ▪ باز کردن لاینیهای واژن با یک دست ▪ داشتن یک دستیار جهت تاباندن نور در واژن ▪ بررسی دقیق از نظر هر گونه پارگی یا هماتوم ▪ فشار محکم به دیواره خلفی واژن با کمک انگشتان دست دیگر و نگاه عمیق به واژن ▪ فشار آرام بر دیواره واژن، حرکت انگشتان در یک طرف دیواره به سمت دهانه‌ی رحم، بررسی از نظر نقاط خونریزی دهنده یا هماتوم ▪ تکرار پروسیجر در سمت دیگر واژن ▪ کمک خواستن از دستیار برای فشار محکم رحم به سمت پایین ▪ قرار دادن ۲ اسپاکولا، یکی بصورت خلفی و دیگری قدامی و درخواست از دستیار برای نگهداشتن آنها ▪ اگر هیچ اسپاکولایی در دسترس نبود، با یک دست بطور محکم به دیواره خلفی واژن جهت در معرض دید قرار دادن بهتر دهانه‌ی رحم فشار وارد کنید. ▪ استفاده از یک فورسپس اسپونژ و کلامپ بر روی لبه قدامی (لبه فوقانی) در ساعت ۱۲ توسط دست دیگر. ▪ کلامپ فورسپس اسپونژ دیگر بر روی دهانه‌ی رحم در ساعت ۳ و معاینه‌ی قسمت‌هایی از دهانه‌ی رحم بین این دو فورسپس ▪ بررسی از نظر خونریزی آهسته و مداوم یا جهش خون ▪ جدا کردن کلامپ از ساعت ۱۲ و کلامپ مجدد بر روی ساعت ۶ ▪ بررسی و امتحان قسمت‌های موجود بین ساعت ۳ و ۶ ▪ باز کردن دوباره کلامپ از ساعت ۳ و کلامپ مجدد بر روی ساعت ۹ ▪ ادامه این پروسیجر شبیه ساعت تا زمان معاینه تمام دهانه‌ی رحم ▪ ترمیم هر پارگی در صورت وجود (چک‌لیست ترمیم پارگی‌های واژن و دهانه‌ی رحم را ببینید) ▪ برقراری حمایت عاطفی با استفاده از مهارت برقراری ارتباط مناسب در طول پروسیجر ▪ راحتی زن را برقرار کنید. ▪ تمام مستندات را تکمیل کنید.

نظرات مدرس:

نظرات دانشجو:

چک لیست مهارت‌های بالینی برای ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم

گام	بله	خیر	ملاحظات
ابزارها و تجهیزات <ul style="list-style-type: none">آماده کردن وسایل، اتاق و تجهیزاتضدعفونی و تمیز کردن صحیح تمام ابزارها بعد از پروسیجر			
آماده‌سازی بیمار <ul style="list-style-type: none">دادن اطمینان خاطر به زن و توضیح علت خونریزیگرفتن خون جهت اندازه‌گیری هموگلوبین، گروه خونی و کراس‌مچشروع مایعات داخل وریدی لاکتات سدیم یا سالین نرمالتجویز افزایش دهنده‌های پلاسما یا خون در صورت شدید بودن شوک (در صورت در دسترس بودن خون سالم)کنترل رحم را از نظر سفت و منقبض بودنخواستن از زن جهت خالی کردن مثانه‌اشتوضیح پروسیجر به زنتمیز کردن اطراف پرینه و واژن با محلول ضدعفونی کننده			
گام‌های پروسیجر <ul style="list-style-type: none">شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش استریلسونداژ کردن در صورت عدم توانایی در دفع ادراردر معرض دید قرار دادن دهانه‌ی رحمقرار دادن اسپونز فورسپس در هر طرف پارگیشروع بخیه زدن از رأس پارگیزدن بخیه‌های غیرمنقطع یا منقطع در طول زخم و به فاصله ۱ سانتی‌متر از اطراف آن و در تمام ضخامت هر لبه دهانه‌ی رحماستفاده از پد استریل پرینهبکار بردن مهارت‌های ارتباطی بین فردی مناسب جهت ایجاد حمایت عاطفیبرقراری راحتی زن			
مراقبت‌های فوری بعد از پروسیجر <ul style="list-style-type: none">کنترل علائم حیاتی زن بلافاصله بعد از پروسیجر و سپس هر ۲ تا ۴ ساعتکنترل خونریزی واژینال / تشکیل هماتومجایگزینی مایعات داخل وریدی و شروع ترانسفوزیون خون در صورت لزومشروع آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف برای زن (یعنی آمپی‌سیلین ۱ گرم بلافاصله و سپس ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز)دادن داروی ضددرد (مثلاً پاراستامول) برای رفع درد در صورت نیازاطمینان از راحتی زن و تحت نظارت مستمر بودن و کمک‌گیری از یک دستیار در صورت شدید بودن درد و یا زمانی که زن فکر می‌کند که خونریزی داردترتیب ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر در صورت نیازتکمیل تمام مستندات			

نظرات مدرس:

نظرات دانشجو:

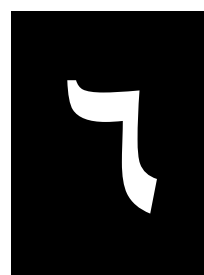
چک لیست مهارت‌های بالینی برای ترمیم پارگی‌های قسمت‌های فوقانی واژن

گام	بله	خیر	ملاحظات
<p>ابزارها و تجهیزات</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ آماده کردن وسایل، اتاق و تجهیزات ▪ ضدعفونی و تمیز کردن صحیح تمام ابزارها بعد از پروسیجر 			
<p>آماده‌سازی بیمار</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ دادن اطمینان خاطر به زن و حمایت عاطفی ▪ گرفتن خون جهت اندازه‌گیری هموگلوبین، گروه خونی و کراس‌میچ ▪ شروع مایعات داخل وریدی لاکتات‌سدیم یا سالین نرمال ▪ دادن افزایش‌دهنده‌های حجم پلاسما یا خون در صورت شدید بودن شوک (در صورت در دسترس بودن خون سالم) ▪ کنترل رحم را از نظر سفت و منقبض بودن ▪ خواستن از زن جهت خالی کردن مثانه‌اش ▪ توضیح پروسیجر به زن ▪ تمیز کردن اطراف پرینه و واژن با محلول ضدعفونی‌کننده 			
<p>گام‌های پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش استریل ▪ در معرض دید قرار دادن پارگی واژن ▪ تزریق بی‌حسی موضعی در محل پارگی ▪ ترمیم پارگی با بخیه‌های منقطع و مداوم ▪ استفاده از پد استریل پرینه ▪ بکار بردن مهارت‌های ارتباطی بین فردی مناسب جهت ایجاد حمایت عاطفی ▪ راحت کردن زن 			
<p>مراقبت‌های فوری بعد از پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ کنترل علائم حیاتی زن بلافاصله بعد از پروسیجر و سپس هر ۲ تا ۴ ساعت ▪ کنترل خونریزی واژینال / تشکیل هماتوم ▪ جایگزینی مایعات داخل وریدی و شروع ترانسفوزیون خون در صورت لزوم ▪ شروع آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف برای زن (یعنی آمپی‌سیلین ۱ گرم بلافاصله و سپس ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز) ▪ دادن یک داروی ضددرد (مثلاً پاراستامول) برای رفع درد در صورت نیاز ▪ اطمینان از راحتی زن و تحت نظارت مستمر بودن و کمک‌گیری از یک دستیار در صورت شدید بودن درد و یا زمانی که زن فکر می‌کند خونریزی دارد ▪ ترتیب ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر در صورت نیاز ▪ تکمیل تمام مستندات 			

نظرات مدرس:

نظرات دانشجو:

آسپراسیون با واکيوم دستی



جلسه ۶

آسپیراسیون با واکيوم دستی (MVA)

اهداف این جلسه

- هدف این جلسه توانمند کردن دانشجویان برای صلاحیت‌دار شدن در انجام آسپیراسیون مکشی دستی (MVA) جهت اداره سقط ناقص است.

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۶، دانشجویان قادر خواهند بود:

- پروسیجر MVA را تعریف کنند، زمانی که جهت اداره سقط ناقص به کار می‌رود.
- ابزار و تجهیزات لازم برای MVA را لیست کنند.
- آمادگی بیمار جهت MVA از جمله کنترل درد را شرح دهند.
- پروسیجر بلوک پاراسرویکال قبل از اجرای MVA را نشان دهند.
- گام‌های پروسیجر MVA را نشان دهند.
- مراقبت پس از پروسیجر به دنبال MVA را نشان دهند.
- آموزش‌های بعد از عمل برای بیمار از جمله برای عوارض احتمالی را لیست کنند.
- عوارض احتمالی پروسیجر مرتبط با اداره سقط ناقص را لیست کنند.
- پروسیجرهای پیشگیری از عفونت قابل کاربرد در اداره سقط ناقص را توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی.

تمرین شبیه‌سازی شده.

زمان کلی: بهتر است که حداقل یک هفته جهت آموزش مهارت‌ها در جلسات ۵، ۶ و ۷ اجازه بدهید.

به هر حال، زمان مورد نیاز واقعی، بستگی به نیازها و توانایی‌های هر دانشجوی، و دسترسی به موارد بالینی مرتبط خواهد داشت. عوامل دیگری که در نظر گرفته می‌شود شامل در دسترس بودن مربیان و بالین کارانی که تمایل دارند و قادر به مشارکت در آموزش این مهارت‌ها هستند.

منابع

چک‌لیست مهارت‌ها.

Yordy L, Hogan LA, Winkler J. Manual vacuum aspiration: guide for clinicians. Carrboro, IPAS, 1993.
Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/RHR/00.7).

مقدمه

هنگام تدریس مهارت‌ها در این جلسه، مدرس مامایی ممکن است مایل باشد که با سایر مربیان و/ یا بالین‌کاران صلاحیت‌دار در این پروسیجر همکاری کند (مانند ماما‌های بالینی، متخصصین مامایی).

مهارت‌ها برای این پروسیجر ابتدا باید توسط مربی یا بالین‌کار واجد صلاحیت نشان داده شود. سپس تمرین شبیه‌سازی شده انجام بگیرد تا فرصتی برای دانشجویان جهت آماده شدن و استفاده از تجهیزات و آشنایی با توالی گام‌های پروسیجر فراهم شود. این باید در کلاس درس با استفاده از یک مدل لگن و ابزاری برای MVA انجام شود. در نهایت، تمرین بالینی باید تحت نظارت مستقیم صورت گرفته و بازخورد فراهم شود تا دانشجویان را قادر کند که صلاحیت در این مهارت‌ها را توسعه دهند. جهت تضمین اینکه دانشجویان تمرین کافی دارند، ممکن است ترتیب دادن تمرین بالینی در چندین تسهیلات بالینی که مراقبت بعد از سقط را ارائه می‌کنند، الزامی باشد.

این جلسه به دانشجویان فرصتی جهت یادگیری نحوه انجام MVA برای اداره سقط ناقص را فراهم خواهد کرد.

MVA برای سقط ناقص

اداره سقط ناقص تقریباً همیشه شامل تخلیه محصولات احتباس یافته حاملگی از رحم می‌باشد. MVA یک پروسیجر ساده، مقرون به صرفه شامل استفاده از ساکشن جهت خارج کردن بافت و خون از طریق یک کانولا و داخل یک سرنگ است. این پروسیجر در خروج محصولات احتباس یافته حاملگی از رحم بسیار موثر و همراه با میزان عوارض پایین می‌باشد. آن یک روش موثر درمانی برای اندازه رحم بالای ۱۲ هفته از LMP (یعنی ۱۲ هفته از اولین روز آخرین دوره قاعدگی) است. MVA نیاز به بیهوشی عمومی نداشته و می‌تواند به جای اتاق عمل در یک اتاق معاینه یا پروسیجر انجام شود.

MVA به یک منبع ساکشن، یا اسپیراتور متکی است که عمل مکش را از طریق یک کانولا انجام می‌دهد. انواع مختلفی از اسپیراتورها وجود دارند. این‌ها شامل سرنگ‌های بزرگ با انواع متفاوتی از دریچه‌ها جهت کنترل ساکشن مکش، پمپ‌های پایی و پمپ‌های الکتریکی هستند. مجموعاً این وسایل اسپیراتور نامیده می‌شوند. بنابراین کلمه اسپیراتور در این کتاب، اشاره به هر نوعی از موارد فوق دارد.

موارد منع مصرف

عوارض جدی خاص ناشی از سقط غیرایمن، از قبیل شوک، سوراخ شدن رحم یا سپسیس، باید قبل از اقدام به تخلیه رحم شناسایی و درمان شوند. در موارد فیبروئیدهای بزرگ این کار منع استفاده دارد. MVA باید در موارد زیر با احتیاط و تنها در تسهیلات بهداشتی با پشتیبانی اورژانسی کامل استفاده شود:

- سابقه اختلال خونریزی‌دهنده
- عدم ثبات همودینامیکی به خاطر بیماری قلبی
- کم‌خونی شدید

نشانه‌های مشکوک برای کامل بودن پروسیجر

اگر بافت گرفته شده از اسپیراسیون مکشی از نظر مقدار ناکافی بوده یا محتوی محصولات حاملگی نباشد، احتمال دارد که تخلیه ناقص باشد، یا همه بافت قبلاً دفع شده باشد (یک سقط کامل)، یا اینکه زن بارداری نابجا دارد.

تخلیه ناقص

استفاده از کانولای خیلی کوچک یا متوقف کردن خیلی زود آسپیراسیون می‌تواند منجر به احتباس بافت، خونریزی، عفونت، و درد و کرامپ مداوم شود. مشاهده دقیق از نظر نشانه‌های تخلیه کامل رحم و معاینه‌ی دقیق بافت دفع شده بهترین راه جهت اجتناب از یک تخلیه ناقص است.

حاملگی نابجا

عدم وجود پرز، پرده‌ها، یا بخش‌های جنینی در آسپیراسیون بعد از سقط ناقص ممکن است نشان‌دهنده یک بارداری نابجا باشد. در صورت شک به بارداری نابجا، زن باید بدون تأخیر به تسهیلاتی ارجاع شود که مراقبت اورژانسی لازم در دسترس است.

لوازم و تجهیزات

لوازم اساسی:

- وسایل و مایعات (سدیم لاکتات، گلوکز، سالین) انفوزیون داخل وریدی
- سرنگ (۵ml، ۱۰ml، و ۲۰ ml)
- سرسوزن (اندازه ۲۲ نخاعی برای بلوک پاراسرویکال؛ اندازه ۲۱ برای تزریق دارو)
- دستکش استریل (کوچک، متوسط، بزرگ)
- تکه‌های پنبه یا اسفنج‌های گاز
- محلول ضدعفونی با پایه آب (نه پایه الکل)
- ماده شوینده یا صابون
- آب تمیز
- محلول ضدعفونی‌کننده نظیر یدوفور، کلرهگزیدین
- عامل ضدعفونی‌کننده سطح بالا یا استریل‌کننده

ابزار و تجهیزات:

- اسپکولوم واژینال
- تناکولوم
- فورسپس اسپونژ (حلقوی) یا فورسپس‌های پک رحمی
- دیلاتور Pratt و Denniston: اندازه ۱۳ تا ۲۷ فرانس
- ظرف برای محلول ضدعفونی
- صافی (فلزی، شیشه‌ای، و یا گاز).
-

داروها:

- داروی ضد درد (مثل پاراستامول، استامینوفن، ایبوپروفن، یا پتیدین)
- داروی ضد اضطراب (مثل دیازپام)
- داروی بی‌حس‌کننده (۱ میلی‌لیتر لیگنوکائین ۰/۵ یا لیدوکائین یا کلروپروکائین بدون اپی‌نفرین)
- اکسی‌توسین ۱۰ واحد یا ارگومتین ۲mg.

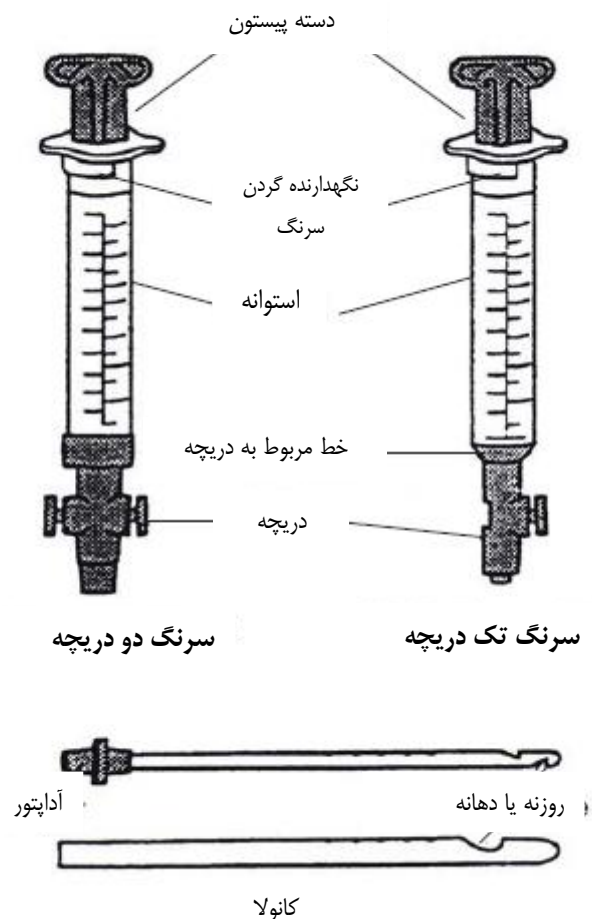
ابزار MVA:

- اسپیراتور مکشی (شکل ۶.۱)، سیلیکون برای نرم کردن سرنگ در صورت نیاز
- کانولای قابل انعطاف با اندازه‌های مختلف
- آدپتور در صورت نیاز

نکاتی جهت یادآوری

کانولای مورد استفاده برای MVA باید با دهانه رحم به راحتی متناسب باشد تا این که مکش از سرنگ به رحم منتقل شود. به علاوه، کانولا باید به اندازه کافی بزرگ باشد تا اجازه عبور بافت از رحم را بدهد. نکات ذیل بایستی به هنگام انتخاب یک کانولا در نظر گرفته شود:

- اندازه رحم توسط معاینه دودستی تعیین شود
- مقدار اتساع سرویکس مشخص شود.



شکل ۶.۱: سرنگ و کانولای MVA

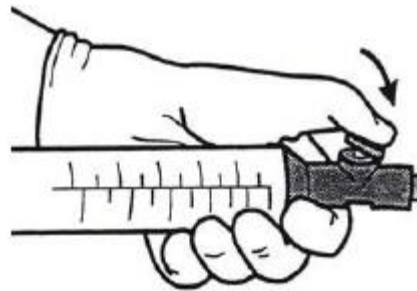
قبل از شروع پروسیجر ابزارهای MVA را از نظر کارکرد کامل آنها چک کنید. مطمئن شوید که سرنگ یک واکيوم را نگه خواهدداشت:

- چک کنید که دریچه بسته باشد، در صورت استفاده از یک دریچه فشاری، تکمه را به پایین و جلو فشار دهید؛ شما باید بشنوید و احساس کنید که قفل دریچه بسته شده است (شکل ۶.۲).
- در صورت استفاده از یک سرنگ، پیستون را به عقب بکشید تا بازوها در انتهای سرنگ به سمت بیرون قرار گرفته و چک کنید که هر دو بازوی پیستون به طور کامل باز شده و در لبه گشاد لوله استوانه‌ای قرار گرفته باشند؛ در این وضعیت سرنگ باید یک مکش را نگه دارد (شکل ۶.۳).

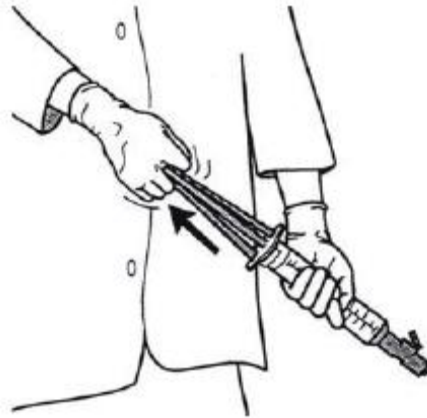
- دریچه را قفل و پیستون را برای چندین لحظه در عقب نگه دارید، سپس
- تکمه را رها کنید تا دریچه باز شود؛ صدای هوا به داخل سرنگ هجوم آورده و نشان می‌دهد که مکشی در سرنگ وجود دارد.

آماده‌سازی بیمار

مهم این است که کارکنان مراقبت سلامتی به خاطر داشته باشند که زنی که به دنبال درمان برای سقط ناقص است اغلب تحت دیسترس عاطفی شدیدی بوده، و او ممکن است از هرگونه ناراحتی جسمی رنج ببرد. به دانشجویان متذکر شوید که کارکنان مراقبت سلامتی باید به نیازهای زن احترام گذاشته و مراقبت را در یک شیوه بدون قضاوت ارائه نمایند.



شکل ۶.۲: بستن دریچه



شکل ۶.۳: به عقب کشیدن پیستون

پروتکل‌های خدماتی باید تضمین کنند که زنان درمان شونده برای عوارض پس از سقط مراقبت را رد نمی‌کنند، مجبورند که جهت مراقبت منتظر بمانند، یا توسط کارکنان به شدت تحت درمان هستند.

آماده‌سازی بیمار قبل از یک پروسیجر MVA به ترتیب زیر است:

- پروسیجر را به زن توضیح دهید، در ذهن خود نیاز وی به مراقبت توأم با احترام و حمایت را نگه‌دارید.
- قبل از پروسیجر، داروی قبل از عمل باید به مقدار کافی جهت تضمین اثربخشی داده‌شود (کنترل درد را در پایین ببینید). صرف‌نظر از داروی انتخاب شده، درمان به‌آرامی و با حمایت در سراسر پروسیجر الزامی است.
- از زن بخواهید که مثانه‌اش را خالی کند.
- اکسی‌توسین ۱۰ واحد به صورت عضلانی یا ارگومترین ۰/۲mg به‌طور عضلانی بدهید. (جهت سفت‌تر شدن میومتر و کاهش خطر سوراخ شدن دیواره‌های رحم).
- وی را در وضعیت لیتوتومی در یک میز معاینه مجهز با رکاب قرار دهید (حمایت‌کننده‌های ساق پا).
- ناحیه واژن و سرویکس را با محلول ضدعفونی‌کننده با پایه آب (نه پایه الکل) با استفاده از تکه‌های پنبه پاک کنید و منتظر باشید تا محلول خشک شود.
- از پرده یا لباس برای اطمینان از حفظ حریم خصوصی زن استفاده کنید.
- در صورت امکان، یک ماما، پرستار یا سایر مراقبین سلامتی باید در بالای سر بیمار جهت اطمینان دادن به وی طی انجام پروسیجر بایستند.
- اگر مراقبین سلامتی که MVA را انجام خواهند داد معاینه لگنی را به عنوان قسمتی از ارزیابی بالینی انجام نداده‌اند، آنها بایستی قبل از شروع پروسیجر اندازه و وضعیت رحم را بررسی کنند (معاینه دودستی را در صفحه ۱۲۴ ببینید).

کنترل درد

هدف از کنترل درد تضمین این است که زن از حداقل ناراحتی و اضطراب ممکن رنج ببرد.

زنانی که تحت MVA قرار می‌گیرند ممکن است دو نوع درد را تجربه کنند؛ درد ممکن است عمیق و شدید باشد که همراه با اتساع سرویکس و تحریک سوراخ داخلی سرویکس است و درد قسمت تحتانی شکم و کرامپی که با حرکت رحم، خراش دادن دیواره رحم و اسپاسم عضلانی مربوط به خالی کردن حفره رحم اتفاق می‌افتد. این زنان به مقدار زیادی از اطمینان کلامی و توضیحات دقیق و حساس از آنچه انتظار می‌رود، سود خواهند برد. با این حال باید ضددردها برای کمک به تسکین درد به آنها تجویز شود (جدول ۶). در صورت تنش و اضطراب، ضداضطرابها سبب القای آرامش، کاهش ترس، و کاهش به خاطر ماندن پروسیجر خواهند شد (جدول ۷).

تجویز ضددردها و ضداضطرابها

ضد دردها ممکن است به صورت خوراکی و یا به روش داخل عضلانی یا وریدی تجویز شوند. انتخاب دارو و راه مصرف به شدت درد پیش‌بینی شده و امکانات دردسترس بستگی خواهد داشت. اگر درد خفیف تا متوسط پیش‌بینی شود، ضددردهای خوراکی مانند استامینوفن یا ایبوپروفن با یا بدون کدئین ممکن است مناسب باشد. مخدرها مانند مپریدین یا کدئین برای دردهای متوسط تا شدید کمک‌کننده هستند.

جدول ۶: داروهای ضد درد برای MVA

نوع ضد درد	نام دارو (ژنریک)	دوز مفید و زمان	مدت اثر	اثرات جانبی متداول	توضیحات
مخدر	دمرول پتیدین* (مپریدین)	۲۰-۵۰ mg IV** ۵۰-۱۰۰ mg IM ۳۰ دقیقه قبل از پروسیجر ۱۰۰-۱۵۰ mg خوراکی به مدت ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از پروسیجر بدهید	۲ ساعت	خواب آلودگی احساس سبکی سر ضعف نشاط خشکی دهان	برگشت با نالوکسان* ۰/۴ میلی گرم IV دوز خوراکی مپریدین بسیار کم اثرتر از IM یا IV است
مخدر	سوبلایماز (فتنانیل)	۰/۰۵ - ۰/۰۶ mg IV** ۰/۰۵ - ۰/۱ mg IM ۳۰ دقیقه قبل از پروسیجر	۳۰-۶۰ دقیقه	خواب آلودگی احساس سبکی سر ضعف نشاط خشکی دهان	برگشت با نالوکسان*، همانند بالا
ترکیب مخدر	پاراستامول (استامینوفن) با کدئین	۳۰۰ mg پاراستامول با ۳۰ mg کدئین خوراکی یک ساعت قبل از پروسیجر	۳-۶ ساعت	خواب آلودگی احساس سبکی سر ضعف خشکی دهان	
غیرمخدر (ضد التهاب غیراستروئیدی)	(ایبوپروفن)*	۴۰۰-۸۰۰ mg خوراکی ۱ ساعت قبل از پروسیجر	تا ۵ ساعت	ناراحتی احتمالی معدی-روده‌ای	
غیرمخدر	پاراستامول (استامینوفن)*	۵۰۰-۱۰۰۰ mg خوراکی ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از پروسیجر بدهید	تا ۴ ساعت		
مخدر تجزیه‌ای / ضد درد	کتامین* (کتالار)	۱۰-۲۵ mg IV** بلافاصله قبل از پروسیجر	۱۰-۱۵ دقیقه		ضد درد مختصر تنها در این دوز

* این اقلام در لیست داروهای ضروری وجود دارد: استفاده از داروهای ضروری: گزارش چهارم کمیته تخصصی WHO. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، سال ۱۹۹۰.

** همه داروهای ضد درد و ضد اضطراب که به صورت داخل وریدی تجویز می‌شوند، باید به آرامی و به طور متناوب تزریق شوند. اثرات آنها، گرچه در شروع سریع، آبی نیست و آنها به صورت ترکیبی با احتمال بیشتری اثرات جانبی ایجاد می‌کنند. تیتراسیون‌های مکرر دوزهای کوچک، یک راه امن برای به‌کارگیری این داروهای قوی برای به‌دست آوردن اثرات مهم آنها بدون ایجاد اثرات جانبی مشکل ساز است.

جدول ۷: ضداضطراب‌ها برای استفاده با ضددردها و/یا بی‌حس‌کننده‌ها در MVA

نوع ضداضطراب	نام دارو (ژنریک)	دوز مفید و زمان	مدت اثر	اثرات متداول	اثرات جانبی	توضیحات
کاهش فعالیت سیستم عصبی مرکزی - بنزودیازپین	والیوم (دiazepam)*	۵-۱۰ mg IV** ۱۰ mg خوراکی ۱ ساعت قبل از پروسیجر بدهید	۲ ساعت	تاری دید سرگیجه سردرد تهوع قرمزی / درد در محل تزریق بی حسی / سوزن سوزن شدن / درد دست و پا	دیازپام یک اثر خفیف فراموشی دارد	
همانند فوق	ورسد (میدازولام)	۰/۵ تا ۱/۰ mg IV**	۳۰-۶۰ دقیقه	تاری دید سرگیجه سردرد تهوع قرمزی / درد در محل تزریق بی حسی / سوزن سوزن شدن / درد دست و پا	همانند فوق میدازولام یک اثر متوسط فراموشی دارد	

* این اقلام در لیست داروهای ضروری وجود دارد: استفاده از داروهای ضروری: گزارش چهارم کمیته تخصصی WHO. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، سال ۱۹۹۰.

** همه داروهای ضددرد و ضداضطراب که به صورت داخل وریدی تجویز می‌شوند، باید به آرامی و به طور متناوب تزریق شوند. اثرات آنها، گرچه در شروع سریع، آنی نیست، و آنها به صورت ترکیبی با احتمال بیشتری اثرات جانبی ایجاد می‌کنند. تیتراسیون‌های مکرر دوزهای کوچک، یک راه امن برای به‌کارگیری این داروهای قوی برای به‌دست آوردن اثرات مهم آنها بدون ایجاد اثرات جانبی مشکل ساز است.

روش های تجویز ضد اضطرابها همانند ضد دردها است. با توجه به استفاده از ضد اضطرابها، ضروری است به خاطر داشته باشید که آنها یک جایگزین برای درمان احترام آمیز، حمایتی و ارتباطات شفاف با بیمار نیست.

در این مرحله مهم است اطمینان حاصل کنید که دانشجویان محتوای جدول ۶ و ۷ را می فهمند.

در **MVA**، بی حسی موضعی به شکل بلوک پاراسرویکال است. این شکل از انفیلتراسیون موضعی فیبرهای عصبی را تحت تاثیر قرار می دهد که در اطراف دهانه رحم و کانال سرویکس توزیع شده اند و در نتیجه درد ناشی از کشش، اتساع، و یا حرکت کانولا در دهانه رحم را به حداقل می رساند. تکنیک اجرای بلوک پاراسرویکال در صفحه بعدی مشخص شده است.

بی حس کننده موضعی در شکل بلوک پاراسرویکال تسکین عالی جهت درد ناشی از اتساع دهانه رحم را فراهم می کند، هر چند آن درد شکم را از بین نخواهد برد. ضد دردها اثر بلوک پاراسرویکال را تشدید نموده و همچنین درد شکم را تسکین می دهند. ضد اضطرابها همراه با مسکنها، ممکن است در کاهش اضطراب مفید باشند. صرف نظر از نوع داروی انتخاب شده، مراقبت حمایتی و ملایم از بیمار نمی تواند بیش از حد تاکید شود.

معاینه دودستی

تعیین شکل و وضعیت رحم جهت ایمنی و موفقیت **MVA** ضروری است. اگر فرد مراقب سلامتی که **MVA** را انجام خواهد داد از رتروورسه (به عقب برگشته)، آنته ورسه (به جلو برگشته) یا لترال بودن رحم آگاه نباشد، سوراخ شدن رحم حین پروسیجر ممکن است به احتمال زیادی اتفاق افتد. معاینه دودستی باید به صورت زیر انجام شود:

- با دو انگشت دستی که در داخل واژن قرار گرفته و دست دیگر که شکم را لمس می کند، اندازه رحم را ارزیابی کنید (شکل ۶.۴)؛ اندازه واقعی رحم را با تاریخچه **LMP** مقایسه کنید- با یک سقط ناقص، رحم احتمالاً کوچک تر از تاریخچه **LMP** خواهد بود
- شکل و وضعیت رحم را جهت تعیین رتروورسه یا آنته ورسه یا لترال بودن آن ارزیابی کنید (شکل ۶.۵).

نحوه اجرای بلوک پاراسرویکال

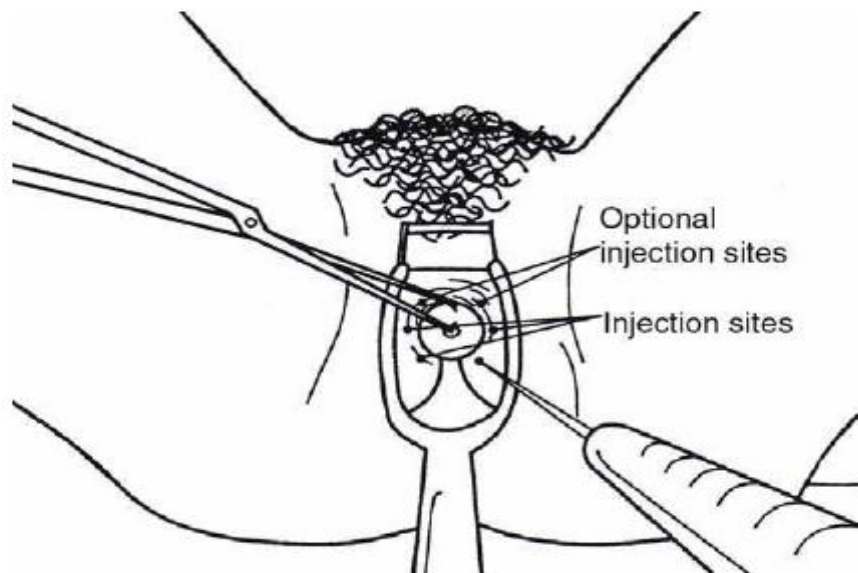
در هر محل تزریق سرسوزن را وارد کنید، سپس با کشیدن پیستون به عقب کمی اسپیره کنید تا مطمئن شوید که سر سوزن به یک رگ خونی نفوذ نکرده است. اگر خونی در سرنگ مشاهده شود، تزریق نکنید؛ به جای آن، سرنگ را برداشته و به یک محل تزریق متفاوت حرکت دهید.

۱- از یک سرسوزن نخاعی شماره ۲۲ (یا یک اکستندر سرسوزن) و یک سرنگ کنترل انگشتی جهت تزریق ۲ میلی لیتر بی حس کننده موضعی در داخل لبه قدامی سرویکس که توسط یک اسپیکولوم در معرض دید قرار گرفته است، استفاده کنید. یک سرسوزن ۱/۲ اینچی، اگر در مرکز خم شده باشد، ممکن است جایگزین سرسوزن نخاعی ۳ اینچی در صورت دردسترس نبودن آن باشد. سرسوزن خم شده دید بهتری از محل تزریق نسبت به یک سرسوزن راست ۱/۲ اینچی فراهم می کند.

۲- یک تناکولوم را بلافاصله در این محل قرار دهید. از کشش ملایم و حرکت سرویکس جهت کمک به تعیین تغییر از اپی تلیوم صاف سرویکس به بافت واژن استفاده کنید. بافت واژن الاستیسیته بیشتری داشته و به نظر تاخوردگی است. این تغییر نشان دهنده محل برای تزریقات بیشتر در اطراف دهانه رحم است.

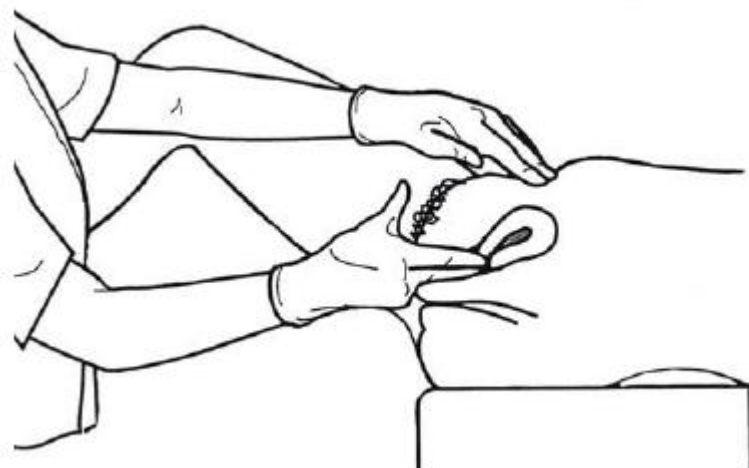
۳- ۲-۳ میلی لیتر بی حس کننده موضعی را درست زیر اپی تلیوم، نه عمیق تر از ۲-۳ میلی متر، در ساعت ۳، ساعت ۵، ساعت ۷ و ساعت ۹ تزریق کنید. هنگامی که به درستی تزریق شود، تورم و رنگ پریدگی بافتی می تواند مورد توجه قرار گیرد.

۴- در پایان مجموعه ای از تزریقات، حداقل ۲-۴ دقیقه اجازه دهید تا بی حسی اثر کند و برای اینکه بلوک پاراسرویکال حداکثر تاثیر خود را داشته باشد.

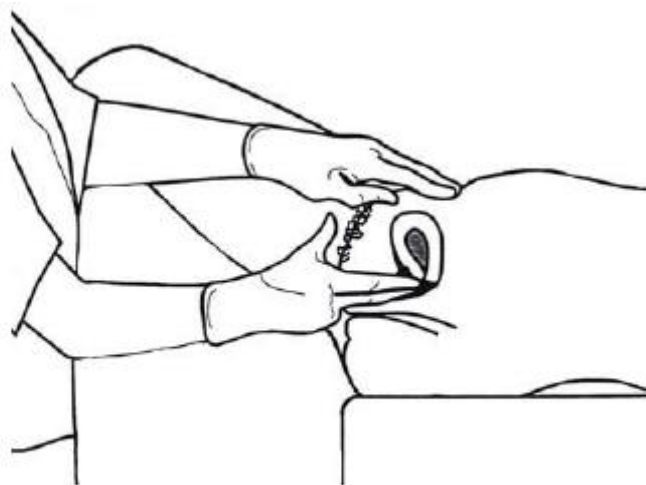


مراحل پروسیجر MVA

هرگونه ابزار یا قسمت‌هایی از ابزار که وارد رحم می‌شوند باید استریل باشند. اگر امکان استریل کردن نباشد، ضدعفونی با سطح بالا تنها جایگزین قابل قبول است. **تکنیک بدون لمس** باید در سراسر پروسیجر رعایت شود؛ سر کانولا نباید قبل از وارد کردن از طریق کانال سرویکس با اجسام یا سطوح تماس پیدا کند.



شکل ۶.۴: لمس کردن رحم



شکل ۶.۵: لمس رحم آنته‌ورته (به جلو برگشته)

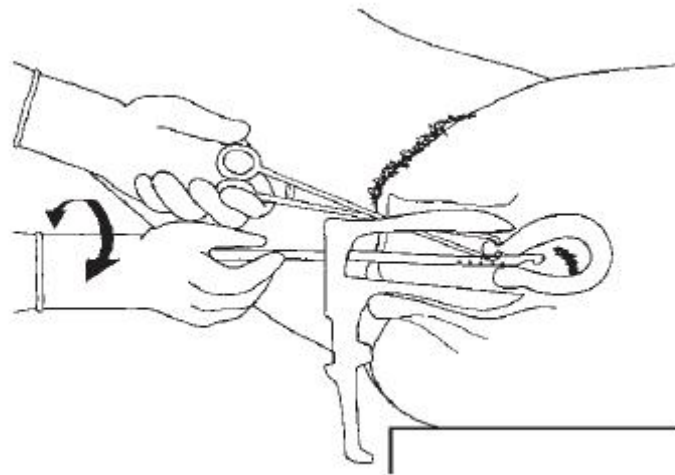
۱. از طریق اسپکولوم جاگذاری شده، دهانه‌ی رحم را به طور یکنواخت با یک تناکولوم نگاه‌داشته و به ملایمت کششی را جهت راست کردن کانال سرویکس اعمال کنید.

در صورت لزوم، بلوک پاراسرویکال را اجرا نمایید.

۲. دهانه‌ی رحم را دیلاته نمایید (در صورت لزوم). اتساع سرویکس زمانی لازم است که کانال سرویکس اجازه عبور کانولای مناسب با سایز رحم را نمی‌دهد. در صورت نیاز، دیلاتاسیون باید به ملایمت با استفاده از دیلاتورهای مکانیکی یا کانولای به تدریج بزرگ شونده با مواظبت از عدم ایجاد تروما به سرویکس یا عدم ایجاد یک مسیر کاذب انجام شود.

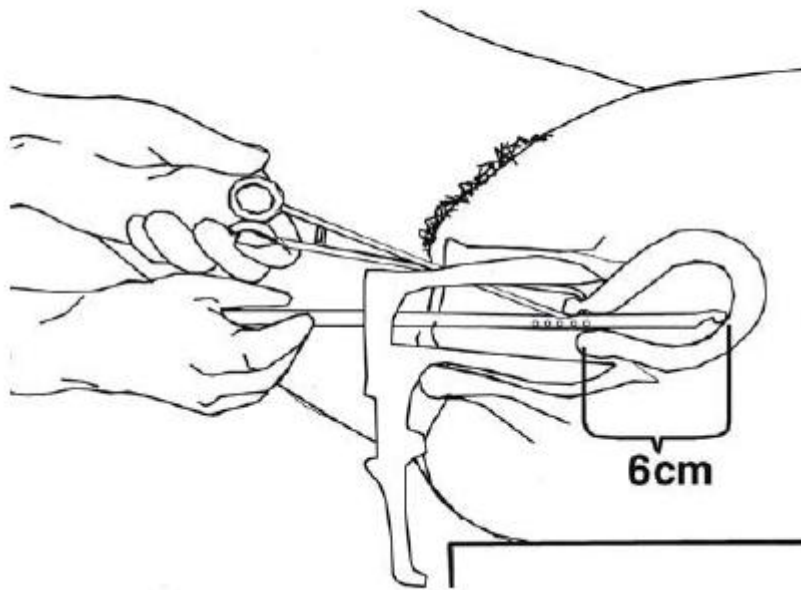
۳. کانولا را به ملایمت از طریق سرویکس به داخل حفره رحم وارد کنید، فقط از سوراخ سرویکس بگذرد، در حالی که سرویکس را به طور ثابت نگه داشته‌اید. چرخاندن کانولا با استفاده از فشار ملایم اغلب به وارد کردن آسان کمک می‌کند (شکل ۶.۶).

۴. کانولا را به آرامی داخل حفره رحم فشار دهید تا فوندوس رحم را لمس کند اما نه بیشتر از ۱۰cm. به عمق رحم با نقاط قابل مشاهده بر روی کانولا توجه کنید.



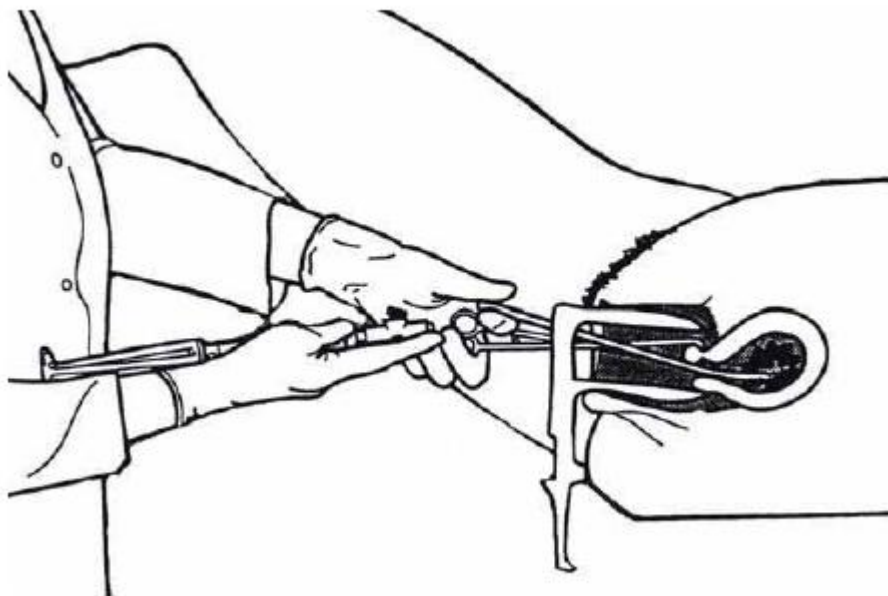
شکل ۶.۶: وارد کردن کانولا

نزدیک‌ترین نقطه به راس کانولا ۶cm از رأس آن است، و نقاط دیگر در فواصل ۱cm هستند (شکل ۶.۷). بعد از اندازه‌گیری سایز رحم، کانولا را به آرامی عقب بکشید (این مهم است که اندازه‌گیری سایز رحم در اینجا به تأیید هفته‌های بارداری، همچنین تضمین وجود نقطه اشاره به خاتمه پروسیجر و اطمینان از تخلیه کامل رحم کمک خواهد کرد).



شکل ۶.۷: اندازه‌گیری عمق رحم با کانولا

۵. آسپیراتور آماده شده را به کانولا وصل کنید (مکش قبلاً برقرار شده است)، انتهای کانولا را در یک دست و سرنگ را در دست دیگر نگاه‌دارید (شکل ۶.۸). اطمینان حاصل کنید زمانی که شما سرنگ را وصل می‌کنید، کانولا در داخل رحم به سمت جلو حرکت نمی‌کند.



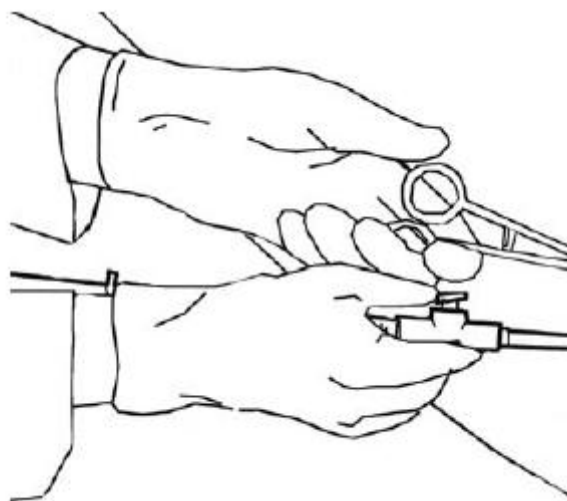
شکل ۶.۸: وصل کردن سرنگ

۶. دریچه(ها)ی سرنگ را جهت انتقال مکش از طریق کانولا به رحم باز کنید (شکل ۶.۹). بافت خونی و حبابها باید از طریق کانولا به داخل سرنگ شروع به جریان کنند.

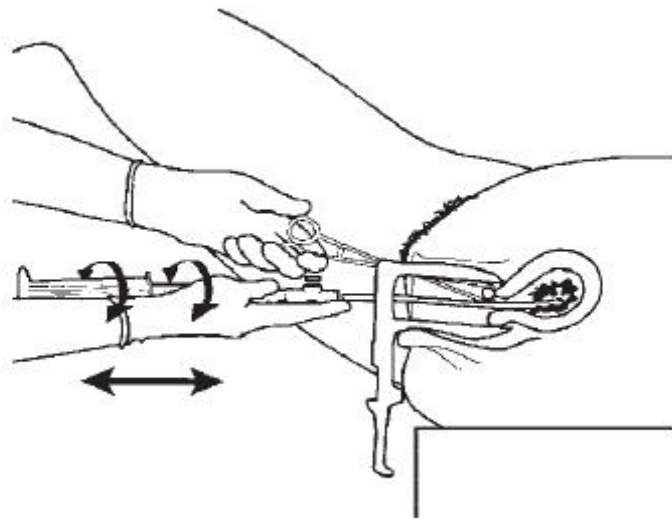
۷. محتویات رحم را با حرکت دادن کانولا به ملایمت و به آرامی به عقب و جلو در حفره رحم تخلیه کنید، وقتی که این کار را انجام می‌دهید سرنگ را بچرخانید (شکل ۶.۱۰).

مهم است که دهانه کانولا نباید به بیش از سوراخ سرویکس عقب کشیده‌شود، چون این کار سبب خواهد شد که مکش از دست برود. اگر این اتفاق بیفتد، یا اگر سرنگ پر است، مکش باید مجدداً برقرار شود.

زمانی که مکش برقرار شده و کانولا در رحم است، هرگز سرنگ را توسط بازوهای پیستون نگیرید زیرا این کار ممکن است باعث شود که بازوها از وضعیت قفل شده خود در لبه بدنه سرنگ حرکت کنند. به طور اتفاقی اجازه دادن به پیستون جهت لغزیدن به عقب در داخل سرنگ ممکن است بافت را به عقب در داخل رحم فشار دهد و احتمالاً سبب عوارض شود.



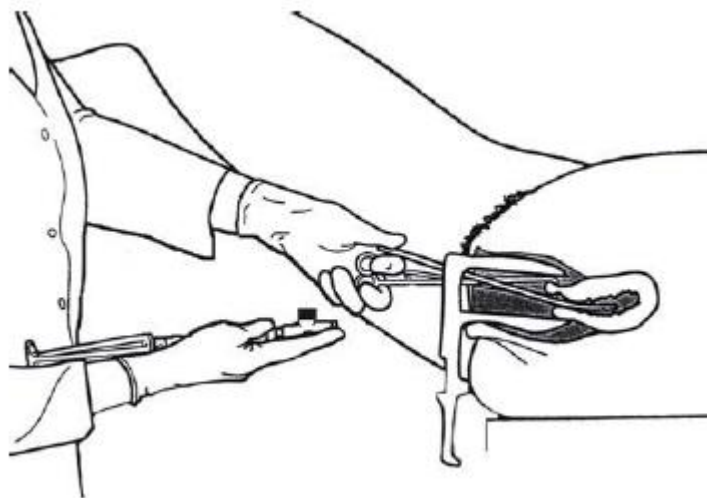
شکل ۶.۹: باز کردن دریچه



شکل ۶.۱۰: تخلیه رحم

۱. نشانه‌های تکمیل کار را چک کنید. پروسیجر زمانی کامل است که کف قرمز یا صورتی در کانولا دیده شده و هیچ بافتی دیده نشود. همچنین زمانی که کانولا روی سطح رحم تخلیه شده عبور داده می‌شود، یک حس ریگ مانند (خشن، ساینده) احساس می‌شود و رحم اطراف کانولا منقبض می‌شود (یا می‌گیرد). کانولا را عقب بکشید و سرنگ را جدا کنید (شکل ۶.۱۱).

توجه: اگر کانولا بیش از انتظار نفوذ کند، یا اگر چربی یا روده در بافت آسپیره شده مشاهده گردد، رحم سوراخ شده است (جلسه ۴ را برای اداره این عارضه ببینید).



شکل ۶.۱۱: جدا کردن سرنگ

۹. همه ابزارها (سرنگ، کانولا، تناکولوم، و اسپکولوم) را در محلول کلرین گندزدایی کنید. پس از درآوردن ابزار از بیمار، محلول گندزدا را از طریق کانولا به داخل سرنگ بکشید، و ابزار آلوده مثل سرنگ و کانولا را به طور مستقیم داخل محلول بیندازید.

۱۰. بافت جدا شده از رحم را از نظر مقدار و محصولات حاملگی بررسی کنید. جهت برداشتن لخته خون اضافی بافت را صاف کرده و شتسو دهید، سپس در یک ظرف آب، محلول سالین، یا محلول اسیداستیک ضعیف (سرکه) جهت بررسی بصری قرار دهید. محصولات بارداری که ممکن است در درمان سقط ناقص دیده شود، شامل پرز، پرده‌های جنینی، و بعد از هفته نه بارداری، اجزای جنینی است.

دستکش‌ها را درآورده و آنها را داخل محلول گندزدا بیندازید. دست‌ها را به طور کامل با آب و صابون بشویید.

بلافاصله پس از پروسیجر

- در صورت نیاز ۵۰۰mg پاراستامول به صورت خوراکی تجویز کنید
 - زمانی که زن هنوز روی تخت درمان است علایم حیاتی وی را اندازه بگیرید
 - اجازه دهید که بیمار به طور راحت در یک جای گرم قرار گیرد جایی که وضعیت بهبودی وی قابل پایش باشد.
 - خونریزی را حداقل یک بار قبل از ترخیص بررسی کنید
 - علایم حیاتی را مجدداً چک کنید
 - چک کنید که آیا کرامپ کاهش یافته است (کرامپ طولانی نرمال در نظر گرفته نمی‌شود)
 - زن بایستی به مدت حداقل ۱ ساعت بعد از پروسیجر بسته به وضعیت کلی وی، مقدار و نوع داروهای تجویزی تحت نظارت دقیق قرار گیرد
 - اگر درمان جهت عوارض (مثل عفونت) شروع شده است، درمان را ادامه داده و/یا در صورت لزوم پایش کنید.
 - اگر زن RH منفی است، قبل از ترخیص ایمنوگلوبولین Rh تزریق نمایید.
- به محض این که زن به حدکافی خوب شد، اطلاعات زیر به عنوان بخشی از پروسیجر قبل از ترخیص باید به او ارائه شود. مطمئن شوید که او کاملاً اطلاعات را می‌فهمد و اگر مواردی هست که وی احساس می‌کند که واضح نیستند، فرصتی جهت پرسیدن سوالات وی داده می‌شود:

- **چه انتظاری می‌رود - علائم بهبود طبیعی:** برخی از کرامپ‌های رحمی در چند روز بعدی که ممکن است با سددردهای خفیف بهتر شوند، و یا لکه‌بینی یا خونریزی که نباید از یک دوره قاعدگی طبیعی بیشتر باشد
 - **چه زمانی انتظار از سرگیری قاعدگی وجود دارد:** یک دوره قاعدگی طبیعی باید در عرض ۸-۴ هفته شروع شود
 - **آموزش‌های کتبی و شفاهی شفاف** برای مصرف هر نوع داروی تجویز شده
 - **توصیه** در مورد بهداشت فردی روتین و از سرگیری فعالیت جنسی:
- عدم داشتن مقاربت جنسی یا گذاشتن چیزی داخل واژن تا چند روز پس از توقف خونریزی (نه دوش واژینال، نه تامپون).
- باروری به زودی پس از پروسیجر باز خواهد گشت، بنابراین او بلافاصله نیاز به مشاوره پیشگیری از بارداری دارد که به-طور ایده‌آل استفاده از کاندوم خواهد بود تا اینکه وی در مورد روش ضدبارداری تصمیم بگیرد یا احساس کند که جهت باردار شدن مجدد آماده است

- در مورد زمان ملاقات برای ویزیت روتین بعدی توصیه کنید (یعنی چقدر او باید صبر کند، و چگونه قرار ملاقات بگذارد)

▪ **چه علائم و نشانه‌هایی** نیاز به توجه اورژانسی فوری دارند:

- خونریزی طولانی (بیش از دو هفته)
- کرامپ طولانی (بیش از چند روز)
- خونریزی بیش از خونریزی قاعدگی طبیعی
- درد شدید یا افزایش یافته
- تب، لرز، یا ضعف
- سنکوپ (غش).

▪ **چه انجام دهیم و منابع مراقبت اورژانسی** اگر هر یک از عوارض بالا اتفاق بیفتند.

جدول ۸ اطلاعاتی را خلاصه می‌کند که همه زنان درمان شده جهت عوارض پس از سقط، باید قبل از ترخیص از تسهیلات بهداشتی بدانند.

جدول ۸: خلاصه‌ای از اطلاعات پس از پروسیجر برای بیماران

نشانه‌های بهبود طبیعی	خونریزی واژینال یا لکه‌بینی به مدت چندروز، اما نه بیش از خونریزی در یک دوره معمول قاعدگی کرامپ رحمی که ممکن است توسط ضددرد تسکین یابد
مراقبت از خود	اگر علائمی از عوارض وجود داشته باشد، بلافاصله به دنبال مراقبت باشید بهداشت فردی: تا چند روز پس از پروسیجر چیزی را وارد واژن نکنید کنترل درد: ضددرد خفیف در صورت نیاز سایر داروها: طبق دستورالعمل هر یک ضدبارداری: اجتناب از حاملگی تا سرگیری قاعدگی‌های طبیعی
علائم عوارض احتمالی	خونریزی طولانی (بیش از دو هفته) یا خونریزی بیش از یک قاعدگی طبیعی کرامپ طولانی (بیش از چند روز) درد شدید یا افزایش یافته تب، لرز، یا ضعف تشنج
بازگشت باروری و تنظیم خانواده	حاملگی مجدد حتی قبل از قاعدگی‌های بعدی امکان‌پذیر است روش‌های ضدبارداری ایمن جهت پیشگیری یا به تأخیر انداختن بارداری در دسترس هستند مکان‌هایی است که در آن خدمات تنظیم خانواده در دسترس هستند

اداره عوارض مربوط به پروسیجر

عوارض زیر ممکن است اتفاق افتند، یا حین یا پس از یک پروسیجر تخلیه رحمی یافت شوند.

پارگی دهانه رحم

پارگی‌های سطحی جزئی به خاطر کشیدن تناکولوم از لبه سرویکس طی پروسیجرهای تخلیه رحمی ممکن است اتفاق بیافتد. پارگی‌های جدی‌تر می‌توانند به خاطر اتساع بیش از حد قوی سرویکس اتفاق افتد. خونریزی در اغلب پارگی‌های سطحی دهانه رحم با اتمام پروسیجر متوقف خواهد شد و نیاز به درمان بیشتری نخواهد داشت. همه پارگی‌ها و هرگونه پارگی سطحی با تداوم خونریزی باید بخیه زده شوند.

سوراخ شدن رحم

سوراخ شدن رحم ممکن است به خاطر یک پروسیجر سقط غیرایمن قبل از حضور زن در یک تسهیلات بهداشتی وجود داشته باشد، یا آن ممکن است حین دوره درمان اتفاق افتد. سوراخ شدن رحم باید مورد شک قرار گیرد اگر حین پروسیجر، ابزاری بیشتر از سایز مورد انتظار به رحم نفوذ کند (بر اساس معاینه دو دستی)، یا اگر از دست دادن ناگهانی مقاومت به یک ابزار وجود داشته باشد. اگر سوراخ شدن مورد شک باشد، پروسیجر را انجام ندهید یا اگر حین پروسیجر اتفاق افتد، پروسیجر را بلافاصله متوقف کرده و به مراقبت سطح بالاتر ارجاع دهید. اگر IVI (انفوزیون داخل وریدی) قبلاً برقرار نبوده است، IVI را شروع کنید چون خونریزی می‌تواند در داخل حفره پریتونئ رخ دهد.

آتونی رحمی

رحم ممکن است در هنگام خونریزی غیرطبیعی سنگین حین یا پس از پروسیجر تخلیه رحمی فاقد تونوسیتة شود. اداره آن شامل ماساژ رحم (ایجاد انقباض) و تزریق یک منقبض کننده (اکسی‌توسین ۱۰ واحد IV یا ارگومتترین mg ۰/۵، یا IM اگر تزریق وریدی امکان‌پذیر نباشد). اگر خونریزی ادامه یافته و شدید باشد (یا سبب بدتر شدن وضعیت زن به خاطر کم‌خونی موجود از قبل شود)، فوراً به دنبال مراقبت سطح بالاتر بوده و مداخله جهت کنترل خونریزی و درمان شوک را آغاز کنید. فشار دودستی رحم ممکن است کمک‌کننده باشد. اگر این با شکست مواجه شود، یا امکان‌پذیر نباشد، فشار دستی آئورت ممکن است به کار گرفته شود در حالی که علت خونریزی در حال بررسی است.

هماتومترا

هماتومترا (بعضی اوقات "سندرم بعد از سقط" نامیده می‌شود) وضعیتی است که خون در داخل رحم به دام می‌افتد. بیمار ممکن است احساس افزایش درد در قسمت تحتانی شکم داشته باشد و خونریزی واژینال ممکن است کمتر از حد انتظار باشد. در معاینه لگن، رحم بزرگ و حساس است. درمان شامل تخلیه مجدد فوری اما دقیق رحم است.

عفونت پس از پروسیجر

عفونتی که بعد از پروسیجر تخلیه رحم اتفاق می‌افتد ممکن است به دلیل عفونت محصولات احتباس یافته بارداری یا ناشی از عفونت خود رحم باشد. اگر هرگونه شکی به بافت احتباس یافته وجود داشته‌باشد، آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف باید آغاز شده و پروسیجر تخلیه مجدد انجام شود. به هر حال، باید متذکر شد که عفونت، بافت داخلی رحم را تغییر داده و آن را اسفنجی‌تر کرده و بدین ترتیب آسان‌تر سوراخ خواهدشد. بنابراین، تخلیه مجدد بایستی با مراقبت شدید انجام گیرد. اگر بافت احتباس‌یافته‌ای وجود نداشته‌باشد، بیمار ممکن است با آنتی‌بیوتیک‌ها به تنهایی درمان شود.

واکنش وازوواگال خفیف

علائم و نشانه‌های واکنش وازوواگال خفیف شامل تهوع و/یا استفراغ، احساس ضعف، برادی‌کاردی، و افت فشارخون است. واکنش وازوواگال خفیف ممکن است توسط بلند کردن پاهای بیمار، کنترل دقیق علائم حیاتی، و با آرامش و اطمینان دادن به بیمار اداره شود.

واکنش وازوواگال شدید

علاوه بر گام‌های اداره واکنش وازوواگال خفیف، مایعات داخل وریدی باید شروع شده و اکسیژن تجویز شود. در صورتی که واکنش ادامه یابد، آتروپین ۰/۴mg ممکن است به صورت داخل عضلانی یا داخل وریدی تزریق شود. به ندرت، واکنش وازوواگال شدید ممکن است منجر به ایست قلبی شود، که باید توسط احیای قلبی ریوی درمان شود.

تخلیه ناقص

شکست در تخلیه کامل همه محصولات بارداری منجر به تداوم یک سقط ناقص می‌شود. بنابراین، علائم و نشانه‌های تخلیه ناقص همانند سقط ناقص هستند. درمان شامل تخلیه مجدد دقیق رحم و تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها است.

ارزیابی صلاحیت

اجازه دهید که دانشجویان فرصت کافی جهت تمرین همه مهارت‌های فوق را داشته باشند، و سپس ارزیابی صلاحیت آنها را با استفاده از چک لیست زیر ترتیب دهید.



چک لیست مهارت‌های بالینی برای آسپیراسیون مکشی دستی

ملاحظات	خیر	بله	گام
			<p>ابزار و تجهیزات:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ابزار، اتاق و تجهیزات را آماده می‌کند ▪ ابزار را پس از پروسیجر به درستی گندزدایی و تمیز می‌کند
			<p>آماده کردن بیمار:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ پروسیجر را به بیمار توضیح می‌دهد. ▪ به بیمار راجع به پروسیجر اطمینان خاطر می‌دهد ▪ از بیمار می‌خواهد که مثنه‌اش را خالی کند ▪ بیمار را در وضعیت لیتوتومی قرار می‌دهد ▪ ناحیه واژن و سرویکس را با یک محلول ضد عفونی کننده با پایه آب تمیز کرده و منتظر می‌ماند تا محلول خشک شود ▪ راحتی زن را مهیا می‌کند
			<p>مراقبت بلافاصله بعد از پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ علایم حیاتی را هنگامی می‌گیرد که هنوز بیمار در تخت درمانی است ▪ اجازه می‌دهد تا بیمار به راحتی در جایی استراحت کند که بهبودی وی قابل پایش باشد ▪ خونریزی را حداقل یک‌بار قبل از ترخیص چک می‌کند ▪ علایم حیاتی را مجدد چک می‌کند ▪ کاهش کرامپ‌ها را چک می‌کند ▪ ایمنوگلوبولین Rh را قبل از ترخیص در صورت نیاز تزریق می‌کند ▪ اطلاعات پس از پروسیجر در مورد تنظیم خانواده، مراقبت روتین و پیگیری را ارائه می‌کند ▪ همه مستندات را تکمیل می‌کند

نظرات مدرس:

نظرات دانشجو:

تنظیم خانواده پس از سقط



جلسه ۷

تنظیم خانواده پس از سقط

هدف این جلسه

- هدف این جلسه توانمند کردن دانشجویان به درک اهمیت خدمات تنظیم خانواده پس از سقط و توسعه مهارت‌ها در این زمینه است

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۷، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- عوامل موثر بر تنظیم خانواده پس از زایمان و پس از سقط را توصیف کنند.
- اجزای ضروری کیفیت مراقبتی در تنظیم خانواده بعد از سقط را توصیف کنند.
- محتوای مشاوره تنظیم خانواده پس از سقط را با توجه به استفاده از همه روش‌های پیشگیری از بارداری در دسترس توضیح دهند.
- دستورالعمل‌های استفاده از روش‌های ضدبارداری را با توجه به شرایط بالینی معمول بعد از سقط توضیح دهند.
- مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده پس از سقط را نشان دهند.

طرح درسی

سخنرانی.

ایفای نقش.

بازخورد و بحث.

زمان کلی: تقریباً ۴ ساعت.

منابع

آموزش‌ها برای دانشجویان.

اطلاعات زمینه‌ای مددجو و مشاور.

چک‌لیست مهارت‌های مشاوره.

یک فیلم یا ویدئو در مورد مشاوره. یک مثال خوب، ویدئوی مشاوره PPFN است که از دانشگاه جان هاپکینز، مرکز برنامه ارتباطی در دسترس است.

Benson J, et al. Meeting women's needs for post-abortion family planning: framing the questions. Carrbora, IPAS, 1992.

Winkler J, et al. eds. Post-abortion care: a reference manual for improving quality of care. Post-abortion Care Consortium, Baltimore, 1995.

Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/RHT/97.20).

Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995.

Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/RHR/00.2).

Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd ed. WHO/RHR 2004

Decision-making tool for family planning clients and providers. WHO/RHR, 2005

مقدمه

محتوای این جلسه بر اساس این فرض است که دانشجویان قبلاً طی آموزش مامایی و/یا آموزش ضمن خدمت، اطلاعات زیر برای روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری، شامل ضدبارداری اورژانسی و اجزای ضروری مشاوره داوطلبانه و آزمایش برای HIV (VTC) را یاد گرفته‌اند.

- مشاوره و ارزیابی مددجو
- مکانیسم (های) عمل
- اثربخشی روش
- فواید و محدودیت‌ها
- واجد شرایط بودن از نظر طبی
- زمان شروع
- آموزش‌ها برای مددجو
- اداری اثرات جانبی شایع
- جنبه‌های روانی اجتماعی مرتبط با سقط و تنظیم خانواده، شامل نیازهای ویژه گروه‌های خاص از قبیل زنانی که تحت خشونت و تجاوز بوده‌اند، زنان جوان و ازدواج نکرده، و نوجوانان.

بنابراین، جلسه مشتمل بر اجزاء کلی تنظیم خانواده فوق نبوده و به جای آن برای کمک به دانشجویان جهت درک عوامل تاثیرگذار بر تنظیم خانواده پس از زایمان و پس از سقط، و جنبه‌های خاص مشاوره روش در ارتباط با تنظیم خانواده پس از سقط طراحی شده است.

اگر اجزاء کلی فوق تحت پوشش قرار نگرفته باشند، این‌ها باید نخست قبل از آغاز این جلسه پوشش داده شوند.

مشاوره

مشاوره جزء خیلی مهم مراقبت پس از سقط است. مدرس باید با دانشجویان فرآیند مشاوره را با استفاده از ROLES, GATHER و CLEAR مرور کند.

۶ جزء جهت فرآیند مشاوره عبارتند از:

G سلام گرم و مودبانه با زن

A پرسیدن از وی راجع به نگرانی‌هایش

T گفتن به وی درباره خدمات تنظیم خانواده در دسترس

H کمک به او جهت انتخاب یک روش

E توضیح نحوه‌ی استفاده صحیح از روش انتخاب شده

R ویزیت‌های پیگیری، یا ارجاع.

مهارت‌های ارتباطی غیرشفاهی:

R آرامش، برخورد دوستانه جهت جلب اطمینان زن

O گشاده‌رو بودن

L پشت گرمی داشتن به وی

E حفظ تماس چشمی
S لبخند، مخصوصاً حین سلام و اطمینان دادن

مهارت‌های ارتباطی شفاهی:

C شفاف‌سازی

L گوش دادن به زن و برطرف کردن هرگونه نگرانی

E تشویق وی جهت اعتماد به شما و پذیرش او به عنوان یک فرد

A تصدیق کردن چگونگی احساس وی

R احترام گذاشتن به آنچه که وی می‌گوید جهت نشان دادن این که شما وی را درک می‌کنید.

جهت مرور موارد فوق، به دانشجویان یک فیلم یا ویدئو در مورد "مشاوره" در صورت دسترسی نشان دهید.

تنظیم خانواده پس از زایمان و پس از سقط

در بسیاری از کشورها، تنظیم خانواده یا یک سرویس / برنامه جداگانه‌ای است، یا در رابطه با بارداری و زایمان به عنوان بخشی از یک برنامه مراقبت پس از زایمان نگریسته می‌شود و زمانی که چنین است معمولاً به زنانی تمرکز می‌کند که به تازگی وضع حمل کرده‌اند. تنظیم خانواده بعد از سقط معمولاً تأکید نمی‌شود. ترکیب خدمات پس از زایمان و بعد از سقط اغلب می‌تواند به این معنی باشد که نیازهای خاص زنان بعد از سقط و به ویژه نیازهای زنان مجرد و نوجوانان نادیده گرفته می‌شوند. در این شرایط زنان و دختران جوان از جمله نوجوانانی که سقط جنین به هر دلیلی دارند، می‌توانند سهواً دسترسی به مراقبت بعد از سقط باکیفیت و خدمات را انکار کنند. در جدول ۹ عوامل مؤثر بر تنظیم خانواده پس از زایمان و بعد از سقط خلاصه شده است.

نقطه بحث

قبل از ارائه محتوای جدول ۹، دو ستون در تخته‌سیاه ایجاد کنید؛ یکی با عنوان "تنظیم خانواده پس از زایمان" و دیگری "تنظیم خانواده پس از سقط". از دانش آموزان بخواهید عوامل مؤثر بر هر یک از این شرایط را شناسایی کنند. پاسخ‌های خود را بنویسند، که باید شامل حداقل برخی از نکات در جدول ۹، در زیر ستون مناسب باشد. از اطلاعات جدول ۹ برای پر کردن هرگونه شکاف استفاده کنید و در مورد نکاتی بحث کنید که ممکن است برای دانشجویان روشن نباشد.

تجربه دانشجویان در حال حاضر چیست؟ آیا آنها به نیازهای تنظیم خانواده زنان و دختران جوان بعد از سقط در مقایسه با زنان پس از زایمان پاسخ متفاوتی می‌دهند؟ از آنها بخواهید تجارب خود را به اشتراک بگذارند. اهمیت برآورده کردن نیازهای ویژه تنظیم خانواده همه زنان بعد از سقط جنین، به خصوص دختران جوان و نوجوان را یادآوری کنید چون در بسیاری از کشورها این‌ها گروهی هستند که بنا به طیف گسترده‌ای از دلایل در آنها تقاضای رو به رشدی وجود دارد. بخشی از این بحث می‌تواند در مورد دلیل تعداد فزاینده‌ی حاملگی‌های ناخواسته در زنان جوانان و نوجوانان باشد.

جدول ۹: عوامل موثر بر تنظیم خانواده پس از زایمان و پس از سقط

پس از سقط	پس از زایمان
سیستم سلامت	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ فرصت برای ارائه مشاوره/ روش حداقل است چون زن/دختر جوان عمدتاً فقط یک تماس با سیستم سلامتی دارد؛ بازگشت کم برای پیگیری ▪ مراقبت در بخش اورژانس یا زنان ارائه می‌شود که تنظیم خانواده به طور روتین پیشنهاد نمی‌شود. بنابراین، ممکن است نامناسب یا ناکافی باشد ▪ مشکل شناسایی زنان در دوره پس از سقط برای پیگیری تنظیم خانواده ▪ رویکرد درمانی، بحران - محور جهت مراقبت ▪ غالباً نگرش‌های غیرحساس و بعضی وقت‌ها تنبیهی کارکنان سلامت به سمت زنان مخصوصاً زنان جوان و نوجوان و زنان ازدواج نکرده که سقط کرده‌اند. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ فرصت برای ارائه مشاوره/ روش احتمالاً با تماس‌های متعدد زن با سیستم سلامتی افزایش می‌یابد ▪ مراقبت تنظیم خانواده ممکن است در بخش مامایی در دسترس باشد ▪ آسان بودن شناسایی زن در دوره پس از زایمان برای پیگیری تنظیم خانواده ▪ رویکرد پیشگیرانه جهت مراقبت ▪ محیط حمایتی شاخص، مخصوصاً نگرش‌های کارکنان بهداشتی نسبت به مادر
بالینی	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ بازگشت فوری تخمک‌گذاری و قاعدگی‌ها ▪ عوارض ناشی از سقط غیرایمن ممکن است بر انتخاب یا زمان‌بندی روش اثرگذار باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ از سرگیری تأخیری قاعدگی‌ها، مخصوصاً در صورت شیردهی ▪ تغذیه با شیر مادر مانع استفاده از بعضی روش‌های هورمونی است
روانی اجتماعی / فرهنگی	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ درباره ادراک زنان یا دختران جوان از خود و تجربه سقط خود شناخت کمی وجود دارد ▪ حمایت اجتماعی کمی پس از سقط است. برای نوجوانان و دختران جوان، ممکن است حتی اقدامات تنبیهی بر علیه آن‌ها از طرف خانواده و/ یا جامعه وجود داشته‌باشد. ▪ درباره عملکردهای پس از سقط شناخت کمی وجود دارد ▪ نقش باروری اجتماعی ممکن است تأیید نشود ▪ زن/ دختر جوان ممکن است تشخیص ندهد که تقریباً بازگشت فوری باروری وجود دارد 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ زن/ دختر جوان خودش را به عنوان مادر می‌شناسد ▪ حمایت اجتماعی برای مادران ▪ برخی از عملکردهای پس از زایمان خطر بارداری آتی را به تاخیر می‌اندازند ▪ نقش باروری اجتماعی تأیید می‌شود ▪ زن/ دختر جوان ممکن است ببیند که خطر بارداری بعدی به تاخیر می‌افتد

منبع: Benson J. et al. Meeting women's needs for post-abortion family planning framing the questions. Carrbora, IPAS, 1992.

کیفیت مراقبت

خدمات تنظیم خانواده بعد از سقط باید طوری طراحی، ارائه، مدیریت و ارزیابی شود که نیازهای ویژه، منافع، و نگرش زنان و دختران جوان و به خصوص نوجوانان بعد از سقط را در چهارچوب خاص کشور تشخیص دهد. به عنوان مثال، در برخی از کشورها برای دختران جوان مجرد و نوجوانان، حضور در یک کلینیک ویژه برای مراقبت پیگیری که در آن تنها قرص‌های ضدبارداری و یا خدمات ANC ارائه می‌شود، دشوار است. ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه کاملاً ادغام یافته برای جلوگیری از این گونه مسائل کمک‌کننده است، ضمن اینکه در همان زمان فرصت را برای دسترسی به منابع کمیاب به حداکثر می‌رساند.

بالین‌کاران مراقبت‌های سلامتی باید متوجه باشند که هر مددجوی پس از سقط، بدون در نظر گرفتن سن، وضعیت تأهل، نژاد، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و یا اعتقادات مذهبی، حق دارد:

اطلاعات: در مورد مزایا و دردسترس بودن تنظیم خانواده یاد بگیرد.

دسترسی: خدمات را بدون در نظر گرفتن جنس، عقیده، رنگ، تأهل، سن و مکان به دست آورد.

انتخاب: آزادانه تصمیم بگیرد که آیا روش‌های تنظیم خانواده را به کار برد و از کدام روش استفاده کند.

ایمنی: قادر به بکارگیری تنظیم خانواده بی‌خطر و موثر باشد.

حریم شخصی: یک محیط خصوصی طی مشاوره و یا خدمات داشته باشد.

محرمانه: اطمینان داده‌شود که هرگونه اطلاعات شخصی محرمانه خواهد ماند.

شأن و کرامت انسانی: با خوش‌رویی، ملاحظه و توجه درمان شود.

آسایش: هنگام دریافت خدمات احساس راحتی کند.

تداوم: در صورت نیاز، خدمات پیشگیری از بارداری و تجهیزات را به مدت طولانی دریافت کند.

نظر: در بیان دیدگاه خود در مورد خدمات ارائه شده و دریافت شده، از جمله رضایت از مراقبت‌های ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی آزاد باشد.

۶ جزء مراقبت با کیفیت

۶ جزء مراقبت با کیفیت در تنظیم خانواده پس از سقط باید در نظر گرفته شود. آنها عبارتند از:

۱. زمان‌بندی مشاوره و ارائه خدمات.

۲. انتخاب روش‌ها.

۳. اطلاعات و مشاوره

۴. صلاحیت بالینی

۵. روابط بین فردی

۶. تداوم از طریق به هم پیوستگی خدمات

از اطلاعات زیر استفاده کنید تا به دانشجویان کمک کنید هر یک از این اجزا را بشناسند. همانطور که شما پیش می‌روید، دانشجویان را تشویق کنید که این اجزا را نه تنها در رابطه با محیط عملکردی خاص خود، بلکه در ارتباط با گروه‌های مختلف زنان، به عنوان مثال زنان جوان، مجرد، نوجوانان و افرادی از جوامع حاشیه در نظر بگیرند.

زمان‌بندی مشاوره و ارائه خدمات:

نگرانی‌های زیر باید هنگام تصمیم‌گیری در مورد بهترین زمان برای ارائه‌ی تنظیم خانواده بعد از سقط در نظر گرفته شود.

▪ فراهم نمودن پیشگیری از بارداری با توجه به امکان فوری بارداری ناخواسته. برای یک زن/ دختر جوان که نمی‌خواهد باردار شود، او و یا شریک زندگی‌اش باید از ضدبارداری استفاده کنند که به محض شروع مجدد مقاربت موثر باشد.

▪ ارائه مشاوره برای کمک به زن/ دختر جوان در تصمیم‌گیری‌های خود در مورد تنظیم خانواده و انتخاب یک روشی که او بتواند به طور موثر تا زمانی که نمی‌خواهد باردار شود، استفاده کند. تصمیم به استفاده از یک روش ضد بارداری، به ویژه یک روش دراز مدت یا دائمی، باید در زمانی اتخاذ شود که زن/ دختر جوان تحت استرس و درد نیست.

▪ توانایی استفاده از فرصت در دسترس. حتی اگرچه زمان درمان سقط ممکن است بهترین زمان برای مشاوره نباشد، زن/ دختر جوان باید فرصت‌هایی دیگر برای دریافت مشاوره و یا خدمات داشته باشد. اگر او پس از مراقبت سقط، تسهیلات سلامتی را بدون مشاوره و خدمات تنظیم خانواده ترک کند، او باید دسترسی به آنها یا روش انتخابی خود داشته باشد و نباید توسط کسی یا تحت برخی از شرایط از استفاده از خدمات در دسترس منع شود.

پاسخ به پرسش "چه زمانی برای ارائه مشاوره و خدمات پیشگیری از بارداری بهترین است؟" برای هر زن/ دختر جوان و با توجه به قابلیت تسهیلاتی که در آن درمان می‌شود، متفاوت است. در بسیاری از تسهیلات یک طیف گسترده‌ای از خدمات تنظیم خانواده می‌تواند برای زنان مبتلا به عوارض پس از سقط در دسترس باشد، درحالی‌که در تسهیلات دیگر ممکن است خدمات ارائه شده محدودتر باشد. با این حال، در همه محیط‌ها زنان باید قبل از تریخیص حداقل اطلاعات زیر را دریافت کنند.

▪ بازگشت فوری تخمک‌گذاری می‌تواند منجر به احتمال حاملگی ناخواسته خیلی زود بعد از سقط جنین و حتی قبل از اولین قاعدگی بعد از سقط شود.

- دردسترس بودن روش‌های پیشگیری از بارداری موثر از جمله پیشگیری از بارداری اورژانسی در مرکز درمان و یا با ارجاع امن، برای جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته بیشتر
- دردسترس بودن و محل خدمات تنظیم خانواده محلی برای فراهم‌سازی مجدد روش‌ها، ارائه روش‌های بلندمدت و دائمی و مراقبت مداوم مرتبط.

انتخاب روش

هیچ دلیل پزشکی برای محدود کردن انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری موجود برای زنان پس از درمان سقط وجود ندارد. با توجه به این که (a) هیچ عارضه‌ای نیاز به درمان بیشتر ندارد، (b) غربالگری مناسب از نظر موارد منع مصرف برای هر روش انجام می‌شود، و (c) مشاوره خوب ارائه می‌شود، همه روش‌ها می‌توانند برای استفاده بعد از سقط در نظر گرفته‌شوند (جدول ۱۰).

شرایط پزشکی خاص زن/ دختر جوان، ترجیحات او، توانایی استفاده از یک روش، و دسترسی به خدمات پیشگیری، مناسب بودن هر روش را برای او تعیین خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر دستورالعمل‌های WHO در دسترس هستند.*

نقش ارائه دهنده مراقبت سلامتی، اطلاع دادن به زن/ دختر جوان، به شیوه‌ای بی‌طرفانه، در مورد اثر بخشی روش‌ها، مزایا و محدودیت‌ها، و استفاده درست از تمام روش‌های موجود یا روش‌هایی که او علاقه‌مند است، و کمک کردن به زن جهت شناسایی عواملی در زندگی خود که ممکن است بر روی مصرف موفقیت‌آمیز ضدبارداری تاثیر بگذارد و ارجاع وی برای مشاوره تخصصی و/ یا درمان‌های بیشتر در صورت لزوم است.

همچنین ارزیابی خطر ابتلا به HIV /STD برای هر زن/ دختر جوان دریافت‌کننده اطلاعات و روش‌های تنظیم-خانواده بعد از سقط ضروری است. هنگامی که خطر انتقال HIV /STD موجود است، مهم است که ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامتی، استفاده از کاندوم لاتکس را علاوه بر روش انتخابی قویاً به وی توصیه نماید.

صرف‌نظر از روش انتخاب شده، به زن/ دختر جوان توصیه می‌شود که تا زمانی که خونریزی پس از سقط متوقف نشده، مقاربت نداشته‌باشد.

اطلاعات و مشاوره

اطلاعات و مشاوره تنظیم خانواده برای مددجویان پس از سقط باید شامل تمام ویژگی‌های خدمات تنظیم‌خانواده باکیفیت باشد. ارائه‌دهنده مراقبت سلامتی باید از زن/ دختر جوان بپرسد که آیا او می‌خواهد دوباره به زودی باردار شود، اگر او قبلاً تنظیم‌خانواده استفاده کرده‌است، آیا مشکلاتی در استفاده از آن داشته‌است، و آیا او یک روش ارجح دارد. توجه ویژه باید به هر زن/ دختر جوانی که علیرغم استفاده از روش تنظیم خانواده باردار شده‌است، جهت تعیین علل احتمالی شکست روش داده‌شود. در حالی که برخی از حاملگی‌های ناخواسته ممکن است از شکست خود روش ایجاد شده باشد، زنان دیگر ممکن است در نتیجه استفاده اشتباه از یک روش خاص باردار شده‌باشند، یا به این دلیل که آنها یک روش را به علت عوارض جانبی قطع کرده و یا قادر به بدست آوردن مجدد فرآورده نبودند.

*Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004) WHO/RHR/00.02). As new evidence becomes available, this document is regularly updated on our website www.who.int/reproductive-health.

همچنین مهم است بدانیم که آیا مخالفت شریک جنسی و/ یا خانواده بر انتخاب زن و متعاقب آن استفاده از ضدبارداری‌ها تأثیرگذار بوده است.

همچنین بهتر است که در مورد استفاده و دسترسی به ضدبارداری اورژانسی جهت پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته در موارد شکست ضدبارداری، اطلاعات ارائه شود. این اطلاعات مخصوصاً برای زنان/ دختران جوانی که نمی‌توانند استفاده از روش ارجح ضدبارداری خود را فوراً شروع کنند، حایز اهمیت است.

حساسیت در پرسیدن همه این سوالات جهت در نظر گرفتن احساس مادر در آن وقت، و دلایل سقط لازم است. برای مثال، اگر سقط به خاطر بارداری ناخواسته ناشی از تجاوز جنسی بوده است، پرسیدن از مادر که آیا وی می‌خواهد دوباره باردار شود، سوال مناسبی نمی‌باشد. با وجود این، سوالات درباره نیازهای آتی احتمالی در مورد ضدبارداری می‌توانند پرسیده شوند، و مشاوره داوطلبانه و آزمایش جهت HIV را پیشنهاد نمایید.

نکته بحث

روی تخته‌سیاه یا یک فلیپ‌چارت نکات کلیدی جهت مشاوره تنظیم خانواده خوب را نوشته و هر نکته را با کلاس بحث کنید. از دانشجویان دعوت کنید تجارب خود را در رابطه با برخی از نکات به مشارکت بگذارند. برای مثال:

- چگونه آنها اعتماد مددجو را جلب کنند؟
- چگونه آنها مدجویان را تشویق به پرسیدن سوالات خود کنند؟
- چگونه آنها اطلاعات را به یک روش بدون تعصب ارائه کنند؟
- چگونه آنها اطمینان حاصل کنند که از یک رویکرد بدون قضاوت استفاده می‌کنند؟

نکات کلیدی جهت مشاوره خوب تنظیم خانواده



یک مشاور خوب:

- حقوق مددجو را درک نموده و به آن احترام می‌گذارد.
- اعتماد مددجو را جلب می‌کند.
- مزایا و محدودیت‌های همه روش‌های ضدبارداری را درک می‌کند.
- عوامل فرهنگی و عاطفی موثر بر تصمیم‌گیری زن/ دختر جوان (یا یک زوج) جهت استفاده از یک روش ضدبارداری خاص را درک می‌کند.
- مددجو را به پرسیدن سوالات تشویق می‌کند.
- از یک رویکرد بدون قضاوت استفاده می‌کند که احترام و مهربانی را به مددجو نشان دهد.
- اطلاعات را با یک روش بدون تعصب، حساس به مددجو ارائه می‌کند.
- به طور فعال به نگرانی‌های مددجو گوش می‌دهد.
- اثر ارتباط غیر کلامی را درک می‌کند
- وقتی نمی‌تواند به طور کافی به یک مددجو کمک کند، تشخیص داده و او را به فردی توانمند ارجاع می‌دهد.

Source: McIntosh N. Oliveras E. eds. *Service delivery guidelines for family planning service programs*. Baltimore, JHPIEGO, 1996.

جدول ۱۰: ضدبارداری پس از سقط: رئوس مطالب برای مشاوره

روش	زمان بندی پس از سقط	ملاحظات
ضدبارداری های خوراکی ضدبارداری های خوراکی ترکیبی (COCs) و قرص های پروژسترونی تنها (POPs)	استفاده از COC یا POP را فوراً، ترجیحاً در روز درمان شروع کنید	می توانند فوراً شروع شوند، حتی اگر عفونت وجود داشته باشد. اگر مشاوره کافی و تصمیم گیری آگاهانه قابل تضمین نیستند، شروع قرص ها را به تأخیر انداخته و کاندوم ها را در این زمان فراهم کنید بدون حفاظت بر علیه عفونت STI/HIV
تزریقی ها دپو مدروکسی پروژسترون استات (DMPA) نوراتیندرین انانتات (NET-EN)	ممکن است فوراً داده شوند	می توانند فوراً شروع شوند، حتی اگر عفونت وجود داشته باشد اگر مشاوره کافی و تصمیم گیری آگاهانه قابل تضمین نیستند، تزریق اول را به تأخیر انداخته و کاندوم ها را در این زمان فراهم کنید بدون حفاظت بر علیه عفونت STI/HIV
کاشتنی ها لونورژسترون و اتونورژسترون	ممکن است فوراً داده شوند	می توانند فوراً شروع شوند، حتی اگر عفونت وجود داشته باشد اگر مشاوره کافی و تصمیم گیری آگاهانه قابل تضمین نیستند، جاگذاری را به تأخیر انداخته و کاندوم ها را در این زمان فراهم کنید دسترسی به یک ارائه دهنده ماهر در جاگذاری و درآوردن ضروری است بدون حفاظت بر علیه عفونت STI/HIV
IUD وسیله داخل رحمی	سقط سه ماهه اول و دوم: IUDها می توانند جاگذاری شوند اگر خطر یا وجود عفونت بتواند رد شود جاگذاری را به تأخیر بیندازید تا آسیب جدی بهبود یابد، خونریزی کنترل شود و کم- خونی حاد برطرف شود	سوراخ شدن رحم می تواند طی جاگذاری اتفاق بیفتد. اگر مشاوره کافی و تصمیم گیری آگاهانه قابل تضمین نباشند، جاگذاری را به تأخیر انداخته و کاندوم ها را در این زمان فراهم کنید. دسترسی به یک ارائه دهنده ماهر در جاگذاری و درآوردن ضروری است. عدم محافظت بر علیه عفونت STI/HIV برخی نگرانی درباره خطر دفع بعد از سقط سه ماهه دوم وجود دارد
روش های سدی غیرجاگذاری و اسپرمیسیدها (کاندوم ها، کف، کرم، فیلم، قرص ها، ژل)	به محض از سرگیری مقاربت شروع کنید	روش های موقتی خوب در صورتی که شروع روش دیگر باید به تعویق بیفتد. مقاربت باید به تأخیر افتد تا خونریزی متوقف شود (۵ تا ۷ روز) کاندوم های لاتکس و وینیل در برابر STI/HIV محافظت فراهم می کنند.

روش	زمان بندی پس از سقط	ملاحظات
روش های سدی کار گذاشته به همراه استفاده با اسپر میسیدها (دیافراگم) کلاهک دهانه رحم	دیافراگم می تواند بلافاصله پس از سقط سه ماهه اول جایگذاری شود. بعد از سقط سه ماهه دوم، کار گذاشتن دیافراگم باید تا برگشت رحم به اندازه قبل از بارداری (در ۶ هفته) به تأخیر انداخته شود	ممکن است مقداری محافظت در برابر STIs فراهم کند؛ حفاظت در مقابل HIV نباید در نظر گرفته شود
روش های مبتنی بر آگاهی از باروری	استفاده از این روش بلافاصله پس از سقط پیشنهاد نمی شود. زنان می توانند روش های تقویمی را به محض اتمام ۳ سیکل قاعدگی پس از سقط استفاده کنند.	بدون محافظت در برابر STI/HIV
بستن لوله ها	بستن لوله (مینی لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی) را می توان بلافاصله پس از یک سقط بدون عارضه انجام داد. در موارد سپسیس پس از سقط یا تب، خونریزی شدید پس از سقط، ترومای شدید به مجرای تناسلی یا هماتوم حاد، پروسیجر باید به تأخیر افتد تا درمان رضایت بخش کامل شود و/یا آسیب بهبود یابد.	نحوه انجام بستن لوله پس از سقط ناقص سه ماهه اول مشابه با پروسیجر فاصله ای است نحوه انجام بستن لوله پس از سقط ناقص سه ماهه دوم، مشابه پروسیجر پس از زایمان است قبل از پروسیجرهای عقیم سازی داوطلبانه (بستن لوله یا واژکتومی)، مشاوره کافی و تصمیم گیری آگاهانه و اخذ رضایت باید انجام شود؛ به هر حال این اغلب در زمان مراقبت اورژانس امکان پذیر نیست. عدم محافظت در برابر STI/HIV

Source: The information in this table is based on *Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 3d ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/RHR/002), and Blumenthal PD, McIntosh N. *Pocket guide to family planning for service providers*. Baltimore. JHPIEGO, 1994.

صلاحیت تکنیکی:

کارکنان مراقبت سلامتی که مراقبت پس از سقط را فراهم می‌کنند لازم است که مهارت‌ها و آگاهی جهت درمان عوارض سقط را داشته باشند و مشاوره و خدمات تنظیم خانواده را فراهم نمایند. صلاحیت‌های مهم شامل:

- مراقبت، حساسیت و تمامیت در اطلاع رسانی به مددجو درباره روش انتخاب شده
- آگاهی، نگرش و مهارت برای فراهم کردن خدمات تنظیم خانواده
- آگاهی، و توانایی جهت تشخیص مشکلات واقعی و بالقوه
- توانایی جهت انجام اقدامات بالینی در پاسخ به این مشکلات، شامل شناخت زمان (و محل) جهت ارجاع مددجویان با مشکلات جدی
- قضاوت بالینی خوب

ارتباطات بین پرسنلی

نگرش‌های کارکنان مراقبت سلامتی اثر چشمگیری بر تعامل آنها با بیماران دارد. بعضی اوقات کارکنان مراقبت سلامتی نگرش‌های قضاوتی نسبت به زنانی دارند که سقط داشته‌اند. با وجود این، آن‌ها نباید اجازه بدهند که دیدگاه شخصی‌شان بر توانایی آن‌ها جهت ارائه خدمت به یک شیوه بدون قضاوت تاثیرگذار باشد. در مشاوره تنظیم خانواده ارتباط دو طرفه باز جهت کمک به زنان و در صورت نیاز به دختران جهت انتخاب روش‌هایی متناسب با شرایط فردی آنان لازم است. این ارتباط امکان‌پذیر نیست اگر مراقبین به یک شیوه قضاوتی زنان را درمان کنند.

تداوم از طریق اتصال خدمات

هنگامی که یک زن / دختر جوان یک روش پیشگیری از بارداری را انتخاب کرده و شروع به استفاده از آن می‌نماید، ارائه خدمات تنظیم خانواده بعد از سقط خاتمه نمی‌یابد. تداوم مراقبت تنظیم خانواده بدان معنی است که زنان نیاز به دسترسی به خدمات و منابعی دارند که آنها را قادر می‌سازد تا همچنان به استفاده از روش انتخاب‌شده ادامه دهند؛ پیگیری درمان را در صورت بروز عوارض دریافت کنند؛ به هر گونه نگرانی آنها در مورد روش رسیدگی شود؛ تغییر روش دهند، و زمانی که بخواهد روش را قطع کند.

نگرانی‌های بالینی ضدبارداری‌های پس از سقط

نگرانی‌های بالینی مربوط به سقط جنین و یا عوارض ناشی از سقط غیرایمن باید در هنگام ارزیابی مناسب‌ترین روش برای هر زن / دختر جوان در نظر گرفته شود. مهم‌ترین عوارض تهدیدکننده زندگی پس از سقط عبارتند از: عفونت‌های مختلف از عفونت موضعی لگن تا سپسیس عمومی، آسیب‌ها از جمله سوراخ‌شدگی رحم و آسیب داخل شکمی نیازمند به مداخله جراحی، خونریزی و شوک.

در صورتی که برنامه‌ریزی یا تمایل برای حاملگی وجود نداشته‌باشد، ضدبارداری اورژانسی باید پس از مقاربت محافظت‌نشده استفاده شود و این روش نباید جایگزین یک روش پیشگیری از بارداری منظم شود.

نقطه بحث

جدول ۱۰: رؤس مطالب برای مشاوره در زمینه پیشگیری از بارداری پس از سقط را ارائه می‌دهد.

برای هر روش ضدبارداری، اطلاعات با توجه به زمانی آورده شده‌است که روش می‌تواند پس از سقط ارائه شود

نکات مهم دیگر که باید در نظر گرفته شود در ستون "ملاحظات" نوشته شده است.

اطلاعات جدول ۱۰ را با دانشجویان مرور و بحث کنید تا اطمینان بیابید که مطالب را فهمیده‌اند.

همین کار را در مورد جدول ۱۱ انجام دهید، که آموزش‌هایی برای استفاده از ضدبارداری با توجه به شرایط بالینی متداول پس از سقط فراهم می‌کند.

اطلاعات موجود در این جداول باید دانش و مهارت‌های تنظیم خانواده را که دانشجویان قبلاً داشته‌اند ارتقا بخشد، و به آن‌ها جهت برآورده کردن نیازهای خاص زنان پس از سقط کمک نماید.

ایفای نقش

هدف در این فعالیت فراهم کردن فرصتی برای دانشجویان جهت ایفای نقش/ مشاهده مهارت‌های مشاوره برای تنظیم خانواده پس از سقط است. به ویژه، ایفای نقش دانشجویان را قادر خواهد کرد که مهارت‌های گوش کردن و سوال کردن مثبت را در ارتباط با تنظیم خانواده پس از سقط تمرین کنند.

۱- فضا/ اتاق‌های بیشتری را ترتیب دهید که بتوان جهت شبیه‌سازی یک محیط مناسب برای ارائه خدمات تنظیم خانواده استفاده نمود.

۲- آموزش‌ها برای دانشجویان- ایفای نقش را با کلاس مرور کنید تا اطمینان حاصل کنید که دانشجویان آنچه را که از آنان انتظار می‌رود درک می‌کنند.

۳- کلاس را به گروه‌های ۳ نفره تقسیم کنید. هر دانشجو در گروه فرصتی جهت ایفای نقش یک "مددجو"، یک "ماما"، و یک "مشاهده‌گر" خواهد داشت.

۴- با هر گروه، "چک لیست برای مهارت‌های مشاوره" را مرور کنید تا اطمینان حاصل کنید که آن‌ها نحوه استفاده از آن را درک می‌کنند.

۵- به هر عضو گروه یک برگ "اطلاعات زمینه‌ای مددجو" و یک برگ "اطلاعات زمینه‌ای مشاور" ارائه دهید.

۶- برای هر گروه یک‌ونیم ساعت جهت تکمیل فعالیت فرصت دهید. این برای هر عضو گروه برای ایفای هر یک از سه نقش کافی خواهد بود.

۷- با صرف کمی وقت با هر گروه بر فعالیت آن‌ها نظارت کنید. این برای شما فرصتی فراهم خواهد کرد تا اطمینان حاصل کنید که فعالیت طبق انتظار پیش می‌رود، و مهارت‌های مشاوره دانشجویان را مشاهده کنید.

۸- ۱۰ دقیقه برای هر گروه جهت ارائه بازخورد در مورد پیامد ایفای نقش فرصت دهید.

بازخورد و بحث

طی بازخورد ارائه شده توسط هر گروه، از سوالات زیر جهت هدایت بحث استفاده کنید:

آیا "ماما" اطلاعات مرتبط با بارداری و سقط را اخذ نمود؟

آیا "ماما" اطلاعات مرتبط با استفاده گذشته و آتی روش(ها)ی تنظیم خانواده را اخذ نمود؟

آیا "ماما" تعیین کرد که زن/ دختر جوان می‌خواهد دوباره باردار شود؟

آیا "ماما" روش مناسب مشاوره را بر اساس نگرانی‌های بالینی شناخته شده ارائه نمود؟

به علاوه، در مورد مهارت‌های گوش دادن و سوال کردن مفید استفاده شده/ مشاهده شده طی فعالیت بحث کنید

جدول ۱۱: ضدبارداری پس از سقط: دستورالعملی برای استفاده ضدبارداری در صورت وجود عارضه بالینی

وضعیت بالینی	احتیاطات	توصیه‌ها
تشخیص تأیید شده یا احتمالی عفونت: <ul style="list-style-type: none"> علائم و نشانه‌های سپسیس / عفونت نشانه‌های سقط غیرایمن یا آلوده ناتوانی جهت رد عفونت 	<p>IUD: جاگذاری نکنید تا خطر عفونت رد شود، یا عفونت به طور کامل از بین برود (تقریباً سه ماه بعد از اتمام درمان)</p> <p>عقیم‌سازی داوطلبانه زنان: پروسیجر را انجام ندهید تا اینکه خطر عفونت رد شود، یا عفونت به طور کامل از بین برود (تقریباً سه ماه بعد از اتمام درمان)</p>	<p>ضدبارداری‌های خوراکی (COCS و POPS) می‌توانند بلافاصله استفاده شوند.</p> <p>چسب و حلقه می‌توانند بلافاصله استفاده شوند.</p> <p>کاشتنی‌ها می‌توانند بلافاصله استفاده شوند</p> <p>تزریقی‌ها (DMPA, NET-EN) می‌توانند بلافاصله استفاده شوند.</p> <p>کاندوم می‌تواند هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار گیرد.</p> <p>دیافراگم می‌تواند هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار گیرد.</p> <p>اسپرمیسیدها می‌تواند هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار گیرد.</p>
آسیب به مجرای تناسلی: <ul style="list-style-type: none"> سوراخ شدن رحم (با یا بدون صدمه به روده) آسیب جدی به واژن یا سرویکس، شامل سوختگی شیمیایی 	<p>IUD: جاگذاری نکنید تا آسیب جدی التیام یافته باشد.</p> <p>دیافراگم: استفاده نکنید تا آسیب واژن یا سرویکس التیام یابد.</p> <p>اسپرمیسید: استفاده نکنید تا آسیب واژن یا سرویکس التیام یابد</p> <p>حلقه: استفاده نکنید تا آسیب واژن یا سرویکس التیام یابد.</p>	<p>ضدبارداری‌های خوراکی (COCS و POPS) را می‌توان بلافاصله استفاده نمود.</p> <p>چسب و حلقه را می‌توان بلافاصله استفاده کرد.</p> <p>کاشتنی‌ها را می‌توان بلافاصله استفاده کرد.</p> <p>تزریقی‌ها (DMPA, NET-EN, Cyclofem, Mesigyna) را می‌توان بلافاصله استفاده نمود.</p> <p>کاندوم را می‌توان هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار داد.</p> <p>دیافراگم را می‌توان هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار داد (می‌توان با سوراخ شدن بدون عارضه رحم استفاده کرد)</p> <p>اسپرمیسیدها را می‌توان هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار داد (می‌توان با سوراخ شدن بدون عارضه رحم استفاده کرد)</p>
خونریزی شدید (هموراژی) و کم‌خونی شدید مرتبط (Hct < 20 یا Hb < 7g/dl)	<p>IUD (خنثی یا مسی): جاگذاری را به تأخیر بیندازید تا کم‌خونی حاد بهبود یابد.</p> <p>عقیم‌سازی داوطلبانه زنانه: پروسیجر را انجام ندهید تا علت خونریزی یا کم‌خونی برطرف شود</p>	<p>ضدبارداری‌های خوراکی (COCS و POPS) می‌توانند بلافاصله استفاده شوند.</p> <p>کاشتنی‌ها را می‌توان بلافاصله استفاده نمود.</p> <p>تزریقی‌ها (DMPA, NET-EN) را می‌توان بلافاصله استفاده نمود.</p> <p>چسب و حلقه را می‌توان بلافاصله استفاده نمود.</p> <p>IUD (آزاد کننده پروژسترون) را می‌توان با کم‌خونی شدید استفاده کرد (خونریزی قاعدگی را کاهش می‌دهد).</p> <p>کاندوم را می‌توان هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار داد.</p> <p>دیافراگم را می‌توان هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار داد.</p> <p>اسپرمیسیدها را می‌توان هنگام از سرگیری فعالیت جنسی مورد استفاده قرار داد.</p>

Source: The information in this table is based on Blumenthal PD, McIntosh N. Pocket guide to family planning for service providers. Baltimore, JHPIEGO, 1994 and Medical Eligibility criteria for contraceptive use 3d ed. Geneva WHO 2004.

آموزش برای دانشجویان - شبیه‌سازی ایفای نقش

- ۱- هر عضو گروه فرصتی جهت ایفای نقش یک "مددجو"، یک "ماما"، و یک "مشاهده‌گر" خواهدداشت.
- ۲- وقتی شما نقش "مددجو" را ایفا می‌کنید، از اطلاعات موجود در برگ "اطلاعات زمینه‌ای مددجو" استفاده کنید.
- ۳- وقتی شما نقش "ماما" را ایفا می‌کنید، از اطلاعات موجود در برگ "اطلاعات زمینه‌ای مشاور" استفاده کنید.
- ۴- وقتی شما نقش "مشاهده‌گر" را ایفا می‌کنید، از "چک‌لیست مهارت‌های مشاوره" جهت نوشتن نحوه تعاملات "ماما" با "مددجو" استفاده کنید. از ستون ملاحظات جهت یادداشت مشاهدات مثبت و موارد مسئله‌دار استفاده کنید.
- ۵- شما یک‌ونیم ساعت جهت تکمیل فعالیت وقت دارید. ۲۵ دقیقه برای هر ایفای نقش (این شامل زمان آماده شدن است) فرصت می‌دهد، به اضافه ۵ دقیقه برای "مشاهده‌گر" جهت ارائه بازخورد در مورد جلسه مشاوره. بازخورد ارائه شده باید نکات راجع به "چک‌لیست مهارت‌های مشاوره" را پوشش دهد.

اطلاعات زمینه‌ای مددجو - Mulu

- شما ۱۷ ساله هستید.
- شما جهت یک سقط ناقص درمان شده‌اید و آنتی‌بیوتیک برای عفونت خفیف به شما داده شده است.
- شما در گذشته از ضدبارداری‌ها استفاده نکرده‌اید چون شما نمی‌دانید چگونه، یا کجا آنها را به دست آورید.
- شما می‌خواهید از ضدبارداری‌ها استفاده کنید چون شما از باردار شدن مجدد می‌ترسید.
- شما مشکلات طبی ندارید و معمولاً سالم هستید.

اطلاعات زمینه‌ای مددجو - Sita

- شما ۲۵ ساله هستید و ۴ فرزند دارید.
- شما در مرکز سلامتی جهت یک سقط ناقص درمان شده‌اید.
- شما مقدار زیادی خون قبل از درمان در مرکز سلامتی از دست داده‌اید.
- شما در حال استفاده از قرص‌های ضدبارداری بوده‌اید، اما آن‌ها را فقط هر دو روز یک‌بار مصرف می‌کردید. این به شما کمک می‌کند تا پول خود را ذخیره کنید چون شما می‌توانید قرص‌هایی را که برای یک ماه می‌خرید، به مدت ۲ ماه مصرف کنید.
- شما بارداری دیگری را نمی‌خواهید و تمایل دارید که مصرف قرص‌ها را ادامه بدهید.
- شما کم‌خون هستید، اما مشکلات سلامتی دیگری ندارید.

اطلاعات زمینه‌ای مددجو - Irma

- شما ۳۷ ساله هستید و ۹ بچه دارید.
- شما جهت یک سقط ناقص در بیمارستان درمان شده‌اید.
- شما یک عمل جهت ترمیم آسیب ایجاد شده طی سقط داشته‌اید.
- شما سه سقط در دو سال گذشته داشتید، که توسط همان شخص آموزش‌نندیده در روستایتان انجام شده‌است.
- شما از باردار شدن مجدد خیلی زیاد می‌ترسید.
- شما هرگز از ضدبارداری استفاده نکرده‌اید، چون شما معتقدید که آن‌ها باعث سرطان می‌شوند.

اطلاعات زمینه‌ای مشاور - Mulu

- Mulu ۱۷ ساله هست.
- او جهت یک سقط ناقص درمان شده و آنتی‌بیوتیک برای عفونت خفیف داده شده‌است.
- Mulu اکنون نیاز به مشاوره درباره تنظیم خانواده پس از سقط دارد.
- شما لازم است با Mulu صحبت کنید راجع به:
 - تاریخچه پزشکی، شامل وضعیت HIV
 - بارداری اخیر وی (آیا او می‌خواست باردار شود؟ آیا این اولین سقط وی بود؟)
 - باردار شدن مجدد (آیا وی می‌خواهد مجدداً باردار شود؟)
 - آیا وی قبلاً از یک روش تنظیم خانواده استفاده کرده است، و آیا آن را به طور صحیح استفاده نموده است، استفاده از آن را متوقف کرده، یا مشکلاتی در استفاده از آن داشته‌است؟
 - آیا او می‌خواهد اکنون از یک روش استفاده کند؟
 - روش (های) مناسب جهت استفاده وی
 - او چگونه و کجا می‌تواند دریافت مداوم از روش انتخابی‌اش را داشته‌باشد.
 - اگر او بعد از شروع استفاده از روش ضدبارداری سوالی یا مشکلی داشت به کجا مراجعه کند.

اطلاعات زمینه‌ای مشاور - Sita

- Sita ۲۵ ساله هست و ۴ فرزند دارد.
- او در مرکز سلامتی جهت سقط ناقص درمان شده است.
- او مقدار زیادی خون قبل از آمدن به مرکز سلامتی جهت درمان از دست داده‌است.
- او از کم‌خونی رنج می‌برد اما مشکلات سلامتی دیگری ندارد.
- Sita اکنون نیاز به مشاوره درباره تنظیم خانواده پس از سقط دارد.
- شما لازم است با Sita صحبت کنید درباره:
 - تاریخچه پزشکی، شامل وضعیت HIV
 - بارداری اخیر وی (آیا او می‌خواست باردار شود؟ آیا این اولین سقط وی بود؟)

- باردار شدن مجدد (آیا وی می‌خواهد مجدداً باردار شود؟)
- آیا وی قبلاً از یک روش تنظیم خانواده استفاده کرده است، و آیا آن را به طور صحیح استفاده نموده است، استفاده از آن را متوقف کرده، یا مشکلاتی در استفاده از آن داشته‌است؟
- آیا او می‌خواهد اکنون از یک روش استفاده کند؟
- روش (های) مناسب جهت استفاده وی
- او چگونه و کجا می‌تواند دریافت مداوم از روش انتخابی‌اش را داشته‌باشد.
- اگر او بعد از شروع استفاده از روش ضدبارداری سوالی یا مشکلی داشت به کجا مراجعه کند.

اطلاعات زمینه‌ای مشاور - Irma

- Irma ۳۴ ساله است و ۹ بچه دارد.
- او در بیمارستان جهت سقط ناقص درمان شده‌است.
- او نیاز به جراحی جهت ترمیم رحم سوراخ شده دارد.
- Irma اکنون نیاز به مشاوره درباره تنظیم خانواده پس از سقط دارد.
- شما لازم است با Irma صحبت کنید درباره:
- تاریخچه پزشکی، شامل وضعیت HIV
- بارداری اخیر وی (آیا او می‌خواست باردار شود؟ آیا این اولین سقط وی بود؟)
- باردار شدن مجدد (آیا وی می‌خواهد مجدداً باردار شود؟)
- آیا وی قبلاً از یک روش تنظیم خانواده استفاده کرده است، و آیا آن را به طور صحیح استفاده نموده است، استفاده از آن را متوقف کرده، یا مشکلاتی در استفاده از آن داشته‌است؟
- آیا او می‌خواهد اکنون از یک روش استفاده کند؟
- روش (های) مناسب جهت استفاده وی
- او چگونه و کجا می‌تواند دریافت مداوم از روش انتخابی‌اش را داشته‌باشد.
- اگر او بعد از شروع استفاده از روش ضدبارداری سوالی یا مشکلی داشت به کجا مراجعه کند.

ارزیابی صلاحیت در مشاوره پس از سقط

جهت مشاهده این که آیا "ماما" با توجه به مهارت‌های گوش‌دادن و پرسش‌کردن معیار را رعایت می‌کند، و آیا وی محتوای لیست شده را پوشش می‌دهد، از چک لیست زیر استفاده کنید. ستون ملاحظات می‌تواند جهت یادداشت مشاهدات مثبت یا موارد مشکل‌دار در مورد تعامل "ماما" با "مددجو" استفاده شود.

✓ چک لیست مهارت‌های مشاوره			
گام	بله	خیر	ملاحظات
مهارت‌های گوش‌دادن			
▪ زن/دختر جوان را را به عنوان یک فرد بدون بیان قضاوت			

		<p>درمان می‌کند</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ به زن/دختر جوان فرصتی جهت فکر کردن، پرسیدن سوالات و صحبت کردن می‌دهد. ▪ به دقت به آنچه زن/دختر جوان می‌گوید، گوش می‌دهد. ▪ جهت اطمینان از درک، گهگاه آنچه را که زن/دختر جوان گفته است، تکرار می‌کند
		<p>مهارت‌های سوال کردن</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ از یک تون صدایی که نشان دهنده علاقه، نگرانی و دوستی است، استفاده می‌کند. ▪ یک سوال در یک زمان می‌پرسد و برای پاسخ منتظر می‌ماند. ▪ سوالاتی را می‌پرسد که به زن/دختر جوان اجازه دهد که نیازها و نگرانی‌ها خود را بیان کند ▪ از اظهار قضاوت زن/دختر جوان اجتناب می‌کند.
		<p>محتوا</p> <p>محتوای زیر باید طی جلسه مشاوره پوشش داده شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ تاریخچه پزشکی شامل وضعیت HIV ▪ بارداری اخیر وی (آیا او می‌خواست باردار شود؟ آیا این اولین سقط وی بود؟) ▪ دلایل برای سقط؟ آیا سقط القایی یا غیرایمن بود ▪ باردار شدن مجدد (آیا وی می‌خواهد مجدداً باردار شود؟) ▪ استفاده قبلی از روش تنظیم خانواده، شامل اینکه آیا آن به طور صحیح استفاده شده است، استفاده از آن متوقف شده، یا مشکلاتی در استفاده از آن وجود داشته است؟ ▪ تمایل جهت استفاده از یک روش در حال حاضر ▪ روش مناسب جهت استفاده در حال حاضر ▪ فراهم بودن آتی روش انتخاب شده ▪ مراقبت پیگیری برای سوالات یا اطلاعات برای روش انتخاب شده ▪ سوال در مورد وضعیت HIV اگر قبلاً شناخته نشده است، و ارائه اطلاعات در مورد مشاوره داوطلبانه و آزمایش* و خودمراقبتی و محافظت در برابر عفونت/عفونت مجدد STIs و HIV/AIDS <p>* اگر توسط ارائه دهنده مراقبت در دسترس نباشد، پیشنهاد کمک با ارجاع</p>

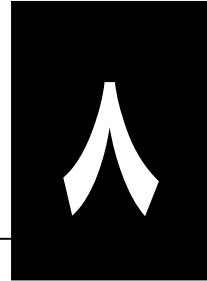
ارزیابی صلاحیت

به دانشجویان باید فرصتی مناسب جهت تمرین مهارت‌ها در این جلسه تحت نظارت مستقیم و سپس غیرمستقیم فراهم شود. مدرس باید با استفاده از چک‌لیست مهارت‌های مشاوره، انجام یک ارزیابی رسمی از صلاحیت در یک موقعیت واقعی را ترتیب دهد.

نظرات مدرس:

نظرات دانشجو:

مطالعات موردی



جلسه ۸

مطالعات موردی

اهداف این جلسه

- هدف این جلسه توانمندکردن دانشجویان جهت بازتاب در عمل و ارزیابی اهمیت ارتباط مابین فرآیند و نتیجه در رابطه با پیشگیری از بارداری ناخواسته و درمان عوارض سقط است.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۸، دانشجویان قادر خواهند بود:

- یک مطالعه موردی ارائه نموده و سوالات مهمی در رابطه با آن به بحث بگذارند.
- ارتباط مابین فرآیند و نتیجه را برای مطالعات موردی شناسایی نمایند، با تاکید بر پیشگیری از بارداری ناخواسته و اداره سقط ناقص.
- درسهای آموخته شده از مطالعات موردی را از بعد جنبه‌های مثبت و منفی عملکردی بحث کنند.
- توصیف کنند که چگونه مراقبت مادری ارتقایافته می‌تواند بر اداره و پیامد عوارض سقط تاثیر بگذارد.
- اهمیت بازتاب در عمل را جهت ارزیابی و بهبود مراقبت توضیح دهند.

طرح درسی

تدریس‌های خصوصی اختیاری.

مطالعات موردی.

کارگروهی.

بازخود و بحث.

زمان کلی: تقریباً ۴ ساعت.

منابع

آموزش‌ها برای دانشجویان: دستورالعملی برای مطالعه موردی.

آموزش‌ها برای کارگروهی.

Bennett VR, Brown LK, eds. Myles textbook for midwives. 12th ed. London, Churchill Livingstone, 1993.

اگر دانشجویان بی‌تجربه هستند، ترتیب دادن آموزش‌های خصوصی فردی یا گروه‌های کوچک ممکن است جهت توضیح نحوه انجام یک مطالعه موردی کمک کننده باشد. این آموزش‌ها باید قبل از ارائه این جلسه انجام شود.

آمادگی برای مطالعات موردی

طی تمرین بالینی، از دانشجویان باید درخواست شود که یک مورد را برای مطالعه دقیق انتخاب کنند که بعداً در کلاس درس ارائه خواهد شد.

- به دانشجویان موارد زیر را یادآوری کنید:
 - ارزش مطالعات موردی
 - اهمیت بازتاب در عمل و یادگیری از تجربه
 - ارتباط بین فرآیند و پیامد و تأثیری که ماها می‌توانند بر روی این‌ها جهت ایمن‌تر کردن بارداری داشته‌باشند.
- مرور کنید زیر را با دانشجویان:

مطالعات موردی فرصتی را برای دانشجویان فراهم می‌کند تا اثربخشی مراقبتی در موقعیت‌های خاص را ارزیابی کنند. دانشجویان را مطلع می‌کند که آنها خواهند توانست از تجربه شخصی خود همین‌طور از تجربه دیگران بیاموزند. قصد بر این نیست که مطالعات موردی به عنوان فرصتی جهت انتقاد از عملکرد دیگران استفاده شود. به جای آن، دانشجویان باید تشویق شوند که به عملکرد قبلی خود نگاه کرده و ببینند چه درس‌هایی برای آینده می‌توان گرفت. مطالعات موردی بایستی بر اساس مستندات بیمار جهت نشان دادن اداره شرایط خاص از قبیل سقط ناقص انتخاب شوند. باید توجه شود که در سرتاسر ارائه مطالعات موردی محرمانه نگه‌داشتن بیمار حفظ شود.

- آموزش‌ها برای دانشجویان را مرور کنید- دستورالعمل ارائه شده در پایان این جلسه در مورد مطالعه موردی را ببینید.
- دانشجویان را به سه گروه تقسیم کنید. هر گروه یک مطالعه موردی را که از محل بالینی خود انتخاب کرده‌اند، آماده کرده و ارائه خواهد داد.
- تمامی مطالعات موردی باید مربوط به اداره سقط ناقص باشد و بهتر است حداقل یک مورد، پیامد منفی (برای مثال، مرگ بیمار) داشته باشد
- برای هر گروه جهت نهایی کردن مطالعه موردی خود برای ارائه به بقیه کلاس، یک ساعت فرصت بدهید.

ارائه مطالعات موردی

- ۱- دانشجویانی را معرفی کنید که مطالعات موردی را ارائه خواهند کرد.
- ۲- ۳۰ دقیقه برای ارائه هر مطالعه موردی اجازه دهید.
- ۳- با ارائه مطالعه موردی ۱ پیش بروید و برای پرسش و پاسخ به دنبال ارائه وقت بدهید.
- ۴- با ارائه مطالعه موردی ۲ پیش بروید و برای پرسش و پاسخ به دنبال ارائه وقت بدهید.
- ۵- با ارائه مطالعه موردی ۳ پیش بروید و برای پرسش و پاسخ به دنبال ارائه وقت بدهید.
- ۶- ارائه‌های موردی را خلاصه کنید، تاکید کنید:
- ارتباط بین فرآیند و پیامد
- تاثیری که ماماها می‌توانند بر هر دوی فرآیند و پیامد جهت ایمن‌تر کردن بارداری داشته باشند.
- ۷- با توجه به آماده کردن و ارائه مطالعات موردی بازخورد مثبت برای دانشجویان فراهم کنید.

کار گروهی

این فعالیت گروهی جهت فراهم کردن فرصتی برای دانشجویان جهت بحث در ارتباط با مطالعات موردی ارائه شده توسط آن‌ها طراحی شده است.

۱. جهت اطمینان از درک آنچه که از آنها انتظار می‌رود، آموزش‌ها برای کار گروهی را با دانشجویان مرور کنید (ترکیب گروه باید همانند آماده کردن و ارائه مطالعات موردی بماند).
۲. ۴۵ دقیقه برای هر گروه جهت تکمیل کردن تمرین وقت بدهید.
۳. با صرف مقداری وقت برای هر گروه بر فعالیت گروه نظارت کنید. این فرصتی را برای شما فراهم خواهد کرد تا مطمئن شوید که فعالیت طبق برنامه در حال پیشرفت بوده و نیروی هر دانشجو را مشاهده کنید.
۴. به هر گروه ۱۰ دقیقه فرصت دهید تا در مورد پیامد فعالیت گروه بازخورد آماده کند.

بازخورد و بحث

در پایان جلسه شما باید یک لیست از نکاتی درباره عملکرد خوب داشته باشید. بر اهمیت این‌ها در نجات زندگی‌ها و بنابراین در ایمن‌تر کردن بارداری تاکید کنید.

کلاس باید توصیه‌هایی درباره بهبود عملکرد مامایی با توجه به اداره سقط ناقص 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؟
- اقدام در کجا انجام خواهد گرفت؟
- چه زمانی اقدام صورت خواهد گرفت؟
- چه زمانی آن مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت؟

چگونگی پایان دادن به این مدل

از هر دانشجو بخواهید یک چیزی را بنویسد که از این مدل یاد گرفته به طوریکه قبلاً عملکرد وی را تغییر داده است. آن ممکن است یک چیز کوچک باشد، اما چیزهای کوچک می‌توانند خیلی مهم باشند.

تأکید کنید هر مامایی که به آموختن ادامه داده و دانش کسب شده جدید خود را در عمل پیاده می‌کند، بارداری را ایمن‌تر خواهد کرد.

از هر دانشجویی بخواهید که یک چیزی راجع به عملکردش بنویسد که به منظور ایمن‌تر کردن بیشتر بارداری قصد دارد تغییر دهد.

دانشجویان ممکن است بخواهند برخی از تغییراتی را که قبلاً در عملکردشان انجام داده‌اند و برخی دیگر را که قصد انجام آن را دارند، به مشارکت بگذارند. آن‌ها را تشویق کنید که چنین کاری را انجام دهند.

آموزش‌ها برای دانشجویان - دستورالعمل‌هایی برای مطالعه موردی

مطالعه موردی شما باید در رابطه با اداره سقط ناقص، و باید شامل موارد زیر باشد:

شماره بیمار:

(این کار کمک خواهد نمود که در صورت نیاز پرونده بیمار 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: (شامل هرگونه سقط‌های قبلی، و استفاده از روش‌های تنظیم خانواده)
	تاریخچه پزشکی و جراحی مربوطه:
	تاریخچه بارداری فعلی: (شامل استفاده از روش‌های تنظیم خانواده)

خلاصه اداره مورد

از شما درخواست می‌شود سوالات زیر را در ارتباط با مورد بحث کنید.

	<p>۱. چه اتفاقی افتاد؟ سقط خودبخوی بود یا القایی؟ نتیجه نهایی برای زن چه بود؟ (پاسخ‌ها با این سوالات باید پیامد را توصیف کند)</p>
	<p>۲. چگونه زن اداره شد؟ چه پروسیجری جهت درمان سقط ناقص استفاده شد؟ چگونه عوارض اداره شدند (مثل شوک، خونریزی، آسیب داخل شکمی، سپسیس)؟ (پاسخ به این پرسش‌ها باید فرآیند را توصیف کند)</p>
	<p>۳. نکات اصلی عملکرد مامایی با توجه به اداره مورد چه بودند؟ (پاسخ به این پرسش باید ارتباط بین فرآیند و پیامد را توصیف کند)</p>
	<p>۴. آیا بیمار به بهترین نحو ممکن اداره شد؟ اگر نه، چه باید انجام شود؟ اگر زن فوت کرد، چه کاری باید برای پیشگیری از این انجام شود؟ (پاسخ به این سوالات باید درس‌های آموخته شده را توصیف کند)</p>

آموزش‌ها برای کار گروهی

هر گروه باید:

- ۱- یکی از اعضای گروه را به عنوان رئیس جهت تسهیل نمودن بحث گروهی انتصاب کند.
- ۲- یکی از اعضای گروه را جهت ارائه گزارش به کلاس در مورد پیامد کار گروهی انتصاب کند.
- ۳- **A** یا **B** (بسته به این که آیا موردی را که شما ارائه کردید یک پیامد مثبت یا منفی داشت؟)، و **C** را بحث کند.
- ۴- فعالیت گروهی را در ۴۵ دقیقه کامل کند.

مطالعات موردی در اداره اکلامپسی

A. در مواردی که مادر زنده ماند:

- کدام اقدامات زندگی مادر را نجات داد؟
- چه چیزی این اقدامات را امکان پذیر کرد؟
- چه چیزی بیشتر از این جهت سالم‌تر کردن مراقبت برای زنان در آینده می‌تواند انجام شود؟

B. در مواردی که مادر فوت کرد:

- ۱- علت مرگ چه بود؟
- ۲- چه عواملی منجر به مرگ زن شدند؟
- ۳- مشکلات در رابطه با فراهم کردن مراقبت نجات‌بخش زندگی چه بودند؟
- ۴- به منظور اجتناب از این مشکلات در آینده، لازم است چه چیزی انجام شود؟

C. بازتاب در عمل:

- ۱- چیزهای اصلی را که شما از طریق این مطالعات موردی آموخته‌اید، لیست کنید.
- ۲- لیستی از توصیه‌هایی را ارائه کنید که فکر می‌کنید در اداره سالم‌تر سقط ناقص در محل عملکرد شما کمک‌کننده خواهد 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 ای 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 استاندارد 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 مورد انتظار 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 میکروارگانیسم‌های زنده که باکتری‌های پاتوژن را تخریب می‌کنند یا رشد آنها را مهار می‌کنند.

Antibody

پروتئینی که در بدن برای مقابله با میکروارگانیسم‌ها یا مواد خارجی که ممکن است وارد بدن شوند ساخته می‌شود. در بارداری آنتی‌بادی‌های مادر در موقعیت‌های ویژه‌ای از طریق جفت به جنین انتقال می‌یابند که در چند ماه اول زندگی به جنین در برابر بعضی از بیماری‌ها، ایمنی غیرفعال می‌دهد.

Anticonvulsant drug

دارویی که تشنج را کنترل می‌کند.

Antihypertensive

دارویی که برای کاهش فشارخون تجویز می‌شود.

Antipyretic

دارویی که برای کاهش تب تجویز می‌شود.

Antiseptic

ماده‌ای که به وسیله کشتن باکتری‌های مخصوص روی پوست یا در بافت‌های بدن از عفونت جلوگیری می‌کند. مواد ضدعفونی شامل اسپری‌های جراحی، کلروهگزیدین و ید می‌باشد.

Annurria

هیچ ادراری در کلیه‌ها تولید نمی‌شود. این موقعیت پرخطر زندگی ممکن است با اورژانس‌های زایمانی مثل وجود هموراژی، اکلامپسی و شوک سپتیک در ارتباط باشد.

Apex

مرتفع‌ترین موقعیت.

Apnoea

عدم تنفس

Aseptic technique or asepsis

روش‌های ضدعفونی به محافظت‌های امنیتی مخصوصی برمی‌گردد که برای کاهش باکتری‌های موجود در محیط مخصوصاً در زایمان و عمل‌های جراحی به کار گرفته می‌شود.

Asphyxia

وضعیتی که در آن اکسیژن خون کاهش می‌یابد و دی‌اکسیدکربن خون افزایش می‌یابد. اگر جنین هنگام تولد در تنفس کردن شکست بخورد از آسفسکی رنج می‌برد و نیاز حاد به احیا پیدا می‌کند.

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 آتونیک، به دلیل انقباضات ناکافی رحمی از محل جفت و در نتیجه عدم فشردن رگ‌های خونی ایجاد شده و خونریزی غیرقابل کنترل می‌شود. هر موقعیتی که با انقباضات رحمی تداخل ایجاد می‌کند مثل باقی ماندن جفت در رحم، رحم را مستعد خونریزی ناشی از آتونیک 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 پذیرفته شده مراقبتی هستند یا بر آنها تأثیر می‌گذارند.

Axilla

زیر بغل

B

Bacteria

از نظر میکروسکوپی ارگانسیم‌های 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 کشیده شده 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

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 مجسمه 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 زنجیره‌ای 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 مثلثی 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 حادثترین 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 sacrum)

تورفتگی سطح قدامی ساکروم

Humerus

استخوانی که از شانه تا آرنج گسترش یافته است.

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 به وسیله 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 شده‌است اتفاق افتاده باشد.

Induced labour

زایمانی که بطور مصنوعی توسط استفاده از داروهای اکسی‌توسیک 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 هیپرتانسیون 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 پرینه انجام می‌شود.

Internal

در سمت داخل

Intrapartum

حین زایمان اتفاق می‌افتد.

Intraperitoneal

داخل حفره پریتونئال یا صفاق

Intrauterine 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 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 کناره‌های 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 کتون در ادرار.

Kyphosis

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

L

Laparotomy

انسزیوم (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 سرری 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 ساب‌آرکنوئید که در بین مهره‌های سوم و چهارم کمری می‌باشند، وارد می‌کنند 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 فول‌ترم موجود می‌باشد. مکنونیوم شامل رنگ صفرا، نمک، موکوس، سلولهای اپی‌تلیال و مقداری مایع آمنیون 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 خواهدیافت. 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 آورده است.

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 داده شود.

Nullipara

زنی که هیچ بچه دارای قابلیت حیات را بدنیا نیاورده است.

O

Obesity

چربی اضافی بدن. وزن بدست آمده بیش از میزانی است که با قد و سن و استخوان‌بندی متناسب باشد.

زن چاق در حاملگی در معرض خطرهای بیشتری مثل افزایش فشارخون می‌باشد.

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 اکسی‌پوتال (به عبارت دیگر برجستگی که می‌تواند در پشت سر در استخوان اکسی‌پوتال لمس شود) می‌باشد هنگامی که سر فلکسیون پیدا نکرده است این قطر نمایش داده می‌شود و ۱۱/۵ cm اندازه‌گیری می‌شود.

Occiput

ناحیه‌ای از سر که برای اتصال به گردن زیر فونتانل خلفی قرار می‌گیرد.

Oedema

مایع اضافی در بدن می‌باشد که سبب افزایش وزن و افزایش فشار در حفره‌ها می‌شود. معمولاً در حاملگی بر پاها و مچ پا اثر می‌گذارد، اما ممکن است ژنرالیزه بوده و بر دست‌ها و صورت نیز اثر بگذارد. آن دیگر نشانه پره‌اکلامپسی نیست به خاطر اینکه ادم در اکثر حاملگی‌ها شایع می‌باشد.

Offensive

استشمام بوی بسیار بد

Oliguria

کاهش دفع ادرار. ممکن است با نقص عملکرد کلیه در ارتباط باشد که از عوارض جدی هموراژی، پره‌اکلامپسی، 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 قسمت‌های نرم استخوان می‌شود.

Otitis media

عفونت گوش میانی بوده که معمولاً از عوارض عفونت مجرای تنفسی فوقانی می‌باشد. تب و درد گوش از نشانه‌های آن می‌باشند.

Oxygen

گازی بی‌رنگ و بی‌بو هست که برای زندگی ضروری هست و ۲۱٪ از اتمسفر را تشکیل می‌دهد و هنگام تنفس به داخل ریه‌ها کشیده می‌شود سپس در خون حرکت می‌کند و به همه بافت‌های بدن اکسیژن رسانی می‌کند. کمبود اکسیژن (هیپوکسی) سبب سیانوز و کبودی رنگ غشاهای مخاطی می‌شود، اما نبود اکسیژن (آنوکسی) سبب مرگ می‌شود که شایع‌ترین 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 ژنییتال 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

Perinneum

ناحیه‌ای که از قوس پوبیس تا کوکسیکس و بافت‌های زیرین گسترده شده‌است. در زایمان جسم پرینه، هرم فیبرو 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 پریتونئوم (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 پوبیس 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 abruptio

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 خواهد شد 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 شده است.

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 نظر گرفتن اینکه آیا زایمان شروع شده است 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

آنتی ژنی که در گلبول‌های قرمز اکثر مردم وجود دارد. افرادی که این آنتی ژن 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 کندی 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 پهلوئی چپ

Semi-recumbent position

دراز کشیدن در حالی که سر و شانه ها بلند شده است.

Septic shock

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

Septicaemia

حضور و تکثیر میکروارگانیسم های مضر در خون که سبب تب خیلی بالا و یا افت دمای بدن شود. اگر سپتی سمی درمان نشود می تواند منجر به کما و مرگ شود.

Shok

یک موقعیت پر خطر در زندگی که در اثر ناتوانی سیستم گردش خون برای خون رسانی کافی به ارگان های حیاتی (مخصوصاً مغز و کلیه) مشخص می شود.

Hemorrhage shok

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

Septic shok

شوکی سپتیک، شوکی می باشد که به علت عفونت سراسری و در نتیجه فعالیت باکتری های پاتوژن در سیستم عروقی است.

Sinciput

ابرو، پیشانی

Sinusitis

عفونت سینوس ها (حفره های هوایی در استخوان های مغزی، در هر ۲ طرف بینی و بالای چشم)

Sitz bath

ممکن است بعد از زایمان برای کاهش درد ناشی از اپی زیوتومی یا پارگی پرینه، ناحیه ژنیتال در یک تشت آب گرم تمیز قرار داده شود.

Smear

نمونه ای از سلول های سطحی واژن یا سرویکس که می تواند بصورت میکروسکوپی معاینه شود و اطلاعاتی در باره ی میزان هورمون ها و بیماری های بدخیم ابتدایی بدهد.

Sodium lactate

محلول سدیم لاکتات، سدیم کلراید، پتاسیم کلراید، کلسیم کلراید که می تواند توسط انفوزیون داخل وریدی داده شود.

Sonar

واژه ای برای مافوق صوت در تشخیص های پزشکی

Spasms

انقباض های سریع، ناگهانی و غیرارادی عضلات.

Specific gravity

وزن نسبی هر ماده ای (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 می رود.

Splint

بخشی از یک وسیله غیرقابل حرکت مثل چوب که برای ثابت نگه داشتن بخش متحرک بدن استفاده می شود.

Sputum

ماده ای که از ریه ها، برونش ها و نای، از طریق دهان خارج می شود.

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.

Symphiotomy

یک برش جراحی در سمفیزیوپوبیس 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 غیرقابل اجتناب می‌باشد که در نهایت منجر به مرگ می‌شود.

Tocolytic agent

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

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 (بی‌ضرر) 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 برمی گردد و فوندوس رحم شروع به فشردن سرویکس می کند و به داخل و بیرون واژن پرولاپس می کند که از موارد اورژانس مامائی بوده و منجر به ایجاد شوک می شود. در صورت امکان رحم باید هر چه سریعتر به محل خودش باز گردد.

V

Vacuum extraction

پروسه ای که در آن یک کلاه آهنی به سر بچه متصل می شود و از طرف دیگر به واکیوم وصل می شود. کشیدن ملایم زنجیر متصل به کلاه حین انقباضها منجر به نزول سر جنین در مجرای زایمانی می شود. 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 می کند. واژن ۴ فورنیکس، یک فورنیکس قدامی، یک خلفی و ۲ فورنیکس جانبی دارد.

Varicose veins

وریدهایی که به طور غیرمعمول خمیده و پیچیده شده اند. اگر در حاملگی دردناک باشد باید به خانم حامله استفاده از مواد حمایتی مثل جوراب های 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

ناحیه ای از سر می باشد که بین فونتانل های خلفی و قدامی و بین دو برجستگی استخوان های پاریتال قرار دارد که در هر طرف سر یکی از این برجستگی ها قرار دارد. در زایمان طبیعی وقتی سر به خوبی فلکسیون می یابد پرزانتاسیون ورتکس می باشد.

Virus

عامل عفونی کوچکی که در سلول های زنده رشد می کند. ویروس ها ممکن است در حاملگی از جفت عبور کرده و سبب آنومالی های جنین مخصوصاً در سه ماهه اول بشوند.

Vitamins

جزء مواد غذایی ضروری می باشند. همه ویتامین های A B C D E و K برای تغذیه و سلامت ضروری هستند و کمبودشان سبب مشکلات جسمی متنوعی می شود.

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 می شود که ممکن است به دلیل ترانسفوزیون بیش از حد باشد و می تواند منجر به تهوع و استفراغ و در مواردی منجر به کما و تشنج شود.

ضمیمه: سوالات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سوالات پیش و پس‌آزمونی (و پاسخ‌ها) که در ادامه بعنوان مثال‌هایی ارائه شده است، طیف گسترده و کاملی از سوالات که باید در پیش و پس‌آزمون گنجانده شود، تلقی نمی‌شود، بهتر است شما انتخاب کنید و از آنها به عنوان یک روش ارزیابی دانشجویان استفاده کنید. شما ممکن است تمایل داشته باشید که از این سوالات به همراه سایر سوالات مرتبط با محتوای این مدل برای ایجاد پایه‌ای برای دانش نظری دانشجویان استفاده نمایید. سوالات استفاده شده در پیش‌آزمون بایستی مجدداً در پس‌آزمون برای تعیین تغییرات در دانش نظری استفاده شوند. همچنین مدرس ممکن است تمایل داشته باشد که سوالات بیشتری را برای پس‌آزمون استفاده کند.

هر زمانی که شما از مدل آموزشی اداره‌ی سقط ناقص استفاده می‌کنید، مهم است که حداقل در تعدادی از سوالات پیش و پس-آزمون تغییراتی بدهید. این امر به ویژه، در ارتباط با مدارسی است که در آن دانشجویان به طور مرتب با یکدیگر در مورد محتوای سوالات و امتحانات در ارتباط هستند؛ به عنوان مثال، مدارس مامایی و پرستاری.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون نباید برای خروج سایر گزینه‌های ارزیابی دانشجویان استفاده گردد. اگر از همه‌ی گزینه‌ها استفاده نمی‌شود، استفاده از حداقل برخی از آن‌ها در فواصل زمانی مدل‌ها، برای ارزیابی پیشرفت دانشجویان در طول دوره مطالعه مهم است. علاوه بر این، لازم است به یاد داشته‌باشید که ارزیابی صلاحیت بالینی به منزله جزء مهم از ارزیابی دانشجویان در این مدل و مدل‌های تکنیکی دیگر می‌باشد.

سوال ۱: سقط چیست؟

پاسخ: اصطلاحی که به ختم بارداری به هر علتی قبل از سازگاری جنین با زندگی خارج از رحم اشاره می‌کند.

سوال ۲: سقط ناقص چیست؟

جواب: سقط ناقص معمولاً در سه ماهه دوم بارداری اتفاق می‌افتد و شامل خروج نسبی محصولات حاملگی است.

سوال ۳: سه علامت یا نشانه سقط ناقص چیست؟

جواب: خونریزی واژینال، کرامپ‌های شکمی، درد پایین شکم

سوال ۴: سقط غیرایمن چیست؟

جواب: اصطلاحی است که به ختم بارداری توسط شخصی که مهارت‌های لازم را نداشته یا در محیطی فاقد استانداردهای مراقبتی حداقل یا به هر دو مورد اشاره می‌کند.

سوال ۵: روزانه در سراسر جهان چند مورد سقط اتفاق می‌افتد؟

جواب: ۵۵۰۰۰

سوال ۶: چند درصد از سقط‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد؟

جواب: ۹۵٪

سوال ۷: آسپیراسیون با واکيوم دستی چیست؟

جواب: روشی که شامل استفاده از ساکشن برای خارج کردن بافت و خون از رحم از طریق کانول و به داخل سرنگ است.

سوال ۸: مشکلات تهدیدکننده حیات مرتبط با سقط چیست؟

جواب: شوک، هموراژی، سپسیس، آسیب داخل شکم

سوال ۹: چه روش پیشگیری از بارداری بعد از سقط می‌تواند استفاده شود؟

جواب: تمام روشها می‌توانند مدنظر قرار گیرند. هیچ عوارضی که نیازمند درمان بیشتر باشد وجود ندارد، غربالگری مناسب از نظر کنتراوندیکاسیون‌ها برای هر روشی انجام شده و مشاوره خوب ارائه می‌شود.

سوال ۱۰: چه مدت زمانی بعد از سقط آمپول‌های تزریقی پیشگیری از بارداری می‌تواند تجویز شود؟

جواب: بلافاصله

سوال ۱۱: سه مورد که در آن MVA بایستی با احتیاط و فقط در تسهیلات بهداشتی با پشتیبانی اورژانسی استفاده شود را نام ببرید؟

جواب: تاریخچه‌ای از اختلالات خونریزی‌دهنده، کم‌خونی شدید، ناپایداری سیستم همودینامیک بعلت بیماری قلبی

سوال ۱۲: پنج مزیت MVA بر دیلاتاسیون و کورتاژ (D&C) در درمان سقط ناقص را نام ببرید؟

جواب: کاهش خطر پرفوراسیون رحم

استفاده کمتر از داروهای کنترل درد

کاهش هزینه‌های بیمارستانی

می‌تواند بصورت سرپایی یا پروسیچر درمانی در مطب باشد

کاهش میزان عوارض

سوال ۱۳: حداقل سه تکنیک ارتباط غیر کلامی را نام ببرید؟

جواب: نشستن در وضعیت قائم، صحبت کردن و نگاه کردن مستقیم به بیمار

ایجاد حرکات تشویقی مانند تکان و یا خم شدن به جلو

استفاده از تون صدا که نشان‌دهنده علاقه و نگرانی باشد

اجتناب از حرکات منحرف مانند بی‌قراری

اجتناب از نگاه کردن به ساعت یا کاغذهای روی میز یا اطراف اتاق

اجتناب از اخم، خمیازه کشیدن، و یا بیان خستگی.

سوال ۱۴: سه موردی که بایستی کارکنان بهداشتی دست‌های خود را بشویند نام ببرید؟

جواب: قبل از پروسیجر

قبل از پوشیدن دستکش

قبل از هر پروسیجری

سوال ۱۵: سه راه برای کاهش اضطراب زن در طول MVA را نام ببرید؟

درمان آرام

ارتباط خوب و دادن اطمینان خاطر توسط تیم سلامت

استفاده از داروهای ضد اضطراب

سوال ۱۶: سه هدف ارزیابی بیمار چیست؟

دادن تشخیص صحیح

تعیین درمان مناسب

هشدارها در درمان مانند حساسیت دارویی.

سوال ۱۷: دو معیار مهم در انتخاب کاتول با سایز مناسب را لیست کنید؟

جواب: سایز رحم بایستی توسط معاینه دودستی رحم اندازه‌گیری شود

درجه اتساع دهانه‌ی رحم

سوال ۱۸: چهار عارضه احتمالی در بیماران با سقط ناقص را نام ببرید؟

جواب: عفونت و/ یا سپسیس

پرفوراسیون رحم

هموراژی

آسیب داخل شکمی

شوگ

سوال ۱۹: دو روش عفونت‌زدایی سطح بالا برای تجهیزات MVA را نام ببرید؟

جوشاندن

شیمیایی مانند کلرین یا سیدکس^۱

سوال ۲۰: سه جزء مراقبت بعد از سقط را نام ببرید؟

جواب: درمان اورژانسی عوارض بعد از سقط

خدمات و مشاوره تنظیم خانواده بعد از سقط

ایجاد ارتباط بین خدمات اورژانسی بعد از سقط و سایر خدمات بهداشت باروری (سیستم ارجاع خوب)