

محتوای آموزشی برای مدرسین مامایی

مدل‌های آموزشی مامایی - چاپ دوم

اداره سپسیس نفاسی



دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اصول آموزشی برای مریبان مامایی

مدل‌های آموزش مامایی – ویرایش دوم

اداره‌ی سپسیس نفاسی

دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

به نام خدا

انتشار توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸

تحت عنوان:

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

سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۸

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

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

اداره سپسیس نفاسی

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

ویراستار: دکتر مژگان میرغفوروند

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

سال ترجمه و انتشار: ۲۰۱۳-۲۰۱۴

*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 سپسیس نفاسی از مباحث مهم درسی دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی است. در این مدل، آموزش دانشجویان پس از بیان اهداف و ارائه درس توسط مجموعه‌ای از روش‌های تدریس و ارائه دستورالعمل‌های کار گروهی در جلسات متعدد از طریق بازدیدهای جامعه و بررسی نیازهای واقعی جامعه، نوشتن موارد لازم و بحث و گفتگو و نتیجه‌گیری نهایی انجام می‌گیرد.

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

شناخت سپسیس نفاسی..... ۱۹

جلسه ۲:

عوامل قابل اجتناب..... ۳۱

جلسه ۳:

شناسایی مشکل..... ۴۰

جلسه ۴:

اداره سپسیس نفاسی..... ۶۹

جلسه ۵:

یادگیری مهارت‌های بالینی..... ۹۴

جلسه ۶:

مطالعات موردی..... ۱۲۷

واژه‌نامه..... ۱۳۴

ضمیمه: سوالات پیش و پس از آزمون..... ۱۵۷

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 - آموزش‌های دانشجویان و کاربرگ‌ها، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

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

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



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

دستورالعمل‌هایی برای فعالیت‌های فردی یا گروهی ارائه می‌کند.

محتوای مدل‌ها

مامایی جامعه‌نگر

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

اداره‌ی خونریزی پس از زایمان

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

اداره‌ی زایمان طول کشیده و متوقف‌شده

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

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

اداره‌ی عفونت نفاسی

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

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

اداره‌ی اکلامپسی

این مدل با توضیح بیماری پره‌اکلامپسی و اکلامپسی شروع می‌شود. سپس محتوا، عوامل مستعدکننده اکلامپسی، نحوه شناسایی و افتراق آن از سایر وضعیت‌ها، نحوه پیشگیری از آن و در صورت وقوع، نحوه اداره آن را تحت پوشش قرار می‌دهد.

مهارت‌های خاص برای پیشگیری و مدیریت اکلامپسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر ابتلا به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، مشاهدات مامایی و مراقبت و مشاهده در زمان مناسب. مهارت‌های عمومی در این مدل عبارتند از: گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، تجویز داروهای لازم، کاتتریزاسیون ادراری، پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی، احتیاط‌های کلی برای پیشگیری از عفونت و نگهداری مستندات.

اداره‌ی سقط ناقص

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

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

روش‌های تدریس - یادگیری

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

سخنرانی‌های تعدیل‌شده

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

تدریس خصوصی (Tutorials)

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

تمرین‌های عملی

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

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

نمایش و ایفای نقش

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

مطالعات موردی

مدل‌های تکنیکی به دانشجویان فرصتی را برای ارائه مطالعات موردی به عنوان پایه‌ای برای ارزیابی اثربخشی مراقبت در شرایط خاص مهیا می‌کند. دانشجویان قادر خواهند بود تا از تجربه شخصی خود و نیز از تجربه دیگران یاد بگیرند. هدف از مطالعات موردی انتقاد از عملکرد دیگران نیست؛ در عوض، دانشجویان باید تشویق شوند تا در عملکرد گذشته نگاه کنند و ببینند چه درس‌هایی را می‌توان برای آینده آموخت. مطالعات موردی باید بر اساس پرونده مراجعه‌کننده انتخاب شوند تا اداره شرایط خاص (به عنوان مثال اکلامپسی) را نشان دهند. لازم به ذکر است که اطلاعات مددجو باید در طول ارائه مطالعات موردی محرمانه نگه داشته شوند.

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری ابزار تعاملی و لذت بخشی را برای دانشجویان جهت به دست آوردن دانش جدید، و برای مرور کردن و تحکیم دانش موجود ارائه می‌دهند. بازی‌ها و پازل‌های یادگیری در مدل‌ها برای 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 استفاده‌کننده 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. شناخت سپسیس نفاسی	سخنرانی، بحث ویزیت در جامعه	یک ساعت نصف روز
۲. عوامل قابل اجتناب	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی بازخورد، بحث	نیم ساعت ۱ ساعت ۱ و نیم ساعت
۳. شناسایی مشکل	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی، بازخورد، بحث آموزش بالینی	نیم ساعت ۲ ساعت ۱ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان
۴. اداره‌ی سپسیس نفاسی	سخنرانی، بحث	۲ ساعت
۵. یادگیری مهارت‌های بالینی	سخنرانی آموزش بالینی	۲ ساعت ۱ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان برای هر مهارت
۶. مطالعات موردی	مطالعات موردی، بحث، کار گروهی، بازخورد آموزش اختیاری	۳ ساعت ۱ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان

سخن آغازین

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

Aims - هدف اختصاصی جلسه

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

طرح درسی - طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع - 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.

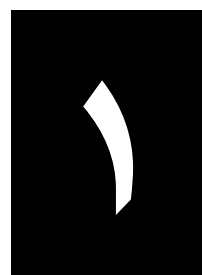
ماده تکمیلی برای مدرس: جزئیاتی از محتوای آموزشی را برای هر ۲ روش تئوری و عملی ارائه می‌دهد.

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

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

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

شناخت سپیس نفاسی



جلسه ۱

شناخت سپسیس نفاسی

اهداف کلی

- قادر ساختن دانشجویان به شناخت چگونگی وقوع سپسیس نفاسی و خطرات این عارضه
- قادر ساختن دانشجویان به شناخت اهمیت تشخیص و درمان فوری به منظور نجات زندگی‌ها

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه اول، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- سپسیس نفاسی را تعریف کنند و از باکتری‌های متفاوت ایجاد کننده آن مثال بیاورند.
- تفاوت بین باکتری‌های آندوژن و اگزوژن را توضیح دهند.
- توضیح دهند که چگونه باکتری‌های آندوژن می‌توانند مضر شوند و چگونه باکتری‌های اگزوژن می‌توانند به واژن وارد شوند.
- چگونگی وقوع سپسیس نفاسی را توضیح دهند.
- توضیح دهند که چرا زنان تازه زایمان کرده به سپسیس نفاسی بسیار آسیب‌پذیر هستند.
- علل احتمالی تب دوران نفاسی را که به طور مستقیم با زایمان مرتبط نیستند را فهرست نمایند.
- وسعت سپسیس نفاسی را در جامعه بررسی کنند.

برنامه

سخنرانی، بحث (یک ساعت)

ویزیت در جامعه و بیمارستان / ویزیت در تسهیلات بهداشتی برای بررسی مدارک (نصف روز)

منابع

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

توضیح دهید که سپسیس نفاسی یکی از علل اصلی مرگ و میر مادر و مسؤل ۱۵٪ از کل مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه است. اگر آن باعث مرگ هم نشود، می‌تواند مشکلات سلامتی طولانی مدت مانند بیماری التهابی لگن مزمن (PID) و ناباروری ایجاد کند.

بی‌نهایت مهم است که ماماها قادر باشند که از سپسیس نفاسی پیشگیری کنند و آن را به طور فوری درمان نمایند.

اولین بخش از این جلسه شامل آموزش در مورد سپسیس نفاسی و چگونگی وقوع آن است، پس یک ویزیت در جامعه به منظور بررسی وسعت سپسیس نفاسی در جامعه ترتیب داده شود.

تعریف سپسیس نفاسی (متریت)

سپسیس نفاسی، هرگونه عفونت باکتریال مجاری ژنیتال است که بعد از تولد کودک اتفاق می‌افتد. آن معمولاً بیش از ۲۴ ساعت بعد از زایمان و قبل از بروز نشانه‌ها و علائم است، اما اگر خانمی پارگی طول کشیده پرده‌ها یا زایمان طولکشیده بدون استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک داشته‌باشد، بیماری ممکن است زودتر هم نمایان شود.

باکتری‌هایی که باعث سپسیس نفاسی می‌شوند

برخی از شایع‌ترین باکتری‌ها عبارتند از:

- استرپتوکوک‌ها
- استافیلوکوک‌ها
- اشریشیاکولی (ECOLI)
- کلستریریدیوم تتانی
- کلستریدیوم ولچی
- کلامیدیا
- گنوکوک (باکتری که باعث بیماری منتقل شونده از راه جنسی می‌شود)
- در ایجاد سپسیس نفاسی، بیش از یک نوع باکتری ممکن است نقش داشته‌باشد.

- باکتری‌ها ممکن است آندوژن یا اگزوژن باشند.

باکتری‌های آندوژن

شامل باکتری‌هایی هستند که به طور طبیعی در واژن و رکتوم زندگی می‌کنند بدون اینکه ایجاد آسیب کنند (برای مثال برخی از انواع استرپتوکوک‌ها و استافیلوکوک‌ها، اشریشیاکولی، کلوستریدیوم ولجی)

حتی هنگامیکه زایمان به طریق تمیز انجام می‌گیرد، عفونت باز هم می‌تواند به وسیله باکتری‌های آندوژن ایجاد شود.

باکتری‌های آندوژن می‌توانند مضر شوند و ایجاد عفونت کنند اگر:

- آنها به رحم منتقل شوند، معمولاً از طریق واژن با معاینه انگشتی یا از طریق ابزارهای معاینات لگنی
- آسیب بافتی، برای مثال وجود بافت ساییده شده، پاره شده یا مرده (به عنوان مثال بعد از یک زایمان تروماتیک یا متعاقب زایمان انسدادی)
- وجود پارگی طولانی مدت پرده‌ها که در اینصورت میکروارگانیسم‌ها می‌توانند وارد رحم شوند.

باکتری‌های اگزوژن

شامل باکتری‌هایی هستند که از بیرون به واژن راه می‌یابند:

- از طریق دست‌های آلوده و ابزارهای غیراستریل
- از طریق قطرات عفونی (برای مثال عطسه و سرفه کارکنان بهداشتی به دست‌هایشان بلافاصله قبل از معاینه)
- به وسیله اشیاء خارجی که به واژن وارد می‌شوند (برای مثال گیاهان، روغن، پارچه)
- از طریق فعالیت جنسی

دانشجویان باید از مشکل کزاز پس از زایمان و بیماری‌های منتقل شونده از راه جنسی که هر دو به وسیله باکتری‌های اگزوژن ایجاد می‌شوند، آگاه باشند.

کزاز پس از زایمان عفونت مادر یا کودک است که به وسیله کلوستریدیوم تتانی ایجاد می‌شود. باسیل تتانوس که در روده حیوانات یا انسان رشد می‌کند بالاخص در نواحی روستایی شایع است. آنها در خاک و گرد و غبار یافت می‌شوند و توسط مدفوع حیوان یا انسان گسترش می‌یابند. ارگانیسم از طریق پارگی یا شکاف به پوست وارد می‌شود. در موارد سپسیس نفاسی، ارگانیسم ممکن است از طریق پارگی‌های مجرای تناسلی یا از طریق محل جفت ترمیم نیافته وارد شود. در بعضی از کشورها گیاهان یا

مواد دیگر را که ممکن است عفونی باشند در طی یا بعد از زایمان در واژن می‌گذارند و این باور اشتباه را دارند که آن مفید است. در کودکان محل ورود باسیل کزاز اغلب از بند ناف است، بویژه اگر آن با ابزار آلوده بریده‌شود یا در برخی فرهنگ‌ها از گیاهان یا مدفوع گاو (پهین) برای پوشاندن بندناف استفاده می‌شود.

کزاز یک بیماری حاد و اغلب کشنده است، اما به‌وسیله ایمونیزاسیون قابل پیشگیری است. وضعیت واکسیناسیون تمامی زنان باردار باید چک شود و اگر به طور کامل ایمونیزه نشده باشند، یک دوره از توکسوئید کزاز به آنها تلقیح شود. برنامه ایمونیزاسیون به شرح زیر است.

اولین تماس با زن در سنین باروری	توکسوئید کزاز ۱ (TT1)
حداقل ۴ هفته بعد از TT1:	توکسوئید کزاز ۲ (TT2)
حداقل ۶ ماه بعد از TT2:	توکسوئید کزاز ۳ (TT3)
حداقل ۱ سال بعد از TT3:	توکسوئید کزاز ۴ (TT4)
حداقل ۱ سال بعد از TT4:	توکسوئید کزاز ۵ (TT5)

در مناطقی که عفونت‌های منتقل شونده از طریق جنسی (STIs) (برای مثال گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس) شایع هستند، آنها بیشتر عفونت‌های رحمی ایجاد می‌کنند. اگر خانمی در طی بارداری به STIs مبتلا شود و درمانی صورت نگیرد، میکروارگانیزم‌های ایجادکننده بیماری در مجاری ژنیتال خواهند ماند و ممکن است پس از زایمان باعث عفونت شوند. می‌توان از عفونت‌های رحمی ایجاد شده توسط STIs با تشخیص و درمان مناسب در طی حاملگی پیشگیری نمود.

نشانه‌ها و علائم سپسیس نفاسی

نشانه‌ها و علائم زیر در سپسیس نفاسی رخ می‌دهند:

- تب (دمای ۳۸ درجه سانتی‌گراد و بالاتر)
- لرز و کسالت عمومی
- درد قسمت تحتانی شکم
- رحم تندر

▪ عدم برگشت رحمی

▪ لوشیای چرکی با بوی متعفن

نشانه‌ها و علائمی که ممکن است موجود باشند:

▪ خونریزی روشن واژینال

▪ شوک

عوامل خطر سپسیس نفاسی

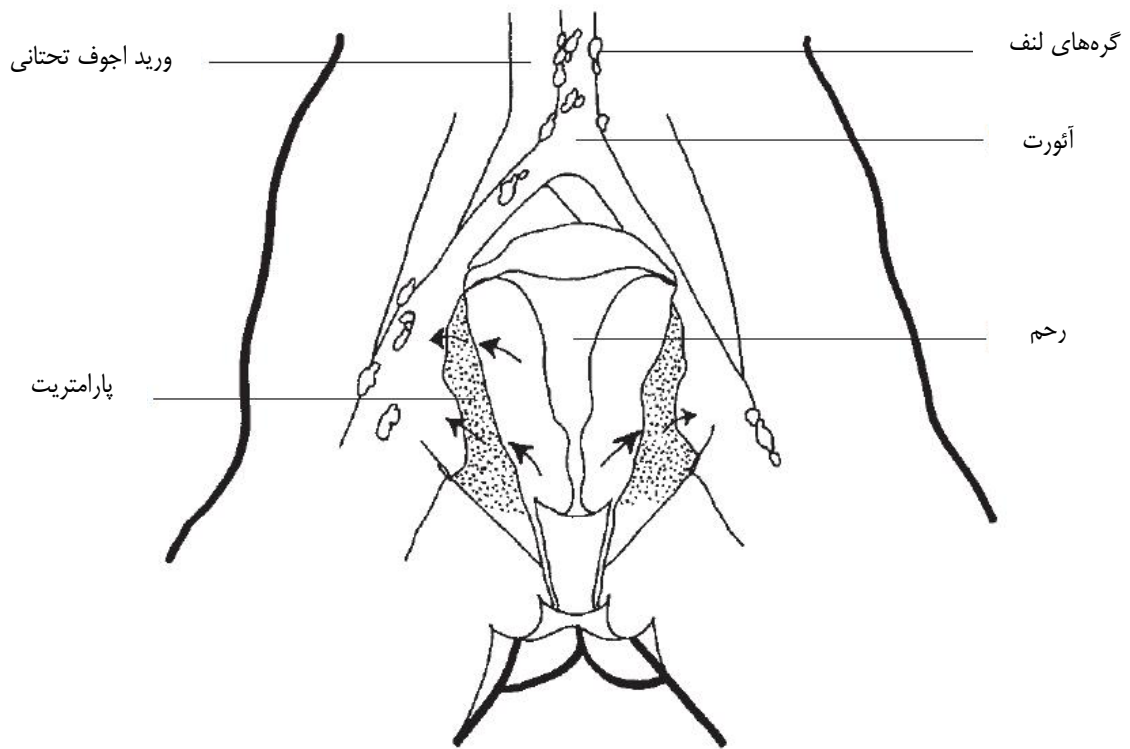
برخی زنان نسبت به سپسیس نفاسی بیشتر آسیب‌پذیر هستند، برای مثال زنانی که کم‌خون هستند یا سوء‌تغذیه دارند. برای مثال لیبر طولانی، پارگی طولکشیده پرده‌های جنینی، معاینات مکرر واژینال، زایمان تروماتیک، زایمان سزارین و تکه‌های باقیمانده جفتی همگی زمینه را برای عفونت نفاسی مستعد می‌کنند. عوامل خطر و چگونگی پیشگیری از آنها را در فصل ۲ ببینید.

چگونه سپسیس نفاسی واقع می‌شود

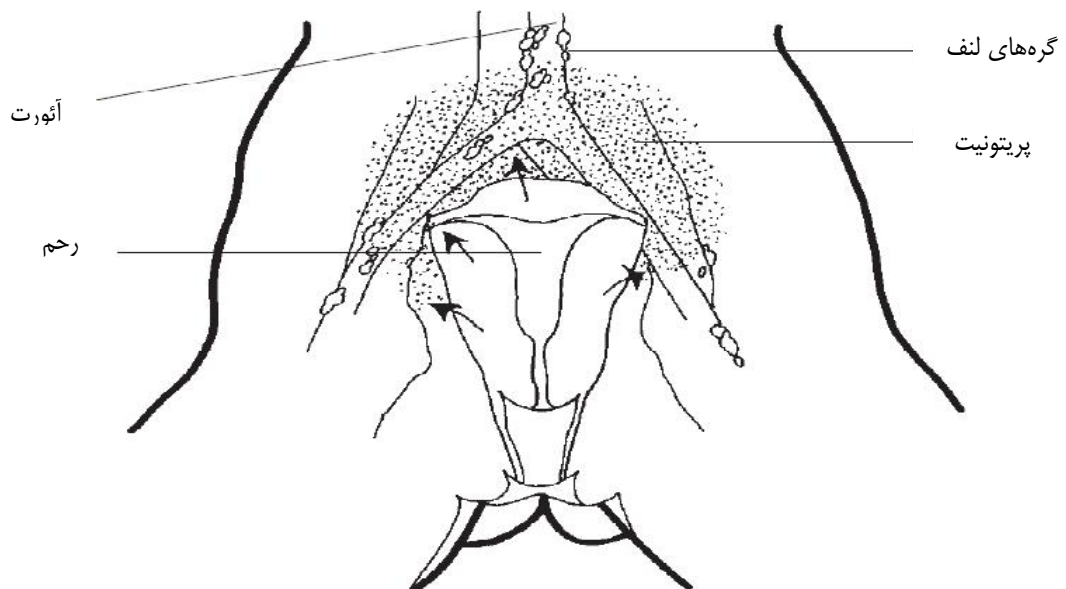
عفونت رحمی ممکن است قبل از شروع لیبر شروع شود. برای مثال در موارد پارگی پرده‌ها پیش از لیبر، در طی لیبر یا در دوره اولیه پس از زایمان قبل از التیام پارگی‌های مجرای ژنیتال و محل جفت واقع می‌شود.

در موارد پارگی پیش از لیبر پرده‌ها، اگر خانمی تب و ترشح واژینال با بوی متعفن داشت، بایستی آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان آمینونیوت و یا به عنوان یک روش پروفیلاکتیک برای کاهش خطر عفونت داده شود.

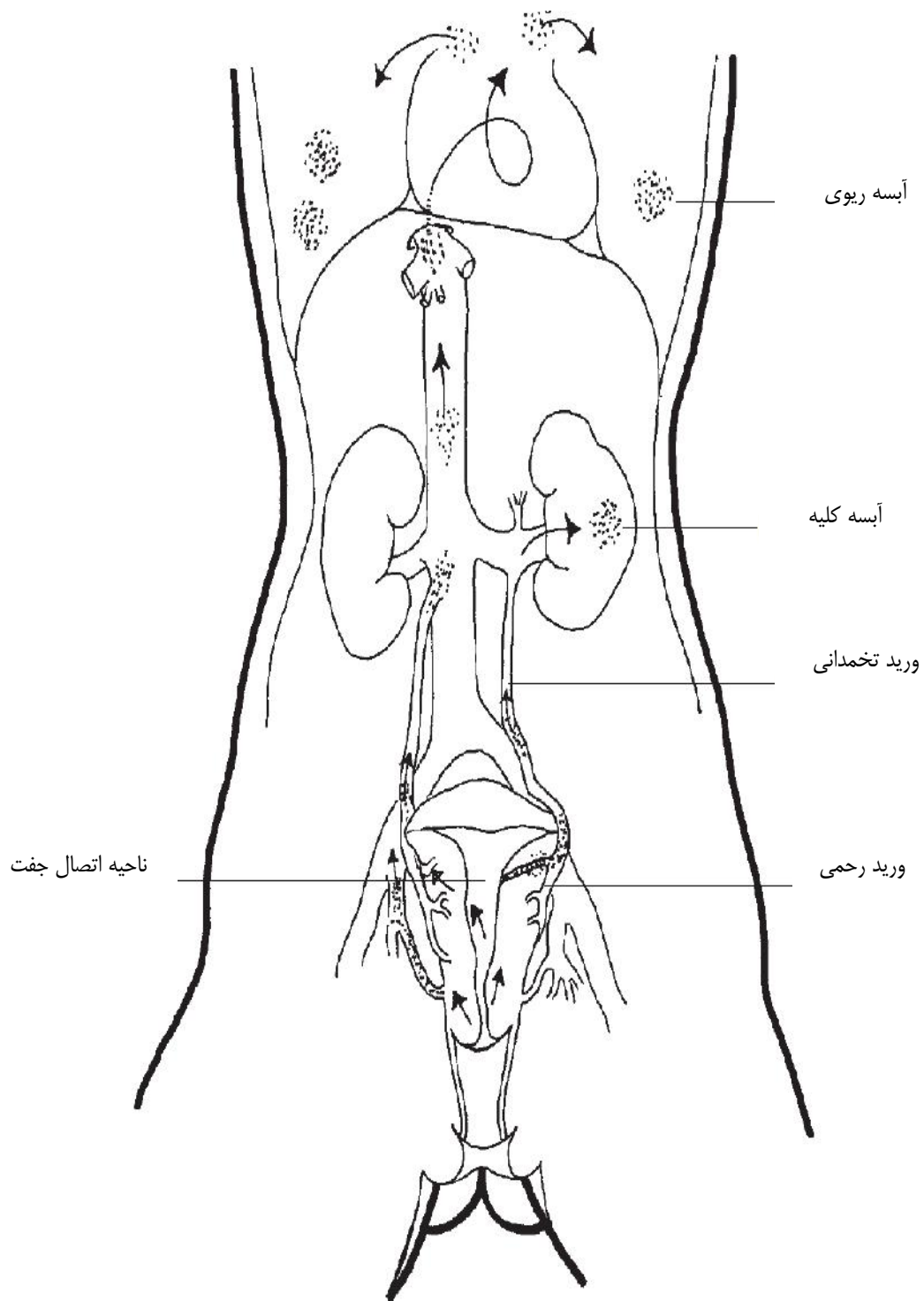
متعاقب زایمان، سپسیس نفاسی ممکن است در پرینه، واژن، سرویکس یا رحم مستقر شود. در صورت وجود ارگانیزم‌های کشنده، یا اختلال در مقاومت مادر، عفونت رحم می‌تواند به سرعت گسترش یابد. آن می‌تواند فراتر از رحم نیز گسترش یافته و لوله‌های فالوپ، تخمدان‌ها تا بافت سلولی لگن را گرفتار کند و پارامتریت ایجاد کند (شکل ۱.۱) یا پریتون را گرفتار کند و پریتونیت ایجاد کند (شکل ۱.۲) و به داخل جریان خون وارد شده و سپتی‌سمی ایجاد کند (شکل ۱.۳).



شکل ۱.۱: عفونت از دیواره رحمی گسترش یافته و پارامتریت ایجاد شده است



شکل ۱.۲: عفونت از دیواره رحمی و لنفاتیک‌ها گسترش یافته و پریتونیت ایجاد شده است



شکل ۱.۳: عفونت از طریق گردش خون وریدی گسترش یافته و سپتی سمی ایجاد شده است

ترومبوفلیت وریدهای رحمی می‌تواند لخته‌های عفونی را به ارگان‌های دیگر حمل کنند. عفونت شدید به وسیله شوک سپتیک و نارسایی انعقادی بیشتر عارضه‌دار شده و مشکلات خونریزی را افزایش می‌دهد. سپسیس نفاسی می‌تواند سریعاً کشنده باشد.

شکل‌ها را توضیح دهید و میزان درک دانشجویان را از آنها چک کنید. برای مثال تصور کنید که دیواره شکمی شفاف است و شخص می‌تواند از طریق آن عروق و ارگان‌ها را ببیند.

زنان بویژه در دوره پس از زایمان به دلیل عوامل ذیل به عفونت مستعد هستند:

۱. محل جفت بزرگ، گرم، سیاه و مرطوب است که فرصت رشد خیلی سریع را برای باکتری‌ها فراهم می‌سازد. آن محیط ایده‌آل برای کشت باکتری‌ها است. به منظور کمک به رشد و تکثیر باکتری‌ها، شرایط گرم، تاریک و مرطوب به طور مصنوعی در آزمایشگاه ایجاد می‌شود.

۲. محل جفت غنی از ذخیره خون است، با عروق خونی بزرگتر که به طور مستقیم به گردش خون وریدی اصلی تخلیه می‌شوند. این به باکتری‌های محل جفت اجازه می‌دهد که به سرعت به گردش خون وارد شوند. (شکل ۱.۳). این وضعیت سپتی‌سمی نامیده می‌شود. سپتی‌سمی می‌تواند خیلی به سرعت منجر به مرگ شود.

۳. محل جفت از طریق مجرای ژنیتال هم برای میکروارگانیسم‌های آندوژن و هم اگزوژن قابل دسترس است. فقط واژن (طول ۷-۱۰ سانتی متر) ورود به رحم را از پرینه و ولو جدا می‌کند. بنابراین استانداردهای بالای نظافت پرینه و ولو در طی لیبر و بعد از زایمان برای پیشگیری از ورود باکتری‌های مضر (برای مثال E.coli از رکتوم) به رحم و در نتیجه مرتبت ضروری است.

۴. در طی زایمان، زنان ممکن است متحمل پارگی‌هایی در سرویکس، واژن یا ناحیه پرینه شوند و یا اپی‌زیاتومی شده-باشند، این نواحی که دچار بافت تروماتیزه شده هستند، مستعد عفونت می‌باشند. بویژه اگر روش‌های ضد عفونی در طی معاینه واژینال و زایمان ضعیف باشد و این وضعیت با استانداردهای ضعیف نظافت پرینه و ولو در دوران اولیه پس از زایمان بدتر می‌شود. عفونت در آغاز لوکالیزه است، اما می‌تواند به بافت‌های زیرین و مجاور گسترش یافته و وارد جریان خون شده و سپتی‌سمی ایجاد کند.

علل دیگر تب در دوران پس از زایمان

تب دوران نفاس همچنین می‌تواند ایجاد شود به وسیله:

- عفونت مجاری ادراری (پیلونفریت حاد)
 - عفونت زخم (برای مثال اسکار سزارین)
 - ماستیت یا آبسه پستان
 - اختلالات ترومبوآمبولیک، برای مثال ترومبوفلیت یا ترومبوز ورید عمقی
 - عفونت‌های مجاری تنفسی (پنومونی)
 - سایر عوارض پزشکی، مانند مالاریا و تیفوئید
 - عفونت‌های مرتبط با ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV)
- چگونگی تشخیص علل مختلف تب در دوران نفاس را در جلسه ۳ ببینید.

خلاصه و بحث

از دانشجویان بخواهید که اگر سوالی دارند، بپرسند.

از دانشجویان بپرسید که آیا تا به حال یک خانم مبتلا به سپسیس نفاسی را دیده‌اند.

(دانشجویان ممکن است این عارضه را در مطب مامایی دیده باشند، بویژه اگر توسط ماماها آموزش ببینند. آنها ممکن است دوستان، خویشاوندان یا همسایگانی را بشناسند که از سپسیس نفاسی رنج برده‌اند). اگر آنها کسی را با سپسیس نفاسی دیده‌اند یا شناخته‌اند، از آنها در باره تظاهرات بیماری و پیامد آن سوال کنید.

تأکید کنید که در صورتی که زنان مرخصی زودرس داشته باشند، کارکنان ممکن است از وسعت مشکل آگاه نباشند!

به همین دلیل دانشجویان باید وارد جامعه شده و میزان بروز سپسیس نفاسی را بررسی کنند. آنها را مطلع کنید که چه زمانی این کار انجام می‌گیرد و چه زمانی آنها اطلاعات بیشتر در مورد این ویزیت دریافت خواهند کرد.

ویزیت جامعه

قبل از ویزیت

مطمئن باشید که تمامی تدارکات از جمله وسایل حمل و نقل قبلاً آماده شده است.

هنگامیکه ویزیت را ترتیب دادید، به دانشجویان آموزش‌های مکتوب شفاف در مورد اینکه چه چیزی در طی ویزیت و بعد از آن انجام می‌گیرد، ارائه دهید.

در طی ویزیت

آنها باید اشخاص زیر را ملاقات کنند:

- خانواده‌ها
- زنان مسن‌تر، مادرشوهرها
- رهبران جامعه
- سایر کارکنان بهداشتی در جامعه
- عاملین سنتی زایمان (TBAs= traditional birth attendants)
- اطباء سنتی، درمانگران

آنها باید سوالات زیر را بپرسند.

- آیا در سال گذشته خانمی بعد از تولد نوزاد (یا سقط) تب داشته است؟
- اگر چنین باشد، چه اتفاقی برای او افتاده است؟
- آیا او بهبود یافته است؟
- بهبودی او چه مدت طول کشید؟
- آیا او تاکنون مشکلاتی داشته است؟ (ممکن است مشکلات در حال پیشرفت ایجاد شده توسط عفونت مانند انسداد لوله-های رحمی ایجاد کننده نازایی، بیماری التهابی لگن وجود داشته باشد)
- آیا او درمان شده است؟
- او چه درمانی دریافت کرده است؟
- چه کسی او را درمان کرده است؟

به دانشجویان تأکید کنید که آنها باید سوالات را با حساسیت بپرسند. این بویژه در صورت مرگ خانم مهم است.

دانشجویان باید مشاهده خود را در دفتر تکالیف درسی یا دفتر یادداشت روزانه ثبت کنند. شما ممکن است همچنین دانشجویانی را انتخاب کنید و از آنها درخواست کنید که پرونده‌های تسهیلات بهداشتی محلی را در طی سال گذشته از نظر مدارک زنان درمان شده برای سپسیس نفاسی بررسی کنند. آنها باید دفتر ثبت پذیرش و سایر پرونده‌ها را در بخش‌های زیر بررسی کنند.

- بخش‌های زایمان
- بخش‌های زنان
- تسهیلات بهداشتی محلی، اگر در بالا بررسی نشده است.

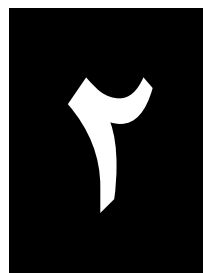
بعد از ویزیت

جلسه بازخورد ترتیب دهید. تمامی دانشجویان باید پاسخ‌های به دست آورده را با هم به اشتراک بگذارند.

با سوال در مورد اینکه آیا سپسیس نفاسی در این منطقه یک مشکل است، مطالب را خلاصه کنید.

می‌توان از سپسیس نفاسی پیشگیری نمود که موضوع جلسه بعدی است.

عوامل قابل اجتناب



جلسه ۲

عوامل قابل اجتناب

اهداف کلی

- قادر ساختن دانشجویان به شناخت عواملی که در مرگ مادر به علت سپسیس نفاسی نقش دارند و درک اینکه بسیاری از این مرگ‌ها قابل پیشگیری هستند.

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه سوم، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- عوامل قابل اجتناب، عوامل خطر، مرگ مستقیم مادری و مرگ غیرمستقیم مادری را تعریف نمایند.
- عوامل خطر سپسیس نفاسی را فهرست نموده و عوامل قابل اجتناب را مشخص نمایند.
- گام‌هایی که باید اتخاذ گردد تا بتوان از مرگ ناشی از عوامل قابل اجتناب شناخته شده پیشگیری نمود، را توضیح دهند.

برنامه

سخنرانی تعدیل شده، بحث (نیم ساعت)

کار گروهی (۱ ساعت)

بازخورد و بحث (یک و نیم ساعت)

منابع

آموزش‌ها برای دانشجویان

کاربرگ‌ها

مقدمه

اگر شما قبلاً دانشجویان را با تعاریف عوامل قابل اجتناب، عوامل خطر، مرگ مستقیم مادری و مرگ غیرمستقیم مادری در یکی از بخش‌های اختصاصی دیگر آشنا نموده‌اید. حالا شما باید این تعاریف را مرور کنید و سپس به بقیه مطالب این فصل بپردازید.

تعاریف

مطمئن شوید که دانشجویان تعاریف زیر را می‌فهمند.

عوامل قابل اجتناب

عواملی هستند که معمولاً در جاییکه انحراف از استانداردهای پذیرفته شده مراقبت وجود دارد، باعث مرگ مادر می‌شوند یا در آن نقش دارند.

عوامل خطر

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

مهم است که دانشجویان مطالب زیر را بفهمند:

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

مرگ مستقیم مادری

مرگ ناشی از عوارض مامایی مرتبط با حاملگی (حاملگی، زایمان و دوران نفاس) به علت مداخلات، سهل‌انگاری‌ها، مدیریت نادرست یا زنجیره‌ای از حوادث ناشی از هر یک از موارد فوق است.

مرگ غیرمستقیم مامایی

مرگ ناشی از بیماری موجود از قبل یا بیماری که در طی حاملگی ایجاد شده و به خاطر علل مستقیم مامایی نیست، اما به علت تغییرات فیزیولوژیک ناشی از حاملگی تشدید یا بدتر شده است.

مثال‌های عوامل قابل اجتناب را بپرسید و در مورد آنها بحث کنید و تأیید کنید که آنها واقعاً قابل اجتناب هستند. برای مثال:

- پارگی طول کشیده پرده‌ها بایستی زودتر تشخیص داده شده و در صورتیکه پرده‌ها به مدت ۱۸ ساعت یا بیشتر پاره شده باشد، خانم با آنتی‌بیوتیک‌ها درمان شود. اگر علائم و نشانه‌های عفونت وجود داشته باشد، یا طول مدت حاملگی کمتر از ۳۷ هفته باشد، او باید به تسهیلات بهداشتی سطح بالاتر ارجاع داده شود. شکست در ارائه استاندارد مراقبت مناسب در صورت

پارگی پرده ها به مدت ۱۸ ساعت یا بیشتر یا عدم ارجاع به تسهیلات بهداشتی سطح بالا به عنوان عامل قابل اجتناب در نظر گرفته خواهد شد.

- به منظور پیشگیری از مرگ مادر ضروری است که نه تنها به علت مرگ توجه شود، بلکه عوامل خطر نیز مدنظر قرار گیرد.
- پارگی طول کشیده پرده ها یک عامل خطر است، به این علت که عفونت با احتمال بیشتری رخ می دهد.

کار گروهی

دانشجویان را به گروه هایی تقسیم کنید و آموزش های لازم را در مورد کارگروهی به آنها بدهید و کاربرگ ها را در آخر جلسه ارائه نمایید. توضیح دهید که آنها چه کاری باید از طریق آموزش های ارائه شده انجام دهند.

بازخورد

بعد از کارگروهی، از گروه ها بازخورد بگیرید و به آنها اجازه دهید که گزارش خود را مفصل بیان نمایند. از چک لیست ارائه شده به عنوان یک راهنما برای عواملی که بایستی ذکر شوند، استفاده کنید.

عوامل قابل اجتناب را شناسایی کنید و همزمان با بیان این عوامل به وسیله گروه، در مورد گام هایی که برای اجتناب از آنها باید اتخاذ شود، بحث کنید. به دانشجویان کمک کنید که بدانند که سپسیس نفاسی قابل اجتناب است و باید از آن پیشگیری شود.

در مورد نقش ماما در زمینه آموزش زنان باردار و خانواده های آنها، نقش عاملین سنتی زایمان و رهبران جامعه درباره نشانه های سپسیس نفاسی؛ اهمیت دست ها و ابزارهای تمیز در طی زایمان؛ و ضرورت ارجاع یک زن با پارگی طول کشیده پرده ها به تسهیلات بهداشتی یا سطح بالاتر مراقبت بحث کنید.

اهمیت ایمونیزاسیون زنان باردار را بر علیه کزاز و تشخیص و درمان عفونت های منتقل شونده از طریق جنسی را در طی مراقبت پره ناتال بیان کنید.

در مورد نقش عملکردهای سنتی در ایجاد سپسیس نفاسی و بویژه کزاز مانند قراردادن گیاهان، مدفوع گاو (پهین) یا گل در داخل واژن بحث کنید و همچنین در مورد اینکه چگونه ماما می تواند بر روی این عملکردها موثر باشد، بحث کنید.

به دانشجویان کمک کنید تا درک کنند که عدم دسترسی به تسهیلات بهداشتی، نبود وسیله حمل و نقل، بی اعتمادی جامعه به کارکنان مراقبت بهداشتی و جایگاه پایین زنان همگی در تأخیر ارجاع زن مبتلا به سپسیس نفاسی نقش دارند و این امر شانس

مرگ مادر را به علت این عارضه افزایش می‌دهد. توضیح دهید که جایگاه پایین زنان باعث می‌شود که آنها بیشتر از کم خونی و سوءتغذیه رنج ببرند، عوارضی که خطر مرگ مادر را به علت سپسیس نفاسی افزایش می‌دهند.

به دانشجویان کمک کنید تا درک نمایند که یک زن با سپسیس نفاسی که به تسهیلات بهداشتی مراجعه می‌کند، در صورت عدم دریافت درمان فوری احتمال دارد که بمیرد. ضروری است که کارکنان در زمینه تشخیص و درمان سپسیس نفاسی آموزش‌های کافی دریافت نمایند و منابع ضروری را در اختیار داشته باشند تا مراقبت موثر، برای مثال آنتی‌بیوتیک‌های مناسب ارائه کنند.

بالاخره در مورد راهکارهای بهبود مراقبت مادری در تمام سطوح سیستم مراقبت بهداشتی بحث کنید. این امر شامل برگزاری جلساتی برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه موجودی تدارکات و داروهای مورد نیاز برای پیشگیری و درمان سپسیس نفاسی و فهرستی از مهارت‌های بنیادی مورد نیاز برای کارکنان بهداشتی و سایر اشخاصی که در سطح جامعه برای بهبود مراقبت مادری کار می‌کنند، می‌باشد.

از دانشجویان بخواهید که اگر سوالی دارند، بپرسند.

مطالب گفته شده را به طور مختصر بیان نمائید و بر اهمیت پیشگیری تأکید کنید.

چک‌لیست برای سپسیس نفاسی

شایع‌ترین محل عفونت در سپسیس نفاسی جایگاه جفت است. سایر محل‌های عفونت، زخم‌های پرینه و شکمی متعاقب جراحی و پارگی‌های مجرای تناسلی، برای مثال سرویکس، واژن و پرینه است.

عوامل خطر برای سپسیس نفاسی

اینها شامل:

- استانداردهای ضعیف بهداشت
- تکنیک ضدعفونی ضعیف
- دستکاری زیاد کانال زایمان
- وجود بافت مرده در کانال زایمان (به علت احتباس طولانی مدت جنین مرده، تکه‌های باقیمانده جفت یا پرده‌های جنینی، ریزش بافت مرده از دیواره واژن متعاقب زایمان انسدادی)

- وارد نمودن دست‌های آلوده یا ابزارهای غیراستریل به داخل کانال زایمان (عملکردهای سنتی همچنین باید بررسی شود)
- کم خونی و سوء‌تغذیه از قبل موجود
- لیبر طول کشیده /انسدادی
- پارگی طول کشیده پرده‌های جنینی
- معاینات مکرر واژینال
- زایمان سزارین و سایر زایمان‌های توأم با جراحی
- پارگی‌های ترمیم نشده سرویکس یا پارگی‌های وسیع واژن
- عفونت‌های منتقل‌شونده از طریق جنسی از قبل موجود
- خونریزی پس از زایمان
- عدم ایمونیزاسیون یا ایمونیزاسیون ناکافی با توکسوئید کزاز
- دیابت

عوامل دیگر که بر روی بروز سپسیس نفاسی موثرند، شامل عوامل اجتماعی و خدمات بهداشتی است. اگر خدمات و منابع در تسهیلات بهداشتی ناکافی باشد، خطر مرگ زنان به علت سپسیس نفاسی افزایش می‌یابد.

عوامل خطر اجتماعی

اینها شامل:

- فقدان وسیله حمل و نقل و منابع موردنیاز برای حمل زن به مرکز ارجاع برای اداره و کنترل مناسب عوارض
- مسافت دور بین منزل زن تا تسهیلات بهداشتی
- وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمان
- سطح پایین آموزش عمومی
- عوامل فرهنگی که منجر به تأخیر در جستجوی مراقبت پزشکی می‌شود.
- جایگاه پایین زنان
- نبود آگاهی درباره نشانه‌ها و علائم سپسیس نفاسی

- نبود آموزش بهداشت، علائم خطر عفونت یا نبود برنامه تدارکات زایمانی و اورژانسی

عوامل خطر سرویس سلامت

اینها شامل:

- عدم دسترسی به تسهیلات بهداشتی مناسب
- تسهیلات شستشو و توالت نامناسب
- استانداردهای ضعیف نظافت در تسهیلات بهداشتی
- تأخیرهای غیرقابل پذیرش در ارائه مراقبت در تسهیلات بهداشتی
- نبود منابع ضروری، برای مثال کارکنان، تجهیزات، داروها (اکثر آنتی بیوتیک‌های موثر)
- آموزش بنیادی ضعیف کارکنان و آموزش مداوم ناکافی
- استانداردهای نامناسب مراقبت در لیبر و دوران اولیه پس از زایمان
- شکست در تشخیص شروع عفونت
- بررسی‌های باکتریولوژی ناکافی یا انجام بررسی‌ها با تأخیر
- پاسخ نامناسب به علائم عفونت، از قبیل استفاده نادرست از آنتی بیوتیک‌ها
- کمبود خون ایمن برای ترانسفوزیون

آموزش‌ها برای کار گروهی

(لطفاً تمامی آموزش‌ها را به دقت بخوانید، قبل از اینکه کارتان را شروع کنید)

۱. سپسیس نفاسی را تعریف کنید.
۲. محل‌های عفونت در سپسیس نفاسی را لیست نمائید.
۳. عوامل خطر برای سپسیس نفاسی را فهرست نمائید. (عوامل خطر عواملی هستند که شانس ایجاد سپسیس نفاسی را بیشتر می‌کنند یا باعث می‌شوند که خطر آن بیشتر شود.)
۴. توضیح دهید که چرا هر یک از عوامل باعث می‌شوند که سپسیس نفاسی با احتمال بیشتر رخ دهد.

۵. عوامل خطری که قابل اجتناب هستند (یا قابل پیشگیری هستند) را علامت بزنید.

۶. اقداماتی را که باید برای پیشگیری از عوامل قابل اجتناب انجام بگیرد را در هر سطح سیستم مراقبت بهداشتی (جامعه، مرکز بهداشتی، بیمارستان ناحیه) به طور خلاصه بیان نمایید.

یک مثال در زیر آورده شده است. از برگه‌های گزارش کار ذیل استفاده کنید و به همان شیوه آنها را برای سایر عوامل خطر عفونت محل جفت و عفونت محل‌های دیگر به کار ببرید.

شما یک ساعت در گروه‌تان فرصت دارید.

در صورت نیاز از برگه اضافه استفاده کنید.

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

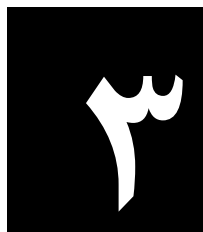
مثال:

محل عفونت	عوامل خطر	چرا این عامل احتمال عفونت را بیشتر می‌کند	قابل-اجتناب؟	گام‌ها برای اجتناب از وقوع
عفونت محل جفت	پارگی طولانی‌مدت پرده‌های جنینی	برای اینکه با کتری‌ها از واژن به سمت رحم منتقل می‌یابند	بلی	جامعه: ارجاع به سطح بعدی مراقبت در صورت پارگی بیش از ۱۸ ساعت و شروع نشدن لیبر مرکز بهداشتی: ارجاع به سطح بعدی مراقبت در صورت پارگی بیش از ۱۸ ساعت و شروع نشدن لیبر و تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها بیمارستان ناحیه: القای لیبر با اکسی‌توسین در صورت عدم وجود زایمان انسدادی. ارائه پوشش آنتی‌بیوتیکی



پیشگیری از سپسیس نفاسی				
گام‌ها برای اجتناب از وقوع	قابل اجتناب؟	چرا این عامل احتمال عفونت را بیشتر می‌کند	عوامل خطر	محل عفونت

شناسایی مشکل



جلسه ۳

شناسایی مشکل

اهداف کلی

- قادرساختن دانشجویان به درک اهمیت شناسایی و تعریف مشکل عفونت نفاسی به منظور ارائه درمان مناسب.
- قادرساختن دانشجویان به کسب هنر تشخیص و تشخیص افتراقی در صورت وقوع عفونت در دوران نفاس.

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه سوم، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- گام‌های ارائه درمان موثر را لیست نمایند.
- علل تب در دوران نفاسی را لیست نمایند.
- تصویر بالینی زن مبتلا به سپسیس نفاسی را توصیف دهند.
- تصویر بالینی عوارض مرتبط با زایمان که ممکن است زن را در دوران نفاس گرفتار سازد را توصیف نمایند.
- تصویر بالینی عوارض غیرمرتبط با زایمان را که بایستی از عوارض نفاسی افتراق داده شود را توصیف نمایند.
- نشان دهند که چگونه یک تشخیص و تشخیص افتراقی در رابطه با سپسیس نفاسی انجام می‌گیرد.
- جزئیاتی که باید در حین گرفتن شرح حال از یک خانم مبتلا به یکی از عوارض فوق الذکر باید ثبت شود را طرح-ریزی نمایند.
- آزمایشات و بررسی‌های مورد استفاده برای تأیید تشخیص این عوارض را لیست نمایند.

برنامه

سخنرانی تعدیل یافته (نیم ساعت)

کار گروهی، بازخورد، بحث (۲ ساعت)

تدریس بالینی (یک ساعت در گروه‌های کوچک از دانشجویان)

منابع

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7). Puzzle (ensure sufficient for the number of students in the group).

توضیح دهید که شش گام برای ارائه درمان موثر وجود دارد.

۱. شناسایی مشکل

۲. تصمیم‌گیری در مورد هدف درمان (بسته به سطح مراقبت، برای مثال تثبیت وضعیت بیمار و ارجاع به مراقبت سطح

بالا یا دادن درمان فوری موثر)

۳. انتخاب بهترین درمان

۴. ارائه درمان، تعیین اولویت‌ها

۵. ارزیابی پیامد

۶. ارائه درمان بیشتر در صورت ضرورت که ممکن است شامل ارجاع باشد.

این فصل درباره گام یک است. شناسایی مشکل شامل اتخاذ یک تشخیص صحیح می‌باشد که در واقع دربردارنده تشخیص افتراقی نیز است (برای مثال، تصمیم‌گیری در این زمینه که کدام یک از عوارض ممکن است علت نشانه‌ها و علائم ثبت شده باشد).

مکن است مفید باشد که فکر کنیم که گذاشتن تشخیص نوعی کار تفتیشی است.

از دانشجویان بخواهید که گروه‌های بحث را تشکیل دهند تا تصمیم بگیرند که چگونه این کار انجام می‌گیرد.

سوالات مناسب برای پرسیدن می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

■ چگونه یک تفتیش منجر به اتخاذ یک تصمیم درباره جرم می‌شود؟

■ چه چیزی یک تفتیش انجام می‌دهد.

پاسخ‌ها باید شامل این باشد که یک تفتیش:

■ علائم را جستجو می‌کند.

▪ مشاهدات دقیق انجام می‌دهد.

▪ از تمامی حواس (بینایی، شنوایی، بویایی، لامسه) استفاده می‌کند.

▪ تمامی شرایط را در نظر می‌گیرد.

این را به بحث در مورد مهارت‌های تشخیصی ارتباط دهید.

دانشجویان به خاطر داشته باشند که با یک شیوه مشابه، ما مجبوریم که مشکلات را حل کنیم. تصمیماتی که اتخاذ می‌کنیم خیلی مهم هستند.

دانشجویان باید از تمامی حواس و توان توجه خودشان استفاده کنند تا:

▪ نگاه کنند

▪ گوش دهند

▪ لمس کنند

▪ به طور دقیق فکر کنند

▪ سوال "مشکل چیست؟" را بپرسند.

▪ تمامی اطلاعات موجود را در نظر بگیرند (به تمامی اطلاعات موجود توجه نمایند)

در یک تفتیش تنها نباید بر اساس یک علامت نتیجه‌گیری کنیم، بلکه باید به تمامی علائم توجه شود. دانشجویان باید یاد بگیرند که یکسان عمل نمایند.

از دانشجویان بخواهید که گروه‌های بحث تشکیل دهند.

از آنها بخواهید که عوارض مرتبط با زایمان که ممکن است ایجاد تب در دوران نفاس بکند را بیان نمایند. سپس از آنها بخواهید که بگویند کدام عوارض به طور مستقیم با زایمان مرتبط نیست و ممکن است تب در دوران نفاس ایجاد کنند.

علل تب در دوران نفاس

علل تب مرتبط با زایمان

علل عفونی

۱. سپسیس نفاسی بسته به چگونگی گسترش به صورت‌های زیر تظاهر می‌یابد:

- عفونت موضعی زخم (محل برش سزارین)، پارگی یا اپی‌زیاتومی
- عفونت پارگی یا اپی‌زیاتومی که به بافت نرم زیرین گسترش یافته است.
- متریت
- سالپنژیت
- پریتونیت ژنرالیزه
- ترومبوفلیت عفونی
- آبسه لوله‌ای - رحمی
- آبسه لیگامان پهن
- آبسه در بن بست دوگلاس
- آبسه‌های سایر محل‌ها در شکم یا قفسه‌سینه
- سپتی‌سمی (عفونتی که به جریان خون وارد شده که یک عارضه خیلی جدی است)
- شوک سپتیک که ممکن است سپتی‌سمی را عارضه‌دار کند.

۲. عفونت پستان مانند ماستیت یا آبسه پستان در مرحله‌ای دیررس

۳. عفونت مجرای ادراری (UTI)

۴. عفونت قفسه‌سینه (پنومونی)

۵. اختلالات ترومبوآمبولیک، از قبیل ترومبوفلیت‌های سطحی و ترومبوز ورید عمقی که احتمال تب و تاکی‌کاردی را افزایش می‌دهند.

علل غیر عفونی

افزایش درجه حرارت به مقدار کم در دوران اولیه پس از زایمان، بویژه در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان شایع است. علل چنین تبی شامل دهیدراسیون، ترومای بافتی و احتقان پستان است. اگر چه تب در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان واقع می‌شود، معمولاً غیر مرتبط با عفونت در نظر گرفته می‌شود. درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر در مدت ۲۴ ساعت اول پس از زایمان باید ماما را نسبت به احتمال سپسیس نفاسی هوشیار سازد.

علل تب غیرمرتبط با زایمان

هر گونه عفونتی ممکن است در دوران نفاس اتفاق بیفتد. لیستی از مثال‌ها در زیر وجود دارد. مطمئن باشید که هر گونه عفونتی که در منطقه شما شایع است در آن لیست گنجانده شده‌است. جزئیات سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) و عفونت‌های HIV در این مدول آورده نشده‌است، هر چند که پیشگیری از عفونت در جلسه بعدی بحث خواهد شد. همچنین جلسه ۱۰ را در مدول Foundation ببینید.

مثال‌ها:

- عفونت‌های قفسه سینه (مانند پنومونی، برونشیت، سل ریوی)
- مالاریا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- هپاتیت
- مننژیت
- سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) می‌تواند نشانه‌های متنوعی را ایجاد کند و زن را نسبت به عفونت‌های دیگر مستعد سازد.

تشخیص

توضیح دهید که شناسایی مشکل شامل اتخاذ تشخیصی صحیح است که در واقع شامل تشخیص‌های افتراقی نیز می‌باشد (برای مثال تصمیم در مورد اینکه کدام یک از دو یا چند عارضه ممکن است علت نشانه‌ها و علائم ثبت شده باشد). احتمالاً مفید خواهد بود که به همان شیوه‌ای که یک تصویر ساخته می‌شود در مورد تشخیص نیز فکر شود.

تصویر بالینی

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

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

(ب) ماستیت

(ج) عفونت مجرای ادراری (پیلونفریت حاد)

(د) ترومبوز ورید عمقی

(ه) پنومونی

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

بر اساس دستورالعمل کار گروهی دانشجویان را آماده کنید.

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

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

بازخورد

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

- عوارضی را که تشخیص داده‌اند.
- حقایقی که انتظار می‌رود که در گرفتن شرح حال از عارضه تحت بررسی به دست آورند.
- آزمایشات/ بررسی‌هایی که به تأیید تشخیص عارضه تحت مطالعه کمک می‌کند.

معاینه بالینی

یافته‌های بارز تصویر بالینی را در کلاس بحث کنید، سپس به بخش بالینی بروید و معاینه بالینی را نشان دهید. مطمئن شوید که دانشجویان قادر هستند که یک معاینه کامل پس از زایمان را انجام دهند (جلسه ۵ را ببینید). این اساس ایجاد یک تشخیص است.

انجام معاینه را بر روی یک مادر سالم تازه زایمان کرده نشان دهید و ارزیابی کنید. این بدین علت است که خانم مبتلا به عفونت احساس بیماری می‌کند و نباید به طور غیرضروری آرامش او را به هم زد.

البته معاینه زن مبتلا به سپسیس نفاسی زمانی انجام خواهد گرفت که دانشجویان مهارت‌های پایه معاینه را یاد گرفته‌اند. آن ممکن است گاهی اوقات قبل از زمانی باشد که تمامی دانشجویان این تجربه را به دست آورده‌باشند. در ضمن از دانشجویان درخواست کنید که تجارب خود را در مورد این عارضه در عمل به اشتراک بگذارند. تاریخچه، علائم، نشانه‌ها و هرگونه بررسی‌هایی که به تشخیص کمک می‌کند را توضیح دهید و در مورد آنها بحث کنید.

فرصتی را فراهم کنید که درباره عوارض مختلفی که در معاینه بالینی برخورد کرده‌اید، آموزش دهید. از برگه‌های تصویر بالینی و چک‌لیست‌هایی برای یادآوری جزئیات استفاده کنید.

ارزیابی یادگیری: تمرین کلاسی

از تمرین کلاسی زیر برای بررسی درک دانشجویان استفاده کنید:

۱. به هر گروه از دانشجویان یک قسمت از مقاله را با نام یکی از عوارض بالینی که روی آن «الف تا ه» نوشته شده باشد، بدهید. مطمئن شوید که سپسیس نفاسی نیز جزو آنها بوده و فقط یکی از آن موارد است.

۲. از هر گروه بخواهید که شرح حال، نشانه‌ها و علائم یک زن با عارضه مشخص شده در برگه‌شان را به بقیه کلاس ارائه دهند. دانشجویان را تشویق کنید که از تخته‌سیاه، فلیپ‌چارت یا از پروژکتور اوره‌د استفاده کنند، اما آنها ممکن است از نمایش برای ارائه تصویر بالینی عارضه استفاده کنند.

۳. تأکید کنید که قبل از اینکه آنها تشخیص را بیان نمایند، کلاس منتظر است که تمامی وقایع ارائه شود و یا نمایش کامل شود.

۴. هنگامیکه هر گروه بیمار خود را معرفی نمودند، یافته‌های اصلی را خلاصه کنید و از آنها بپرسید که آیا سوالی دارند.

۵. تأکید کنید که در زمانیکه تصویر بالینی واضح نیست، طیفی از آزمایشات برای تشخیص افتراقی یا تأیید تشخیص مورد انتظار باید استفاده شود.

در پایان از دانشجویان بخواهید که سوالات خود را بپرسند، این بخش از جلسه را خلاصه کنید و بالاخره کل جلسه را با اتصال تئوری به عمل خلاصه نمائید.

توجه

شما ممکن است عوارض پزشکی شایع دیگر را که در منطقه شما شایع است را به مجموعه تصاویر بالینی اضافه کنید. این کار را با اضافه نمودن نشانه‌ها و علائم در یک برگه سفید کاغذ انجام دهید. چک‌لیست خودتان را از نظر تاریخچه و آزمایشات/بررسی‌ها درست کنید.

آموزش‌ها برای کار گروهی

تصویر بالینی

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

✓ چک لیست

الف. سپسیس نفاسی (سپتی سمی)

تاریخچه

عوامل خطر شایع عبارتند از:

- استانداردهای ضعیف بهداشت
- تکنیک ضدعفونی ضعیف
- دستکاری زیاد کانال زایمان
- وجود بافت مرده در کانال زایمان (به علت احتباس طولانی مدت جنین مرده، تکه‌های باقیمانده جفت یا پرده‌های جنینی، ریزش بافت مرده از دیواره واژن متعاقب زایمان انسدادی)
- واردنمودن دست‌های آلوده یا ابزارهای غیراستریل به داخل کانال زایمان (عملکردهای سنتی همچنین باید بررسی شود)
- کم خونی و سوءتغذیه از قبل موجود
- لیبر طول کشیده / انسدادی
- پارگی طول کشیده پرده‌های جنینی
- معاینات مکرر واژینال
- زایمان سزارین و سایر زایمان‌های توأم با جراحی
- پارگی‌های ترمیم نشده سرویکس یا پارگی‌های وسیع واژن
- عفونت‌های منتقل شونده از طریق جنسی از قبل موجود
- خونریزی پس از زایمان
- عدم ایمنیزاسیون یا ایمنیزاسیون ناکافی با توکسوئید کزاز
- دیابت

علائم و نشانه‌ها

- تب- درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد یا بیشتر
- لرز و کسالت عمومی
- درد قسمت تحتانی شکم
- رحم تندر
- عدم برگشت رحمی
- لوشیای چرکی با بوی متعفن
- ممکن است همچنین شامل موارد زیر باشد:
- خونریزی روشن واژینال

- شوک

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

- کشت از وسط جریان ادرار
- سواب زخم، برای مثال پرینه یا شکمی یا سواب بلند واژن
- کشت خون در صورت وجود لرز یا شواهدی از عفونت

مهم

آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف را بدون تأخیر و در حالیکه منتظر نتایج آزمایشگاهی هستید، شروع کنید (جلسه ۵ را ببینید). سیتی-سمی می‌تواند سریعاً گسترش یابد و میزان مرگ و میر بالایی داشته باشد.

✓ چک لیست

ب. ماستیت

تاریخچه

شروع عارضه سریع است. زن معمولاً شیردهی از پستان دارد.

تاریخچه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- احتقان پستان
- نوک پستان شقاق دار که اجازه ورود باکتری از طریق پوست شکننده را داده است.
- وجود مشکل در گذاشتن کودک به پستان که منجر به آسیب به نوک پستان می شود.
- کبود شدگی و کوفتگی بافت پستان به علت دستکاری های خشن

علائم و نشانه ها

- درد و تندرns پستان
- قرمزی، ناحیه گوه ای شکل قابل رویت در پستان
- معمولاً ۳-۴ هفته بعد از زایمان رخ می دهد، اما می تواند زودتر شروع شود.
- ممکن است قبل از آن التهاب به علت احتقان وجود داشته باشد.
- معمولاً فقط یک پستان مبتلا می شود.

آزمایشات/ بررسی ها برای تأیید تشخیص

نمونه ای از شیر پستان بایستی برای بررسی باکتریولوژی از قبیل کشت و حساسیت ارسال شود.

مهم

آنتی بیوتیک های وسیع الطیف را بدون تأخیر در حالیکه منتظر نتایج آزمایشگاهی هستید، شروع کنید.

ماستیت می تواند منجر به آبسه پستان شود. هرگونه تجمع عفونی می تواند منجر به گسترش عفونت با یک خطر واقعی سپتیسمی شود.

✓ چک لیست

ج. عفونت‌های مجاری ادراری

این عفونت‌ها عبارتند از:

- سیستیت (عفونت محدود شده به مثانه)
- پیلونفریت شدید (عفونت به کلیه گسترش یافته است)

تاریخچه

عوامل خطر شایع عبارتند از:

▪ عفونت مجرای ادراری موجود در حاملگی (تغییرات فیزیولوژیکی در مجاری ادراری زمینه را برای استاز ادراری مستعد می‌کند و این وضعیت زمینه را برای عفونت ادراری مستعد می‌کند، بنابراین عفونت در حاملگی ممکن است مجدداً بعد از تولد واقع شود)

- تروما در طی لیبر
- سوندگذاری در طی لیبر
- بهداشت ضعیف ولو
- کم خونی

علائم و نشانه‌ها

سیستیت

- افزایش تکرر در دفع ادرار
- ادرار دردناک (برای مثال درد یا سوزش در ادرار کردن)
- افزایش مختصر درجه حرارت

پیلونفریت

پیلونفریت عارضه جدی‌تری است و با نشانه‌ها و علائم زیر تظاهر می‌یابد:

- ادرار دردناک
 - تب خیزدار
 - لرز و کسالت عمومی
 - افزایش تکرر و فوریت در دفع ادرار
 - درد شکمی
- ممکن است همچنین شامل موارد زیر باشد:
- درد رتروپوبیک/سوپراپوبیک
 - درد/تندرنس پهلوها

- تندر نس در قفسه صدري
- بي اشتهايي
- تهوع / استفراغ

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

یک نمونه ادرار تمیز از وسط جریان ادرار (MSU= Midstream specimen of urine) برای کاهش احتمال آلودگی به لوشیا به دست آورید.

موارد زیر را ثبت کنید:

- رنگ- ممکن است کدر یا آغشته به خون باشد، اغلب غلیظ است.
- بو- ممکن است در صورت عفونی بودن بوی زننده داشته باشد.
- واکنش- معمولاً اسیدی است.
- ترکیبات غیرعادی- پروتئین، خون، چرک

یک نمونه ادرار از وسط جریان ادرار (MSU) بایستی برای بررسی باکتریولوژیکی شامل کشت و حساسیت فرستاده شود.

مهم

برای پیلونفریت ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌های وریدی را بدون تأخیر و در حالیکه منتظر نتایج هستید، شروع کنید.

✓ چک لیست

د. اختلالات ترومبوآمبولیک

اختلالات ترومبوآمبولیک شامل ترومبوفلیت و ترومبوز ورید عمقی است.

تاریخچه

(i) ترومبوفلیت سطحی در زنانی شایع است که:

- پیر هستند

- چاق هستند

- پاریتی بالا دارند.

ممکن است تاریخچه‌ای از وریدهای واریسی نیز باشد، ترومبوفلیت همچنین می‌تواند در وریدهایی رخ دهد که برای انفوزیون

داخل وریدی استفاده شده‌اند.

(ii) ترومبوز ورید عمقی عوامل خطر شایع زیر را دارد:

- سن بالای ۳۵ سال

- پاریتی بالا

- چاقی

- زایمان سزارین

- تروما به ساق پا

- بی تحرکی

- دهیدراتاسیون و خستگی

- سیگار

- مصرف استروژن

- تاریخچه قبلی ترومبوآمبولی

علائم و نشانه‌ها

ترومبوفلیت های سطحی

- ممکن است تب وجود داشته باشد.
- ناحیه روی ورید قرمز، ملتهب و دردناک است.
- به علت لخته‌ای که در داخل ورید قرار گرفته است، ورید در لمس سفت احساس می‌شود.

ترومبوز ورید عمقی

- تب خیزدار، علیرغم استفاده از آنتی‌بیوتیک
- درد ماهیچه ساق پا، ران یا شکم ممکن است وجود داشته باشد.
- ادم و تغییر در رنگ و دمای ساق ممکن است همچنین رخ دهد.
- درد ساق پا در هنگام راه رفتن افزایش می‌یابد.

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

ترومبوفلیبیت سطحی معمولاً در معاینه بالینی آشکار است.

تشخیص بالینی ترومبوز ورید عمقی در مراحل اولیه دشوارتر است. درد ماهیچه ساق پا بویژه در هنگام راه رفتن نشانه‌ای است که ما را به ترومبوز ورید عمقی مشکوک می‌کند، مخصوصاً هنگامیکه با عوامل خطر بالا توأم باشد.

تست‌های زیر به مهارت‌های پیشرفته و تکنولوژی گران نیاز دارد که شامل:

اولتراسوند real-time

فلبوگرافی صعودی

ونوگرافی ایزوتوپ

مهم

ترومبوز ورید عمقی می‌تواند به آمبولی ریوی منجر شود که اغلب کشنده است.

✓ چک لیست

۵. پنومونی

پنومونی شامل اشکال زیادی از بیماری است که به جزئیات در اینجا بحث نشده است، اما برای دانشجویان مهم است که قادر باشند که علت اساسی بیماری زن را تشخیص دهند. دانشجویان باید این کار را برای شروع درمان مناسب و ارائه مراقبت مامایی خوب انجام دهند. مهم است که خانم به سطح مراقبت بالاتر برای ارزیابی مفصل و درمان خاص ارجاع داده شود.

عفونت ممکن است حاد یا مزمن باشد.

عوارض حاد شامل:

- برونشیت
 - پنومونی
 - التهاب پرده جنب
- عوارض مزمن شامل:

- سل ریوی
- برونشیت مزمن

تاریخچه

خانم ممکن است عفونت قفسه سینه قبل از لیبر / زایمان داشته باشد. این مورد در زنان با عوارض مزمن خواهد بود.

زنان با سل ریوی اغلب خواهند بود:

- کم خون و با تغذیه ضعیف
 - کم وزن و از دست دادن مداوم وزن
 - زندگی در شرایط پرازدحام و فقیر
 - ارائه شواهدی از بیماری مشابه سایر اعضای خانواده
 - عدم دریافت واکسیناسیون BCG و ممکن است درمانی برای سل دریافت کرده باشند یا نکرده باشند.
- عفونت حاد قفسه سینه عارضه‌ای شایع متعاقب استفاده از بیهوشی عمومی است. بنابراین زنانی که زایمان سزارین داشته‌اند و تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته‌اند بویژه در معرض خطر هستند و روش‌های پیشگیری برای مراقبت پس از جراحی مهم هستند.

علائم و نشانه‌ها

- تب
- اشکال در تنفس

- سرفه با خلط
- درد قفسه‌سینه
- ممکن است همچنین موارد زیر باشد:
- تراکم (پرشدن ریه‌ها با آگزودا)
- گلوی محتقن
- تنفس سریع
- رونکای (صدای مداوم خرخرمانند در گلو یا لوله‌های برونش‌یال، که از انسداد نسبی ناشی می‌شود)/ رال (نوعی صدای غیرممتد که شامل مجموعه‌ای از صداهای کوتاه است و در هنگام دم شنیده می‌شود).

آزمایشات/ بررسی‌ها برای تأیید تشخیص

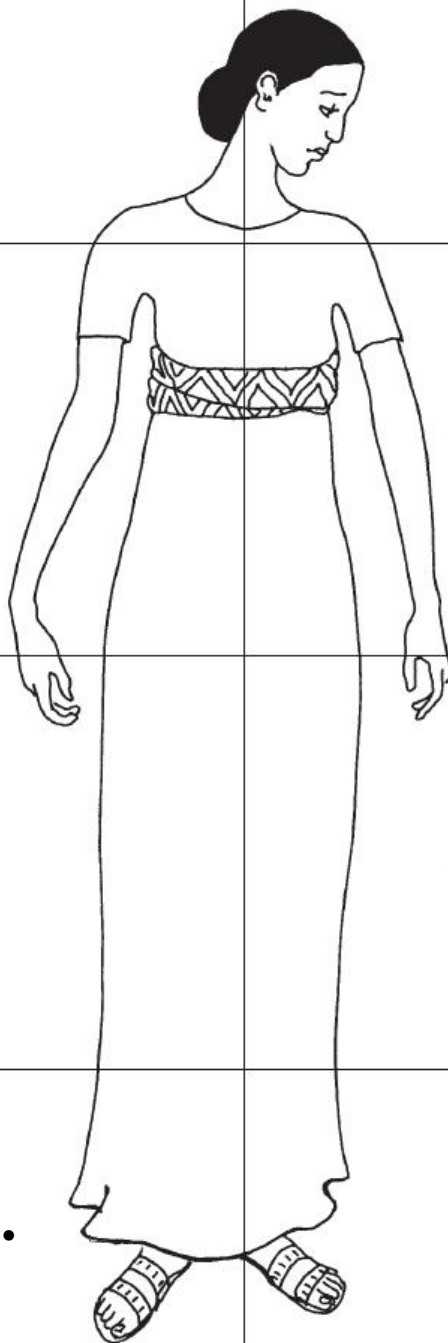
آزمایشات و بررسی‌ها شامل:

- معاینه بالینی دقیق
- رادیوگرافی قفسه‌سینه با اشعه X
- بررسی‌های میکروسکوپی شامل کشت و حساسیت خلط
- تست توبرکولین برای مثال تست هیف (Heaf) یا مانتوکس (Mantoux)

(الف) تصویر بالینی

- لرز و احساس کسالت عمومی

- ممکن است خونریزی روشن واژن وجود داشته باشد



- تب ۳۸ درجه سانتی-گراد یا بیشتر

- لوشیا:
- چرکی و بوی متعفن

- رحم
- برگشت ناقص رحم
- عدم تغییر در ارتفاع فوندوس رحم
- نرم و حجیم بودن
- دردناک بودن در لمس

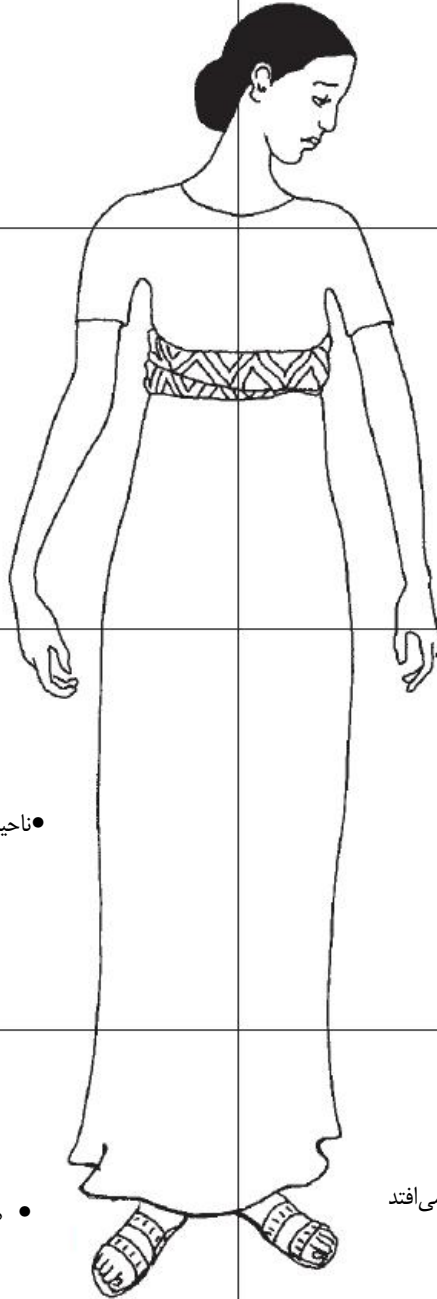
- ممکن است علائم شوک وجود داشته باشد

- درد قسمت تحتانی شکم

- ممکن است ادم ریوی وجود داشته باشد

	سپیس
	نفاسی

(ب) تصویر بالینی



• ممکن است تهوع / استفراغ و کاهش اشتها وجود داشته باشد

• ممکن است التهاب پستان قبل از احتقان ایجاد شود

• ناحیه قرمز، گوه‌ای شکل بر روی پستان

• معمولاً فقط یک پستان تحت تأثیر قرار می‌گیرد

• معمولاً ۳-۴ هفته بعد از زایمان اتفاق می‌افتد

ماہنامہ

(ج) تصویر بالینی

• تب خیزدار / لرز

• سوزش ادرار

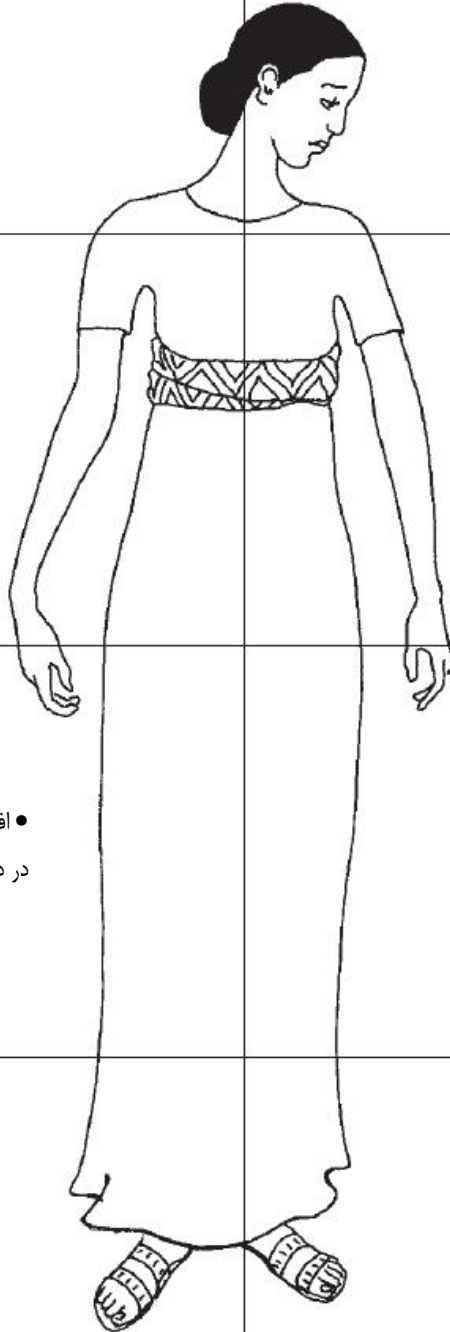
• ممکن است تهوع / استفراغ و از دست دادن اشتها وجود داشته باشد

• افزایش تکرر ادراری و احساس فوریت در دفع ادرار

• ممکن است درد کمر / تندرns وجود داشته باشد

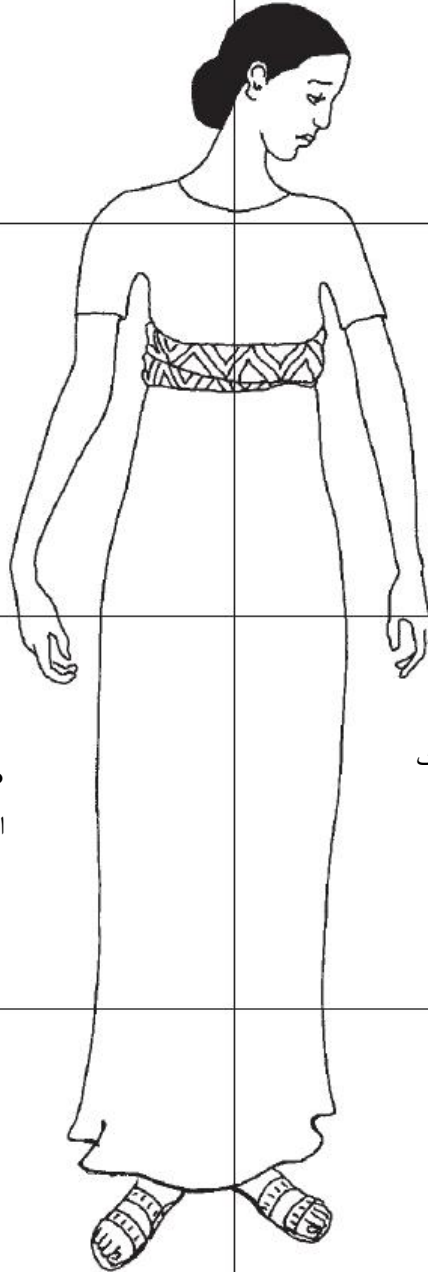
• درد شکم

• ممکن است درد رتروپوبیک / سوپراپوبیک وجود داشته باشد
• ممکن است تندرns در قسمت تحتانی شکم یا کشاله ران وجود داشته باشد



د	پروپوزیشن

(د) تصویر بالینی



- تب خیزدار علیرغم دریافت آنتی بیوتیک

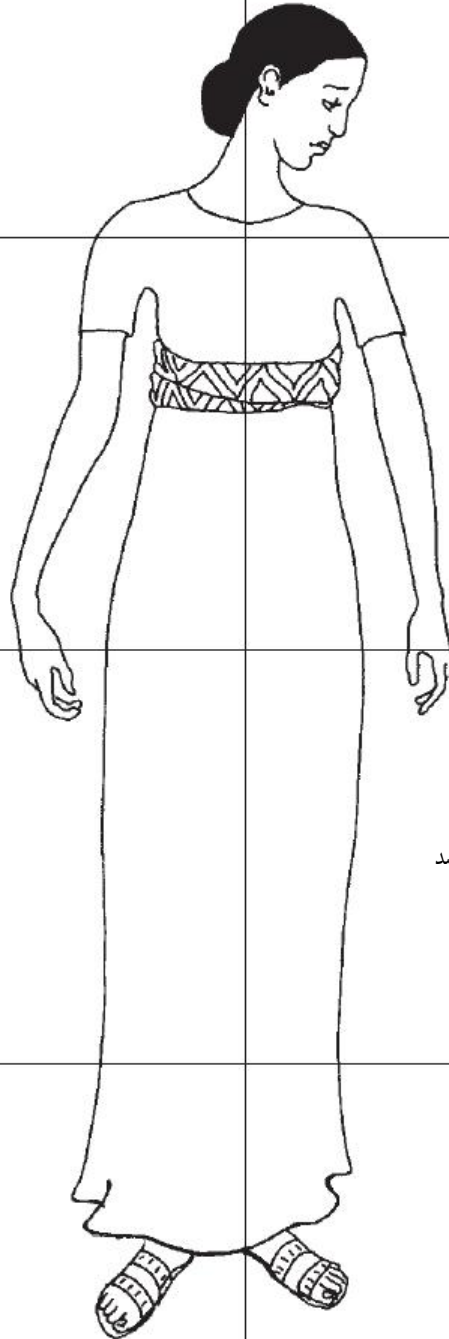
- ممکن است درد و ناراحتی در عضلات ساق پا وجود داشته باشد

- درد پا ممکن است با راه رفتن افزایش یابد

- ممکن تست ادم و تغییراتی در رنگ پا وجود داشته باشد

	در و میوز		
		و در ید عمقی	

(ه) تصویر بالینی



• تب خیزدار / لرز

• تب

• گلو ممکن است احتقان پیدا کند

• درد قفسه سینه

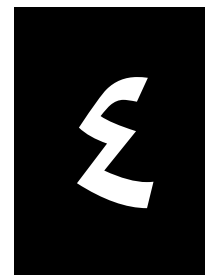
• تنفس ممکن است سریع باشد

• دشواری در تنفس

• سرفه خلطدار

تجويز

اداره‌ی سپیس نفاسی



جلسه ۴

اداره‌ی سپسیس نفاسی

اهداف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان جهت درک درمان مورد نیاز در موارد سپسیس نفاسی
- توانمندسازی دانشجویان جهت اداره‌ی موثر سپسیس نفاسی، ارجاع بیمار به نحو مناسب

اهداف درسی

- در پایان جلسه ۴ دانشجویان قادر خواهند بود:
- مقدمات لازم در اداره‌ی سپسیس نفاسی را لیست کنند.
 - اداره‌ی سپسیس نفاسی را شرح دهند.
 - اهمیت تجویز رژیم آنتی‌بیوتیکی مناسب در موارد سپسیس نفاسی را شرح دهند.
 - داروهایی را که ممکن است استفاده شوند، شامل دوز و روش تجویز آن‌ها را تعیین کنند.
 - روش‌های کاربردی پیشگیری از عفونت در اداره‌ی سپسیس نفاسی را شرح دهند.

طرح درسی

سخنرانی، بحث (۲ ساعت).
آزمون اختیاری.

منابع

مدیریت عوارض در بارداری و زایمان: راهنما برای ماماها و دکترها. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳.
(WHO/RHR/00.7).
آزمون در مورد سپسیس نفاسی.
تجهیزات جهت نشان دادن احتیاطات جهانی (اختیاری).

به دانشجویان مراحل اداره‌ی موثر را یادآوری کنید (جلسه ۳). اصول درمان سپسیس نفاسی شامل: سرعت، مهارت و مقدمات هستند. بر اهمیت عملکرد سریع و مطابق با مقدمات به نحوی که موارد اورژانسی سریع‌تر انجام گیرند، تأکید کنید. مقدمات در اداره‌ی سپسیس نفاسی شامل موارد زیر هستند:

- ارزیابی وضعیت زن
- احیای زن در صورت نیاز
- ایزوله کردن زن به محض شک به عفونت
- گرفتن نمونه جهت مشخص نمودن ارگانیزم مسئول عفونت و تأیید تشخیص
- شروع درمان با آنتی‌بیوتیک مناسب

این‌ها مقدمات هستند. به دانشجویان شرح دهید که این بدین معناست که بایستی ابتدا و یا قبل از هر چیز دیگری انجام شوند. به منظور انجام مواردی که بیشترین اهمیت را دارند، اغلب لازم است تغییراتی در دستورات چیزهایی که بطور روتین انجام می‌شود، داده شود. بعنوان مثال اگر مراقبت بعد از تولد بطور طبیعی طبق دستور خاصی اجرا می‌شود، ممکن است نیاز به تعدیل داشته باشد تا به درمان اورژانسی اجازه داده شود، زیرا انجام مقدمات قبل از هر چیز دیگری لازم است.

دانشجویان بایستی بدانند که رسوم مربوط به پذیرش می‌تواند سبب اتلاف وقت گردند و بیشتر موارد روتین مربوط به مراقبت‌های مامایی می‌توانند دیرتر انجام گیرند. **بخاطر داشته باشید که تأخیر به معنای مرگ است.**

مدیریت عمومی سپسیس نفاسی

۱. ایزوله کردن و مراقبت مامایی پیشگیری‌کننده از عفونت برای زن

هدف، پیشگیری از گسترش عفونت به سایر زنان و بچه‌هایشان است.

اصول پایه مراقبت مهم هستند. ماما بایستی بداند:

- مراقبت از زن در یک اتاق جداگانه یا در صورت عدم امکان، در گوشه‌ای از بخش، جدا از سایر زن‌ها
- پوشیدن گان و دستکش هنگام تماس با زن و خارج کردن گان و دستکش در پایان مراقبت؛ این پوشش‌ها نباید در تماس با سایر زنان استفاده شوند.
- شستن دست‌ها به دقت قبل و بعد از تماس با زن
- نگهداری یک ست از تجهیزات، ظروف و سایر وسایل برای استفاده انحصاری زن و اطمینان از عدم استفاده از آن‌ها توسط دیگران
- اطمینان از این که لباس‌های آلوده به دقت دور ریخته می‌شوند، بعنوان مثال در یک محفظه جداگانه قرار داده می‌شوند که بطور مرتب خالی شده و لباس‌ها سوزانده می‌شوند.
- اطمینان از این که پارچه‌های کتانی آلوده در کیسه‌ای که مخصوص انتقال به رختشویخانه است، حمل می‌شوند، جایی که بطور اختصاصی تمیز می‌شوند.

در صورت امکان، یک ماما/ پرستار بایستی جهت مراقبت از این مادر و فرزندش اختصاص یابد. همچنین کمک یک خویشاوند در مراقبت از آن‌ها نیز کمک کننده خواهد بود؛ که در این صورت، خویشاوند بایستی در مورد اصول پیشگیری از گسترش عفونت آموزش دیده باشد. ملاقات کنندگان بایستی محدود باشند.

توجه: اطلاعات مربوط به پیشگیری از عفونت را در قسمت بعدی ببینید.

۲. تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها

معمولاً توسط پزشک تجویز می‌شوند. در صورت عدم دسترسی به پزشک، پرسنل مامایی بایستی از نحوه تجویز و دادن داروهای مناسب آگاه باشند. اگر قانون موجود این اجازه را به آن‌ها نمی‌دهد، بایستی به سرعت تحت تجدید نظر قرار گیرد.

زن دچار سپسیس نفاسی در صورت درمان ناکافی یا تأخیر جدی، خواهد مرد. متریت (عفونت رحم بعد از زایمان) می‌تواند منجر به آبسه لگنی، پریتونیت، شوک سپتیک، ترومبوز ورید عمقی، آمبولی ریه، عفونت مزمن لگنی به همراه دردهای لگنی عودکننده و دیسپارونی، انسداد لوله‌های رحمی و نازایی شود. بنابراین، درمان موثر و بهینه برای پیشگیری از این مشکلات ضروری است.

انتخاب آنتی‌بیوتیک

ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌ها تا زمان قطع تب زن به مدت ۴۸ ساعت تجویز می‌شود و رژیم دارویی زیر توصیه می‌شود.

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

اگر تب هنوز هم بعد از ۷۲ ساعت از شروع رژیم دارویی فوق پابرجا بود، پزشک بایستی مجدداً زن و درمان وی را ارزیابی کند. ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر ممکن است لازم باشد.

بعد از قطع آنتی‌بیوتیک وریدی نیازی به آنتی‌بیوتیک خوراکی نیست.

توکسوئید کزاز

اگر این احتمال وجود دارد که زن در معرض کزاز است (اگر بعنوان مثال مدفوع گاو، گل یا لجن یا گیاه وارد واژن شده باشد)، و عدم اطمینان در مورد تاریخچه واکسیناسیون وی وجود دارد، توکسوئید کزاز به وی تجویز کنید.

۳. دادن مایعات به مقدار فراوان

هدف، اصلاح یا پیشگیری از دهیدراتاسیون، کمک به پایین آوردن تب و در صورت نیاز درمان شوک است. در موارد شدید، لازم است که ابتدا مایعات بصورت داخل وریدی داده‌شود. اگر زن هوشیار بود و احتمال بیهوشی عمومی در ساعات نزدیک آتی وجود نداشت، ممکن است مایعات به شکل خوراکی نیز داده‌شوند.

۴. رد احتباس محصولات جفتی

احتباس محصولات جفتی می‌تواند عامل ایجاد سپسیس نفاسی باشد. در صورت نرم و حجیم بودن رحم، لوشیای زیاد، بدبو و حاوی لخته‌های خونی، به این مورد شک کنید. جستجوی دستی رحم و خارج کردن لخته‌ها و قطعات بزرگ بافت جفتی لازم خواهد بود. اگر نیاز باشد، فورسپس اووم (Ovum) یا یک کورت ممکن است استفاده شود.

۵. مهیاسازی مراقبت‌های مامایی ماهرانه

این مورد، نیازمند توجه به منظور ارتقای وضعیت راحتی زن و کمک به بهبودی اوست. جنبه‌های مراقبتی زیر مهم هستند:

- استراحت در بستر
- استاندارد بالای بهداشتی، بخصوص مراقبت از پرینه و ولو
- داروی ضد تب و/ یا شستشو با حوله مرطوب در صورت تب خیلی زیاد ممکن است نیاز باشد.
- ارزیابی علایم حیاتی، لوشیا، تدرنس رحمی، جمع‌شدگی رحم، برون‌ده ادراری و اندازه‌گیری مایعات دریافتی و دفع شده
- نگهداری دقیق مستندات
- پیشگیری از گسترش عفونت و عفونت متقاطع

در زمان مراقبت از زن، ماما بایستی آرام باشد، زیرا مواجهه خشن با وی سبب افزایش درد و شوک می‌گردد. یک رویکرد حساس و آرام در زمان صحبت با زن و خویشاوندانش مهم است. زن بیمار است و ماما بایستی نشان دهد که او را درک می‌کند و با او و خانواده‌اش احساس همدلی کند. وخامت وضعیت زن بایستی بلافاصله به پزشک اطلاع داده شود. ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر مورد نیاز خواهد بود.

۶. مراقبت از نوزاد

علیرغم این که مادر بسیار بیمار است، نوزاد ممکن است در کنار وی سالم بماند. به هر حال، رعایت احتیاطات جهت پیشگیری از انتقال مادر به نوزاد ضروری است. مراقبت دقیق نوزاد جهت شناسایی علایم زود هنگام عفونت ضروری است.

به دانشجویان یادآوری کنید که عفونت در نوزاد بعنوان یکی از علل اصلی مرگ‌های نوزادی است.

- **شستشوی دقیق دست‌ها:** در زمان تماس با نوزاد ضروری است. اگر مادر کاملاً خوب شده است که می‌تواند از نوزادش مراقبت کند، بایستی در مورد اهمیت شستشوی دست‌ها، قبل و بعد از تماس با نوزاد آموزش دیده باشد.
- **شیردهی:** اگر مادر کاملاً خوب باشد، شیردهی می‌تواند ادامه یابد. اما غذاهای زیادی ممکن است برای حفظ ذخایر شیر مورد نیاز باشد. اگر مادر خیلی بیمار است، با یک پزشک متخصص مراقبت از نوزادان مشاوره کنید و توصیه‌های او را بکار ببرید.
- **مادر خیلی بیمار:** اگر این امکان وجود نداشته باشد که نوزاد توسط مادرش مراقبت شود، یک خویشاوند بسیار نزدیک ممکن است برای مراقبت از نوزاد تا زمان بهبودی کامل مادر در دسترس باشد. به هر حال بایستی تأکید گردد

که به علت در معرض خطر گسترش عفونت به نوزاد، معاینه دقیق نوزاد توسط یک مراقب بهداشتی حرفه‌ای لازم است. به خانواده باید توصیه گردد که تغییر در رفتار نوزاد نیازمند توجه فوری است.

۷. درمان بیشتر

اگر با درمان فوق بهبودی حاصل نشد و پريتونیت عمومی گسترش یافت، لاپاروتومی برای تخلیه چرک انجام خواهد شد.

اگر رحم نکروزه و سپتیک شده باشد، ممکن است به هیستریکتومی ساب‌توتال نیاز باشد.

۸. اداره‌ی مشکلات

زن بعد از انجام مراقبت‌های اورژانسی، بایستی بصورت فوری به سطح مراقبتی بالاتر جهت درمان عوارض بعدی، ارجاع داده شود.

پريتونیت

پريتونیت ژنرالیزه، التهاب صفاق است. این بدان معناست که هر دو لایه صفاق، یعنی صفاق جداری، پرده‌ای که روی دیواره شکم کشیده شده، و صفاق احشایی که بر روی احشاء یا ارگان‌های داخلی بدن کشیده شده، دچار التهاب می‌شود.

تشخیص:

مهم است که پريتونیت چگونه تشخیص داده می‌شود. پريتونیت و/ یا آبسه‌های متعدد در شکم می‌تواند به دنبال برش سزارین یا پارگی رحم، یا در اثر عوارض ناشی از سپسیس نفاسی رخ دهد.

علائم و نشانه‌های زیر وجود دارند.

- تب / لرز
- ریباند تندرینس^۱
- درد شکم
- اتساع شکم به مدت ۳ الی ۴ روز
- تهوع / استفراغ
- بی‌اشتهایی
- فقدان صداهای روده‌ای
- شوک

درمان پريتونیت ژنرالیزه:

۱- جهت تعیین ریباند تندرینس یا حساسیت برگشتی، شکم را لمس کرده و سپس به سرعت دستتان را عقب بکشید. در صورت التهاب صفاق، این عمل دردناک خواهد بود.

اولین دوز آنتی‌بیوتیک وریدی را بدهید (مانند زیر).

یک راه وریدی برقرار کرده و سریعاً زن را به مرکز مراقبتی سطح بالاتر معتبر برای مراقبت‌های زیر انتقال دهید:

- ساکشن دهان و بینی
- مایعات داخل وریدی
- آنتی‌بیوتیک ترکیبی، به نحوی که در مورد سپسیس نفاسی شرح داده شد، بعنوان مثال آمپی‌سیلین وریدی ۲ گرم هر ۶ ساعت، و

جنتامایسین وریدی ۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت و مترونیدازول وریدی ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت.

در صورت نیاز، لاپاروتومی جهت شستشوی صفاق صورت می‌گیرد.

سپتی سمی

سپتی سمی، وجود و تکثیر باکتری‌ها در گردش خون است.

تشخیص:

- تب / لرز
- نبض سریع
- زن بسیار بیمارگونه
- هذیان ممکن است اتفاق بیفتد.
- زردی ممکن است ایجاد گردد.

اداره‌ی سپتی‌سمی:

آنتی‌بیوتیک وریدی ترکیبی را همانطور که در مورد سپتی‌سمی شرح داده شد، شروع کنید.

- مایعات داخل وریدی بدهید.
- زن را بدون تأخیر به مرکز مراقبتی سطح بالاتر ارجاع دهید.

آبسه

تشخیص:

- درد قسمت تحتانی شکم و اتساع
- تب مداوم، خیزدار / لرز
- رحم تندر
- پاسخ ضعیف به آنتی‌بیوتیک

- تورم آدنکس‌ها یا بن‌بست دوگلاس در معاینه واژن
- به‌دست آوردن چرک در کلدوستنتر

اداره‌ی آبسه:

- شروع آنتی‌بیوتیک ترکیبی به نحوی که در سپسیس نفاسی شرح داده شد.
- شروع انفوزیون وریدی
- ارجاع زن به سطح مراقبتی سطح بالاتر معتبر جهت تخلیه چرک از طریق کلدوساک (یعنی از طریق دیواره‌ی خلفی واژن به داخل بن‌بست دوگلاس)، در صورت متحرک بودن آبسه (شکل ۵.۱)
- اگر تب خیزدار ادامه یابد، لاپاروتومی انجام خواهد گرفت.

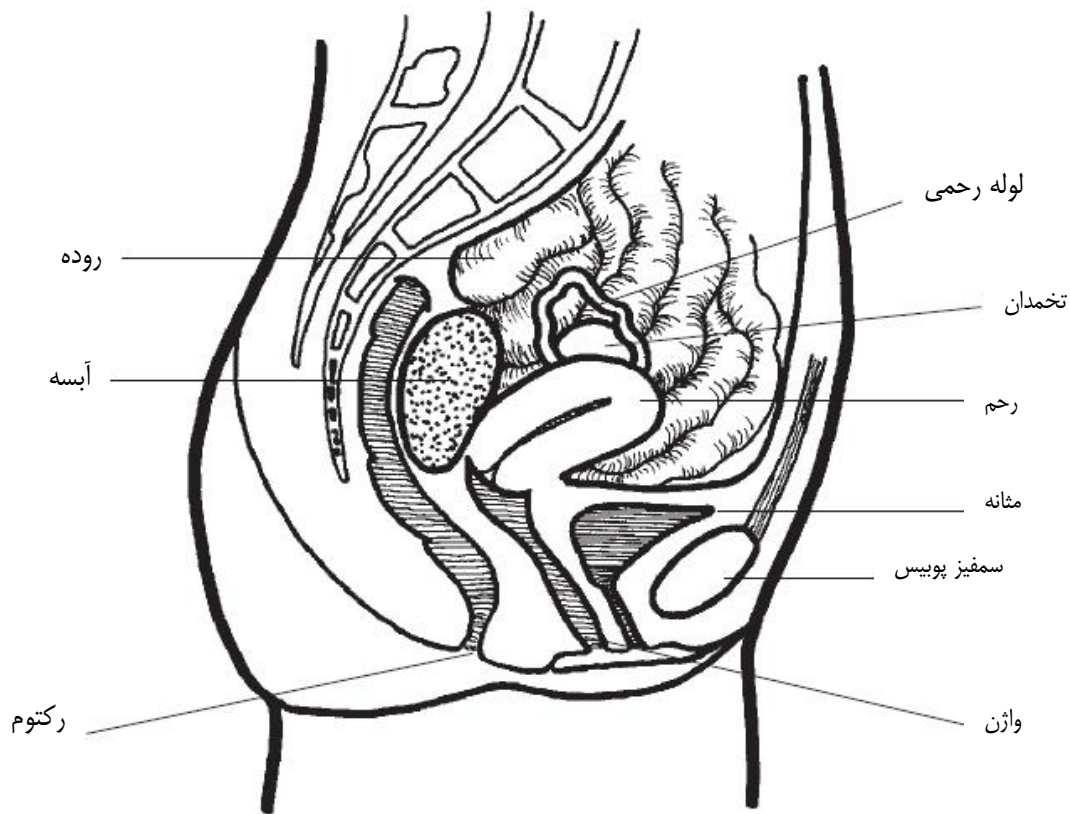
۹. اداره‌ی عفونت‌های پرینه و زخم‌های شکمی

علائم و نشانه‌های آبسه‌های زخمی، سروما یا هماتوم

- معمولاً زخم دردناک با ترشحات خونی یا سרוزی
- اریتم مختصر (قرمزی) که به آنسوی انسزیون / لبه انسزیون گسترده شده است.

اداره

رجوع به پروتکل محلی برای اداره موارد جراحی. اگر چرک یا مایع وجود داشته باشد، ممکن است نیاز به باز کردن زخم و تخلیه داشته‌باشد. بعد از آن، زخم بایستی توسط یک گاز مرطوب پوشانده‌شود که بایستی هر ۲۴ ساعت تعویض گردد.



شکل ۵.۱: آبسه در بن بست دوگلاس

بهداشت خوب، ضروری است. اگر زخم پرینه وجود داشته باشد، در مورد اهمیت پوشش با پدهای بهداشتی تمیز تأکید کنید که بایستی بطور مرتب تعویض شوند. در صورت نیاز بایستی آنالژی داده شود. علائم حیاتی را کنترل کنید.

اگر سلولیت زخم و فاشیئت نکروزان وجود داشت ولی عفونت سطحی بود:

مشابه بالا درمان کنید، و همچنین آنتی بیوتیک بدهید:

- آمپی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۴ بار در روز به مدت ۵ روز، و
- مترونیدازول ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز.

از نظر گسترش آبسه بررسی کنید.

اگر عفونت عمیق باشد، عضلات را درگیر کرده و سبب نکروز شود، (فاشیئت نکروزان):

آنتی بیوتیک ترکیبی را تا زمانی که بافت نکروتیک خارج شده و تب زن به مدت ۴۸ ساعت قطع شود، بدهید.

- پنی سیلین ۲ G میلیون 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.

زمانی که تب زن به مدت ۴۸ ساعت قطع شد:

- آمپی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۴ بار در روز به مدت ۵ روز، و
- مترونیدازول ۴۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز بدهید.

درمان در تسهیلات بهداشتی سطح بالاتر مورد نیاز خواهد بود. فاشییت نکروزان نیازمند دبریدمان جراحی خواهد بود (یعنی خارج کردن تمام بافت‌های آلوده و مرده تا زمانی که بافت سالم اطراف دیده شود).

نیاز خواهد بود که پانسمان زخم بطور مرتب حداقل ۲ بار در روز تعویض شود.

بعد از ۲ تا ۴ هفته یا زمانی که عفونت برطرف شد، پزشک دومین مرحله بستن زخم را انجام خواهد داد.

♦ ۱. اداره‌ی کوریوآمنیونیت

علائم و نشانه‌ها

- تب / لرز
- ترشحات آبکی بدبو بعد از هفته ۲۲
- درد شکم

همچنین ممکن است:

- تاریخچه از دست دادن خون
- رحم حساس
- ضربان قلب سریع جنین
- خونریزی واژینال روشن وجود داشته‌باشد.

اداره

تاجائی که ممکن است زایمان بایستی هر چه زودتر انجام بگیرد. زن و بچه‌اش هر دو در معرض خطر از دست دادن زندگی‌شان قرار دارند.

- راه وریدی برقرار کرده و مایعات داخل وریدی را شروع کنید.
- آنتی‌بیوتیک را شروع کنید
- آمپی‌سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت، و
- جنتامایسین ۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت.

- همچنین داروی ضدتب بدهید.
- از نظر علایم شوک بررسی کنید.
- زن را بدون تأخیر به سطح مراقبتی بالاتر انتقال دهید که متخصص زنان و کودکان ماهر در دسترس باشد. جهت انجام زایمان و احیای نوزاد در حین انتقال آماده باشید.

اگر دهانه‌ی رحم مناسب باشد (یعنی نرم، نازک و نسبتاً متسع)، زایمان القا شود.

اگر دهانه‌ی رحم نامناسب باشد (یعنی ضخیم، سفت و بسته)، ممکن است توسط پروستاگلاندین‌ها نرم شود و لیبر به‌وسیله اکسی‌توسین القا شود یا زایمان توسط برش سزارین انجام شود.

پیشگیری از کوریوآمیونیوت

به زنان حامله توصیه کنید که به محض خروج مایع از کانال زایمانی در جستجوی کمک پزشکی باشند. اگر پرده‌ها پاره شده و زن انقباض نداشت، معاینه واژینال انجام ندهید.

اگر لیبر در عرض ۱۸ ساعت بعد از پارگی پرده‌ها اتفاق نیفتاد، درمان با آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک را مطابق زیر به مادر بدهید: بعد از زایمان واژینال، آنتی‌بیوتیک را قطع کنید.

اگر زایمان به روش سزارین انجام گرفت، مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم وریدی هر ۸ ساعت همچنان داده خواهد شد. آنتی‌بیوتیک تا زمان قطع تب به مدت ۴۸ ساعت تجویز خواهد شد.

۱۱. اداره‌ی کزاز

اداره‌ی سپسیس نفاسی به‌علت کزاز.

مادر را فوراً به سطح مراقبتی بالاتر ارجاع دهید.

زمانی که منتظر انتقال و یا زمانی که در راه بیمارستان هستید:

- زن را به پهلو بخوابانید تا ترشحات را استنشاق نکند.
- راه هوایی را باز نگه دارید.
- به مادر ۱۰ میلی‌گرم دیازپام وریدی به آرامی در عرض ۲ دقیقه تا زمان کنترل اسپاسم و کمتر شدن احتمال تشنجات بدهید. او را از صدا و نور دور نگه دارید.
- راه وریدی برای هیدراته کردن بیمار برقرار نمایید. مایعات را بصورت خوراکی ندهید.
- آنتی‌بیوتیک بدهید. پنی‌سیلین بنزیل ۲ میلیون واحد هر ۴ ساعت به مدت ۴۸ ساعت. که با آمپی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۱۰ روز ادامه خواهد یافت.
- آنتی‌توکسین کزاز، ۳۰۰۰ واحد عضلانی تزریق نمایید.

در سطح بالاتر مراقبتی، علت عفونت یعنی بافت‌های عفونی برداشته خواهد شد.

ممکن است نیاز به انجام تهویه مکانیکی باشد.

در این شرایط مرگ و میر بالا خواهد بود.

برای موثر بودن، توکسوئید کزاز به هیچ وجه نباید منجمد شود و بایستی در دمای زیر ۸ درجه نگهداری شود. از جدول زیر برای بحث در مورد برنامه ایمن‌سازی توکسوئید کزاز سازمان بهداشت جهانی استفاده کنید.

جدول ۱: برنامه ایمن‌سازی توکسوئید کزاز سازمان بهداشت جهانی

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

در پایان بخوانید هر سوالی دارند بپرسند.

اطلاعاتی درباره پیشگیری از عفونت

پروسیجرهای پیشگیری از عفونت برای اداره هرگونه مشکل در بارداری و زایمان امری مهم تلقی می‌شوند. از دانشجویان بخواهید علل اهمیت تمرین‌های پیشگیری از عفونت را لیست نمایند. پاسخ‌های آن‌ها را در تخته‌سیاه یا فلیپ‌چارت بنویسید، که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

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

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

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

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

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

شستشوی دست

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

دست‌ها را باید در زمان‌های ذکر شده‌ی زیر شست:

قبل از معاینه‌ی فیزیکی یا لگنی یا سایر پروسیجرها

قبل از پوشیدن دستکش‌ها

بعد از دست زدن به وسایل استفاده شده

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

بعد از درآوردن دستکش‌ها

در فاصله‌ی تماس با بیماران مختلف

استفاده از دستکش

دستکش‌های نو و یا دستکش‌های ضدعفونی شده بایستی هنگام انجام معاینات لگنی یا سایر پروسیجرها توسط کارکنان بهداشتی پوشیده شوند، بخصوص در مواردی که احتمال تماس با خون یا سایر مایعات بدن وجود دارد. دستکش‌ها باید از هر بیمار به بیمار دیگر و از هر پروسیجر به پروسیجر دیگر تعویض شوند.

کارکنان بهداشتی که وظیفه‌ی تمیز نمودن وسایل را بر عهده دارند و در معرض تماس با خون هستند باید هنگام تمیز کردن وسایل، دور ریختن زباله‌ها و تماس با ملافه‌های آلوده، دستکش بپوشند. دستکش‌های کاری ضخیم برای چنین مواردی مناسب است.

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

استفاده از پیش‌بند، گان و عینک محافظ

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

ضد عفونی کردن وسایل

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

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

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

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

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

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

تمیز کردن

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

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

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

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

استریلیزاسیون و ضد عفونی سطح بالا

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

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

- اتوکلاو (بخار تحت فشار)

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

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

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

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

ضد عفونی حد واسط

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

نگهداری وسایل

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

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

جا به جا نمودن و دور ریختن وسایل تیز

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

بیشترین خطر انتقال ویروس HIV در مراکز بهداشتی از طریق سوراخ شدن پوست با سوزن یا وسایل نوک‌تیز آلوده است. اکثر زخم‌های ایجاد شده با وسایل نوک‌تیز که حاوی ویروس HIV هستند، زخم‌های عمیق ایجاد شده با سرسوزن‌های توخالی

هستند. چنین زخم‌ها اغلب زمانی ایجاد می‌شوند که درپوش سرسوزن‌ها گذاشته می‌شود، سرسوزن‌ها تمیز شده و یا به طور نامناسب دور انداخته می‌شوند.

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

دور ریختن زباله‌ها

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

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

هر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه نمایید.



امتحان در مورد سپسیس نفاسی

این آزمون، دانش بدست آمده در طول پنج دوره اول این مدل را تست خواهد کرد. ممکن است شما از آن در مورد دانشجویان خود استفاده کنید و یا با آن تطبیق دهید.

نحوه‌ی استفاده از آزمون

- استفاده از آزمون و رقابت با دیگران را برای تیم ترتیب دهید (که می‌تواند به اندازه‌ی تعلیم، سرگرم کننده باشد).
- آزمون را به هر دانشجو داده و از آن‌ها بخواهید تا پاسخ‌ها را از یادداشت‌ها و کتاب‌هایشان پیدا کنند.
- از آزمون بعنوان تست در کلاس استفاده کنید.
- بازی آموزشی خارج از بحث آزمون مانند بکاربردن این جمله که "یا می‌دانید؟" در مدل خونریزی پس از زایمان ترتیب دهید.
- به دانشجویان اجازه دهید که یک بازی آموزشی خارج از بحث سوالات داشته باشند.

سوالات

۱. سپسیس نفاسی چیست؟ (۲ نمره)
۲. سه محل عفونت در سپسیس نفاسی را نام ببرید. (۳ نمره)
۳. سه محلی را که سبب ایجاد تب در دوره نفاس می‌شوند و ارتباطی با بارداری ندارند را نام ببرید. (۳ نمره)
۴. سیتی‌سمی چیست؟ (۲ نمره)
۵. چرا یک زن تازه زایمان کرده در معرض خطر سپسیس نفاسی است؟ (۲ نمره)
۶. سه چیزی را که شما برای دادن تشخیص به آن‌ها نیاز دارید را نام ببرید. (۳ نمره)
۷. ۵ عامل خطر ایجاد سپسیس نفاسی را نام ببرید.
۸. چرا در موارد سپسیس نفاسی شروع آنتی‌بیوتیک بصورت فوری، مهم‌تر از انتظار برای نتایج آزمایشات است؟ (۲ نمره)
۹. ۳ عامل خطر ایجاد ماستیت را نام ببرید. (۳ نمره)
۱۰. ۳ عامل خطر ایجاد عفونت ادراری را نام ببرید. (۳ نمره)

۱۱. چه آزمایشی وجود عفونت در دستگاه ادراری را تأیید می‌کند؟ (۲ نمره)
۱۲. ۵ عامل خطر برای ایجاد ترومبوز ورید عمقی (DVT) را نام ببرید. (۵ نمره)
۱۳. خطر عمده DVT چیست؟ (۲ نمره)
۱۴. چه آزمایشی برای تأیید سپتی‌سمی می‌تواند استفاده شود؟ (۲ نمره)
۱۵. چرا در موارد سپتی‌سمی، شروع فوری آنتی‌بیوتیک نسبت به انتظار برای نتایج آزمایشات مهم است؟ (۲ نمره)
۱۶. سایر شرایطی که ممکن است در موارد شناخته‌نشده و خوب درمان نشده سپتی‌سمی ایجاد شوند، چیست؟ (۲ نمره)
۱۷. واژه‌ی AIDS چه چیزی را نشان می‌دهد؟ (۲ نمره)
۱۸. واژه‌ی HIV چه چیزی را نشان می‌دهد؟ (۲ نمره)
۱۹. سه راهی را که HIV می‌تواند منتقل شود، نام ببرید. (۳ نمره)
۲۰. در کشور شما تخمین زده می‌شود که چند نفر آلوده به HIV هستند؟ (۲ نمره)
۲۱. سه راهی که می‌تواند سبب پیشگیری از HIV شود را پیشنهاد کنید. (۳ نمره)
۲۲. زمان‌هایی را که شستشوی دست‌های شما برای پیشگیری از عفونت مهم است را لیست کنید. (۳ نمره)
۲۳. تأخیر در درمان بر روی زن دچار سپسیس نفاسی چه تأثیری دارد؟ (۲ نمره)
۲۴. اگر تأخیر به معنای مرگ است، سرعت عمل می‌تواند چکار کند؟ (۲ نمره)
۲۵. چرا ایزوله کردن زنی که تب داشته و شک به وجود سپسیس نفاسی دارد، مهم است؟ (۲ نمره)
۲۶. چرا آماده کردن مراقبت‌های مامایی پیشگیری‌کننده از عفونت برای زنی که تب داشته و شک به سپسیس نفاسی وجود دارد، مهم است؟ (۲ نمره)
۲۷. چرا آنتی‌بیوتیک ترکیبی برای درمان سپسیس نفاسی تجویز می‌گردد؟ (۲ نمره)
۲۸. رژیم آنتی‌بیوتیکی مناسبی که بایستی فوراً برای زن دچار سپسیس نفاسی تجویز شود را پیشنهاد کنید. داروها و دوز تجویز آن‌ها را که شما بایستی بدهید بیان کنید. (۵ نمره)
۲۹. چرا دادن مایعات به مقدار زیاد برای زنی که تب دارد، مهم است؟ (۲ نمره)
۳۰. پنج علامت و نشانه‌ی شک به پریتونیت را شرح دهید. (۵ نمره)

۳۱. دو اقدامی را بیان کنید که شما در موارد وجود پریتونیت بایستی انجام دهید. (۲ نمره)

۳۲. علایم و نشانه‌های سپسیس نفاسی چیست؟ (۵ نمره)

۳۳. علایم و نشانه‌های کوریوآمنیونیت چیست؟ (۵ نمره)

۳۴. پارامتریت چیست؟ (۲ نمره)

۳۵. تعریف عوامل قابل اجتناب چیست؟ (۱ نمره)

۳۶. سه چیزی را بیان کنید که شما می‌توانید برای پیشگیری از سپسیس نفاسی انجام دهید (۳ نمره)

۳۷. دو چیزی را بیان کنید که شما می‌توانید در مواردی که زن دچار پارگی طولانی مدت پرده‌ها شده، برای

پیشگیری از ایجاد کوریوآمنیونیت انجام دهید. (۲ نمره)

۳۸. دو چیزی را بیان کنید که می‌توانید برای پیشگیری از ایجاد آبسه توصیه کنید.

۳۹. چه زنانی بیشتر در معرض خطر عفونت با کزاز خواهند بود؟ (۲ نمره)

۴۰. اگر زنی از تندر نس در لمس رحم در دوره بعد از زایمان شاکی بود، بایستی دنبال چه علایمی باشیم و چرا؟ (۶

نمره)

نمره کلی=۱۱۰



پاسخ‌ها

نیازی نیست که پاسخ‌های دانشجویان دقیقاً مشابه پاسخ‌های ذکر شده زیر باشد، با این وجود، مدرس بایستی بررسی کند که آن‌ها چگونه بخوبی مفاهیم را شرح می‌دهند.

برای پاسخ‌های صحیح، و/ یا برای شرح واضحی از مطالب مهم، نمره کامل دهید.

نمره‌ای را بصورت اختیاری برای پاسخ‌های نسبتاً صحیح اختصاص دهید. با این وجود در صورتی که پاسخ‌ها از موضوع منحرف شدند، از این کار صرف‌نظر کنید.

۱. سپسیس نفاسی یک عفونت باکتریایی دستگاه تناسلی است که بعد از زایمان بچه و معمولاً بعد از ۲۴ ساعت اول اتفاق می‌افتد.

۲. هر سه پاسخ صحیح را قبول کنید:

- رحم (محل جفت)

- دهانه‌ی رحم (پارگی)

- واژن (پارگی)

- پرینه (اپی‌زیوتومی یا پارگی)

۳. هر سه پاسخ صحیح زیر را قبول کنید:

- عفونت‌های قفسه سینه

- مالاریا

- تیفوس

- دیسانتری

- مننژیت

یا سایر پاسخ‌های صحیح دیگر

۴. سپتی‌سمی زمانی اتفاق می‌افتد که باکتری‌های بیماری‌زا در گردش خون وجود داشته باشند.

۵. یک زن تازه زایمان کرده در معرض خطر است زیرا:

- محل جفت، گرم، مرطوب، تاریک و غنی از خون است (این‌ها رشد باکتری‌ها را تحریک خواهند کرد)

- دهانه‌ی رحم بطور نسبی باز بوده و بنابراین باکتری‌ها می‌توانند وارد حفره‌ی رحم شوند.

- دستگاه تناسلی به آنوس نزدیک است و در نتیجه به باکتری‌های بیماری‌زا اجازه عبور آسان از طریق واژن را می‌دهد.

۶. (الف) گرفتن شرح حال

(ب) معاینه بالینی

(ج) آزمایشات/ شواهد ممکن است تأییدکننده تشخیص باشند.

۷. هر ۵ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید:

- لیبر طول کشیده
- لیبر متوقف شده
- دهیدراتاسیون و خستگی
- پارگی طولانی مدت پرده‌ها
- معاینات واژینال مکرر
- دستکاری‌های زیاد کانال زایمانی
- تکنیک‌های آسپتیک ضعیف
- هر مداخله بصورت دستکاری با دست‌های آلوده یا جسم خارجی در داخل واژن
- باقی ماندن تکه‌هایی از جفت یا پرده‌ها
- کم‌خونی

۸. به این علت که عفونت به سرعت از محل جفت وارد گردش خون عمومی می‌شود. همچنین به این خاطر که سپتی‌سمی به سرعت کشنده خواهد بود.

۹. هر ۳ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید:

- احتقان پستان
- نیپل ترک خورده
- مشکل در پستان‌گیری نوزاد و در نتیجه آسیب نیپل
- کیبودی بافت پستان (بعلت خشونت در مواجهه)

۱۰. هر ۳ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید:

- تغییرات فیزیولوژیک در بارداری که منجر به استاز ادرار می‌شود.
- تروما در حین لیبر
- کاتتریزاسیون در طول لیبر
- بهداشت ضعیف ناحیه ولو
- کم‌خونی

۱۱. نمونه وسط ادرار برای آزمایش از نظر باکتریولوژی به آزمایشگاه ارسال خواهد شد (برای دادن ۲ نمره، هم نام آزمایش و هم آزمایشی که نیاز است به آزمایشگاه فرستاده شود بایستی ذکر شود).

۱۲. هر ۵ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید:

- سن بیشتر از ۳۵ سال
- پاریته بالا
- چاقی
- برش سزارین
- تروما به پاها
- بی‌تحرکی
- دهیدراتاسیون و خستگی
- سیگار

- استفاده از استروژن‌ها؛ سابقه مصرف استروژن طولانی مدت (مثل قرص‌های خوراکی ضدبارداری)

۱۳. آمبولی ریه
۱۴. کشت خون
۱۵. زیرا سپتی سمی می‌تواند به سرعت سبب مرگ شود.
۱۶. شوک سپتیک
۱۷. سندرم نقص ایمنی اکتسابی
۱۸. ویروس نقص ایمنی انسانی
۱۹. هر ۳ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید:
- نزدیکی جنسی
 - تماس با خون، محصولات خونی، مایعات بدن
 - سرنگ‌های آلوده، سرسوزن‌ها، سایر تجهیزات
 - از مادر به جنین قبل از زایمان*
 - بلافاصله از مادر به جنین بعد از زایمان*
 - تماس با ارگان‌ها یا بافت‌های جایگزین
 - * یعنی انتقال پری‌ناتال
۲۰. برای این سوال نمودار مربوط به کشور خود را درج کنید.
۲۱. هر ۳ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید:
- داشتن یک شریک جنسی با پیوند ازدواج
 - اجتناب از بی‌بندوباری
 - استفاده از کاندوم در طول رابطه جنسی
 - اجتناب از رابطه جنسی
 - شناسایی و اداره‌ی تمام بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی
 - غربالگری تمام خون‌های برای ترانسفوزیون از نظر HIV
 - اجتناب از سوء استفاده داروها از طریق وریدی، و بخصوص سرنگ‌ها و سرسوزن‌های آلوده
 - استفاده از دستکش، گان و لباس محافظ برای کارکنان در طول زایمان/ جراحی
۲۲. قبل از انجام معاینه فیزیکی یا معاینه لگن یا سایر پروسیجرها.
- قبل از پوشیدن دستکش.
 - بعد از مواجهه با ابزار (آلوده).
 - بعد از تماس با غشاهای مخاطی، بافت‌ها، خون و سایر مایعات بدن.
 - بعد از درآوردن دستکش.
 - بین تماس با بیماران مختلف.
۲۳. تأخیر به معنای مرگ است.
۲۴. سرعت عمل می‌تواند نجات دهنده‌ی زندگی باشد.

۲۵. زیرا عفونت می‌تواند به سرعت به سایر مادران و بچه‌ها گسترش یابد.
۲۶. برای کاهش خطر عفونت متقاطع، یعنی گسترش عفونت به سایر مادران و بچه‌ها
۲۷. زیرا ترکیبی از ارگانسیم‌ها سبب ایجاد عفونت شده‌اند، و ارگانسیم‌های درگیر تا زمان کشت شناسایی نشده و حساسیت ارگانسیم‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها در دسترس نیست. آنتی‌بیوتیک ترکیبی با احتمال بیشتری بر علیه طیفی از ارگانسیم‌ها موثر است، یعنی هم میکروارگانسیم‌های هوازی و هم بیهوازی.
۲۸. آمپی‌سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن وریدی هر ۲۴ ساعت و مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم وریدی هر ۸ ساعت.
۲۹. زیرا سبب کاهش تب و پیشگیری از دهیدراتاسیون خواهد شد.
۳۰. پریتونیت سبب:
- تب/ لرز
 - درد پایین شکم
 - اتساع شکم
 - ریپاند تندرns
 - تهوع
 - فقدان صداهای روده
 - شوک می‌شود.
۳۱. (الف) برقراری راه وریدی (IVI).
- (ب) عبور سوند معده جهت ساکشن بینی- معده
- (ج) دادن آنتی‌بیوتیک
۳۲. علایم و نشانه‌های سپسیس نفاسی شامل موارد زیر است:
- تب ۳۸ درجه یا بیشتر
 - لرز و ضعف عمومی
 - درد پایین شکم
 - رحم حساس
 - جمع نشدن کامل رحم یعنی بیشتر از حد مورد انتظار نسبت به مرحله نفاس
 - لوشیای بدبو
 - ممکن است زخم عفونی وجود داشته‌باشد.
 - شوک در موارد شدید
۳۳. تب و نبض سریع
- رحم حساس در لمس
 - ترشح مایع آمنیون بدبو
 - بچه ممکن است ضربان قلب سریع داشته باشد (بالای ۱۶۰ ضربه در دقیقه)
 - تارینچه‌ای از پارگی طولانی مدت پرده‌ها وجود دارد.

۳۴. عفونت پارامترها
۳۵. عواملی که سبب وقوع حادثه شده و یا آن را خطرناک تر می‌کنند.
۳۶. هر ۳ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید
- اجتناب از مداخله‌های غیر ضروری در طول لیبر
 - اطمینان از زایمان تمیز
 - شناسایی لیبر طول کشیده و ارجاع به نحو مناسب
 - درمان بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی موجود از قبل
 - ایمن‌سازی زنان باردار در برابر کزاز
۳۷. (الف) دادن آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک در زمان پارگی پرده‌ها به مدت بیش از ۱۸ ساعت.
- (ب) ارجاع به سطح مراقبتی بعدی برای ارزیابی و القای احتمالی لیبر
۳۸. هر ۲ پاسخ صحیح زیر را بپذیرید
- درمان فوری نیپل‌های ترک‌خورده
 - آموزش مادر در خصوص اطمینان دایمی از نحوه تماس محکم بچه با پستان
 - قبل از جدا کردن شیرخوار از پستان مادر، آموزش دادن به مادر در مورد اینکه بایستی ابتدا همیشه شیرخوار مکیدن از پستان را رها کند و سپس او را جدا کند
 - اجتناب از استاز شیر
 - ارتقای بهداشت پستان
۳۹. زنان در معرض خطر بیشتر عبارتند از:
- ایمن‌سازی ناکافی بر علیه کزاز
 - اعمال سنتی که آن‌ها را بیشتر در معرض خطر قرار می‌دهد (ورود خاک آلوده، مدفوع گاو از طریق واژن خطرناک است).
۴۰. همچنین جستجو برای:
- لوشیای حجیم
 - تب
 - نبض سریع
 - درد پایین شکم
 - برگشت ناکامل رحم
 - شوک

یادگیری مهارت‌های بالینی



جلسه ۵

یادگیری مهارت‌های بالینی

هدف این جلسه

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

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۵ دانشجویان قادر خواهند بود:

- عوامل خطری که زن را در معرض خطر سپسیس نفاسی قرار می‌دهد را شناسایی کرده و عللی را که سبب افزایش خطر می‌شوند را شرح داده و راه‌های احتمالی برای کاهش این خطرات را شرح دهند.
- یک معاینه بالینی کامل از زن دچار سپسیس نفاسی را انجام داده و علایم و نشانه‌های سپسیس را شناسایی کنند.
- توانایی خود را جهت بررسی دقیق علایم حیاتی زن نشان دهند.
- توانایی خود در بدست آوردن نمونه وسط ادرار را نشان دهند.*
- توانایی برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی را با توضیح دلایل انجام این کار، بکارگیری احتیاط‌های لازم و نگهداری مستندات نشان دهند.*
- اهمیت دریافت مایعات کافی را شرح داده و توانایی ارزیابی مایعات دریافتی و دفع شده را نشان دهند.
- تجویز، درخواست، ذخیره و اجرای دستورات مربوط به آنتی‌بیوتیک‌ها، ضدتب و ضددردها را توضیح داده و توانایی اجرای دستورات دارویی لازم را نشان دهد.*
- توانایی خود در شستشوی پرینه را بطور صحیح و شناسایی علایم عفونت نشان دهند.
- توانایی در وارد کردن سوند ثابت و ارزیابی برون‌ده ادراری را نشان دهند.
- چگونگی ایجاد عوارض ترومبوآمبولیک و چگونگی به حداقل رساندن خطر آن را شرح دهند.
- اهمیت دریافت مایعات به مقدار کافی و رژیم غذایی سبک با افزودن مکمل‌های غذایی برای کمک به بهبودی را شرح دهند. همچنین نشان دهند که این عمل می‌تواند زن بیمار را به خوردن تشویق کند.
- اهمیت پیشگیری از ایجاد عفونت متقاطع را شرح داده و ایزوله کردن موثر و مراقبت‌های مامایی پیشگیری‌کننده از عفونت در زنی که از سپسیس نفاسی رنج می‌برد را نشان دهند.
- توانایی خود را برای نگهداری مستندات صحیح نشان دهد.

طرح درسی

سخنرانی (۲ ساعت).

آموزش بالینی - تقریباً ۲ ساعت برای گروه کوچکی از دانشجویان به ازای هر مهارت، و زمان اضافی برای آموزش فردی و ارزیابی.

منابع

اداره مشکلات در بارداری و زایمان: راهنمایی برای ماماها و پزشکان، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، (WHO/RHR/00.7).

تجهیزات برای نمایش/تمرین شبیه‌سازی

چک‌لیست برای ارزیابی مهارت

*این مهارت‌ها ممکن است توسط دانشجویانی که مدل‌های خونریزی پس از زایمان و لیبر طول کشیده، متوقف‌شده را گذرانده‌اند، کسب شده باشد.

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

هر مهارت در سه عنوان سازماندهی شده است: **روش آموزشی؛ محتوای آموزشی و ارزیابی صلاحیت‌ها.** در صورتی که برای مدرس استفاده از اطلاعات موجود در هر عنوان حائز اهمیت باشد، دنبال کردن جزء به جزء دستورالعمل‌های هر مهارت در ارزیابی صلاحیت‌ها بسیار مهم و حیاتی است. بنابراین ممکن است استخراج دستورالعمل‌ها و درست کردن چک‌لیستی از آن‌ها و گذاشتن محلی برای نظرات هم مدرس و هم دانشجو برای هر مهارت، کار مفیدی باشد. فرم‌ها برای هر دانشجویی که ارزیابی می‌شود، باید کپی گردد. برخی از مهارت‌های موجود در این جلسه مهارت‌های پایه‌ی پرستاری هستند که برای دانشجویان مامایی مهم هستند تا آن‌ها را قادر سازند که در تمرین مامایی از آن‌ها استفاده نمایند.

به دانشجویان یادآوری کنید که تکنیک‌های پیشگیری از عفونت که به ترتیب در اداره‌ی عفونت نفاسی در جلسه ۴ توضیح داده شد، در مهارت‌های این جلسه نیز کاربرد دارند.

مهارت: تشخیص عواملی که زن را در معرض افزایش خطر سپسیس نفاسی قرار می‌دهد

روش آموزشی

دانشجویان را به گروه‌های ۲ تا ۳ نفره تقسیم کنید. در بالین یا در طول یک ویزیت خانگی آن‌ها بایستی:

۱. یک زن را انتخاب کنند (در لیبر/ زن تازه زایمان کرده)
۲. بعد از کسب اجازه از پرستار/ مامای مسئول مراقبت، خود زن و خویشاوندانش، شرح حال وی را در برگه گزارشات بخوانند.
۳. با زن صحبت کرده و هر اطلاعات جدید را به روزرسانی کنند.
۴. یک معاینه کامل بالینی از زن انجام دهند.
۵. همزمان با انجام این دستورات، عواملی را که زن را در معرض افزایش خطر سپسیس نفاسی قرار می‌دهد را شناسایی کنند. یافته‌های دانشجویان را در کنار تخت/ خانه بررسی کنید.

محتوای آموزشی

عوامل خطر مهم برای سپسیس نفاسی می‌تواند از طریق شرح حال‌گیری و خواندن گزارشات شناسایی شود. سوالاتی مانند زیر بپرسید:

- زن چه مدت در لیبر بود؟
- آیا پرده‌ها چندین ساعت قبل از شروع لیبر پاره شده بودند؟
- چه کسی و در کجا زایمان بچه را انجام داد. آیا زایمان تمیز بود. آیا مواد در داخل واژن قرار داده شد (مدفوع گاو، گل، گیاهان، غیره)؟

- آیا زن تحت عمل سزارین یا سایر روش‌های زایمان ابزاری قرار گرفت؟
- آیا خونریزی شدید بعد از زایمان وجود داشت؟
- آیا زن دچار عفونت‌های منتقل شونده از طریق جنسی در طول بارداری بود (تاریخچه‌ای از ترشحات زیاد و محرک زرد و سبز رنگ)؟
- آیا زن دچار دیابت یا کم‌خونی است؟
- آیا زن تاکنون بر علیه کزاز ایمن‌سازی شده‌است؟

سایر عوامل خطری که می‌توانند بوسیله معاینه‌ی فیزیکی شناسایی شوند شامل:

- شواهدی از کم‌خونی (معنوان مثال رنگ‌پریده بودن کف دست و ملتحمه؛ تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)
- شک به احتباس محصولات جفتی، رحم نرم و حجیم، لوشیای شدید و حاوی لخته‌های خونی
- وجود پارگی‌های ترمیم نشده واژن و دهانه‌ی رحم

ارزیابی صلاحیت

برای تعیین اینکه دانشجو صلاحیت کافی را داراست، پاسخ به این سوالات باید مثبت باشد.

۱. آیا دانشجو قادر به شناسایی عوامل خطر می‌باشد؟
 - از مستندات ثبت شده؟
 - از تاریخچه‌ای که خودش از بیمار گرفته است؟
 - از معاینات بالینی؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند توضیح دهد که چرا خطر وجود دارد؟
۳. آیا دانشجو می‌داند به منظور اطمینان از اجتناب از خطر و یا کاهش آن، چه باید بکند؟

مهارت: معاینه فیزیکی کامل، شناسایی علایم و نشانه‌های عفونت نفاسی

فرض بر این است که دانشجویان قبلاً تجربه انجام معاینات پس از زایمان را دارند.

روش آموزشی

دانشجویان را به گروه‌های دو یا سه نفره تقسیم کنید. آنها باید در محیط بالینی یا طی ویزیت در منزل یک معاینه بالینی کامل از یک زن زایمان کرده را نشان دهند.

محتوای آموزشی

پیش از شروع معاینه، از زن بخواهید که مژانه‌اش را خالی کند.

معاینه فیزیکی باید مشتمل بر موارد زیر باشد:

۱- علایم حیاتی: درجه حرارت، نبض، تنفس و فشارخون. به هر حال، به هرگونه تب و/ یا نبض تند، و/ یا میزان تنفس سریع توجه داشته باشید.

به فشارخون توجه نمایید.

۲- از زن پرسید

- چه احساسی دارد
- آیا دردی دارد
- آیا مشکلات یا علایمی دارد که او را نگران کند.

۳- به رنگ، سرزندگی و خلق وی توجه کنید. آیا او خوب به نظر می‌رسد یا بیمار؟

۴- زن را از سر تا پا معاینه کنید.

معاینات

سر

علایم تب را یادداشت کنید (شامل رنگ برافروخته یا تیره و پیشانی داغ)

گردن

از نظر بزرگی غدد و گلودرد بررسی کنید

پستان‌ها

مشاهده کنید:

- هرگونه التهاب
- هرگونه تورم
- برقراری جریان شیر
- نوک پستان زخمی و ترک خورده

لمس کنید خیلی آرام و توجه کنید به:

- درد/ ناراحتی
- هرگونه تورم، نواحی گرم، توده‌ها
- نواحی سفت (آیا پستان‌ها احتقان یافته‌اند؟)

- ترشح غیرطبیعی از نوک سینه‌ها (آیا ترشح چرکی یا خونی وجود دارد؟)

قفسه سینه

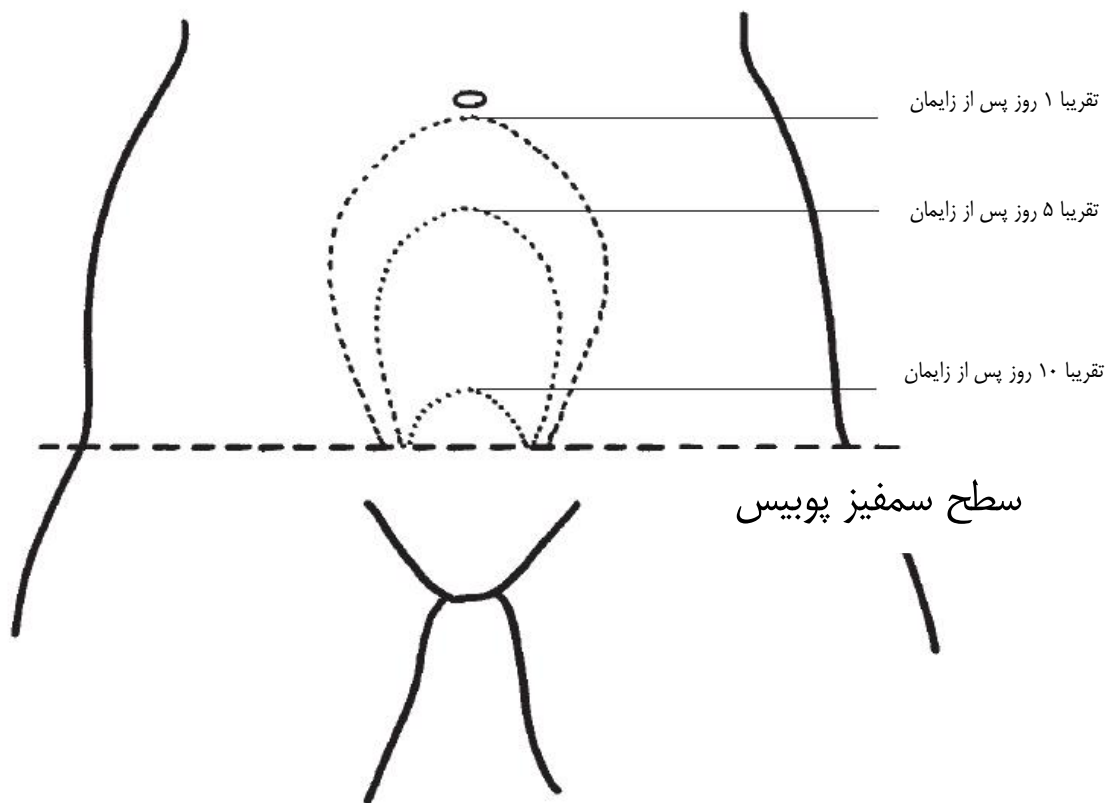
سمع کرده (گوش داده) و توجه کنید به:

- صداهای تنفسی غیرطبیعی (مثل کریپتاسیون و رال‌ها)
- این که بیمار سرفه دارد
- آیا خلطی وجود دارد

شکم

لمس کنید مثانه را جهت بررسی این که احتباس ادرار وجود ندارد.

- هرگونه زخم‌های شکمی را مشاهده کنید (آیا آنها تمیز هستند یا ترشح وجود دارد؟).
- خیلی به ملایمت لمس کنید
- فوندوس را احساس کنید
- ارتفاع فوندوس را اندازه‌گیری کنید یا تخمین بزنید (آیا آن با آن چه که در این مرحله از نفاس انتظار می‌رود، مطابقت دارد؟) (شکل ۶.۱ راهنمایی برای ارتفاع رحم ارائه می‌کند)
- هرگونه درد یا تندرنس رحمی را بررسی کنید: (این خیلی مهم است. رحم نباید یک روز، دو یا بیشتر پس از زایمان حساس باشد. یک رحم حساس به معنی عفونت یا سپسیس است. سپسیس می‌تواند منجر به مرگ شود)
- بررسی کنید که آیا رحم سفت احساس می‌شود: (رحم باید سفت احساس شود. اگر رحم نرم یا حجیم احساس شود، آن بدین معنی است که به طور مناسب منقبض نشده‌است. محصولات احتباس یافته یا سپسیس می‌تواند دلیل آن باشد).



شکل ۶.۱: ارتفاع رحم پس از زایمان

لوشیا

توجه کنید به:

- رنگ
- مقدار
- وجود هرگونه لخته خونی یا تکه‌هایی از جفت یا پرده‌های جنینی
- بو.

لوشیای طبیعی در چند روز اول از قرمز به صورتی/قهوه‌ای تغییر می‌کند، سپس یک ترشح مایل به سفید می‌شود. لوشیا نباید بیش از حد یا حاوی لخته‌های خونی باشد. تکه‌های کوچکی از غشاهای جفتی در ابتدا ممکن است خارج شود. لوشیا بوی مشخصی دارد، ولی نباید زننده باشد. لوشیای بدبو نشانه‌ی عفونت است.

پرینه

آیا زخم/آپی‌زیوتومی وجود دارد؟ اگر چنین باشد، آیا تمیز است؟ آیا در حال التیام است؟ ترشح، التهاب یا تورم وجود دارد؟

مجرای ادرار

آیا برون‌ده اداری خوب است؟ بعد از زایمان باید برون‌ده اداری قابل توجهی وجود داشته باشد.

آیا درد یا سوزش هنگام ادرار کردن وجود دارد؟

مشکلاتی در عبور ادرار به دلایل زیر ممکن است وجود داشته باشد:

- کوفتگی
- لسراسیون (پارگی)
- ادم

این‌ها می‌توانند مثانه یا حالب را تحت‌تأثیر قرار دهند.

ترس از درد یا درد واقعی ناشی از اپی‌زیوتومی یا پارگی‌های پرینه نیز می‌تواند با ادرار کردن تداخل داشته باشد.

کلیه‌ها را از نظر حساس بودن بررسی کنید. دق کنید، یعنی به قسمت تحتانی پشت روی هر یک از کلیه‌ها با استفاده از مشت خود ضربه آهسته بزنید. همچنین بررسی کنید که آیا درد به ناحیه کشاله ران منتشر می‌شود؟ این نشانه‌ها اغلب موقع عفونت مجرای ادراری وجود دارد.

آیا ادرار بوی بدی دارد؟

این باید از لوشیای بدبو تمایز داده شود.

ساق پاها

بررسی کنید از نظر:

- درد
- تورم
- التهاب
- سفتی وریدهای سطحی

این دلالت بر ترومبوفلیبیت سطحی دارد. درد یا تندرns ماهیچه ساق پا، درد ماهیچه ساق پا موقع قدم زدن را بررسی کنید. این دلالت بر تومبوز ورید عمقی دارد. آیا ادم در ناحیه ساق پا وجود دارد؟

بچه

آیا بچه نشانه‌ای از عفونت دارد؟ معاینه کنید:

- چشم‌ها
- دهان
- ناف

- پوست و ناخن‌ها را

ارزیابی صلاحیت

هنگام ارزیابی دانشجویان، اطمینان حاصل کنید که آن‌ها می‌توانند یک معاینه فیزیکی کامل انجام دهند که شامل همه نکات ذکر شده در محتوای آموزشی است.

مهارت: گرفتن و ثبت علایم حیاتی

روش آموزشی

در این‌جا دانشجویان بر روی گرفتن و ثبت درجه حرارت، نبض و تنفس (TPR) در یک زن زایمان کرده تمرکز کنند.

دانشجویان می‌توانند اندازه‌گیری و ثبت درجه حرارت، نبض و تنفس یکدیگر را تمرین کنند. بررسی صحت آن آسان بوده و اطمینان حاصل کنید که دانشجویان می‌توانند چارت‌ها را به طور درست ثبت کرده و بخوانند.

به محض این‌که دانشجویان قادر به استفاده از این مهارت‌های پایه ولی مهم باشند، در محل بالینی آن‌ها را همراهی کرده و مهارت‌های آن‌ها را مورد استفاده قرار دهید. به چارت‌های زنان زایمان کرده نگاه کنید و هرگونه دلیل برای نگرانی را شناسایی کنید. در مورد نیاز به نگرانی در رابطه با افزایش میزان نبض حتی در صورت طبیعی بودن درجه حرارت تاکید کنید. به واقعیت‌های تشخیصی آموخته شده در جلسه سوم این مدل ارجاع دهید.

محتوای آموزشی

مهم است که دانشجویان درک کنند:

- اهمیت پایش دقیق درجه حرارت و نبض را در روزهای متعاقب زایمان
- تعداد نبض می‌تواند با تب همراهی داشته‌باشد، و این‌که بعضی وقت‌ها تعداد نبض حتی قبل از افزایش درجه حرارت افزایش می‌یابد.
- اهمیت صحت در گرفتن و ثبت مشاهدات
- اهمیت بررسی فوری هرگونه موارد غیرطبیعی، مخصوصاً زمانی که درجه حرارت 38°C یا بیشتر باشد
- خطر بزرگ تأخیر در بررسی و اداره موارد عفونت نفاسی.

اطمینان حاصل کنید که دانشجویان می‌دانند چگونه از یک دماسنج استفاده کنند، چراکه به آن سادگی نیست که به نظر می‌رسد، به آن‌ها فرصتی جهت تمرین موارد زیر بدهید.

- خواندن دماسنج
- تکان دادن آن
- تنظیم زمان آن در پوزیشن استفاده شده (درجه حرارت‌ها معمولاً به صورت زیرنعل گرفته می‌شوند)
- اجتناب از آلودگی بین یک شخص و شخص دیگر

اجتناب از آلودگی بسیار مهم است. اطمینان حاصل کنید که دانشجویان درک می‌کنند که برای خواندن درست لازم است دماسنج به مدت ۵ دقیقه زیر بازو گذاشته شود.

دانشجویان باید بدانند که چگونه درجه حرارت را در چارت زن ثبت کنند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو می‌تواند اهمیت ثبت دقیق درجه حرارت، نبض و تنفس را در یک زن زایمان کرده توضیح دهد؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند TPR را به طور صحیح گرفته و یافته‌هایش را تفسیر کند؟
۳. آیا دانشجو می‌تواند به طور صحیح مشاهدات خود را در چارت ثبت کند؟
۴. آیا دانشجو محدوده طبیعی درجه حرارت، نبض و تنفس را می‌داند؟
۵. آیا دانشجو می‌تواند یافته‌ها را به مادر توضیح داده و به پرسش‌های او پاسخ دهد؟
۶. آیا دانشجو به دکتر اطلاع می‌دهد و اقدام مناسبی را در صورت تب اتخاذ می‌کند؟ (به طور مثال گرفتن سواب‌ها و نمونه‌های مناسب برای بررسی باکتریایی و شروع آنتی‌بیوتیک‌ها)

مهارت: گرفتن نمونه ادرار میانی

روش آموزشی

بهتر است این موضوع در موقعیت بالینی آموزش داده‌شود. در صورت امکان، برای دانشجویان خوب است که آزمایشگاه را ببینند. ترتیبی فراهم کنید که یک تکنسین ارشد آزمایش‌های انجام شده را توضیح دهد. در صورتی که دسترسی آسان به آزمایشگاه وجود ندارد، شما باید مطمئن شوید که دانشجویان می‌توانند آزمایش ادرار بخش را انجام دهند. آن‌ها باید نمونه را از نظر وجود چرک، همین‌طور رنگ و بو بررسی کنند.

محتوای آموزشی

مطمئن شوید که دانشجویان هدف از ارسال نمونه ادرار میانی (MSU) به منظور بررسی وجود باکتری در نمونه را می‌دانند.

هنگام آنالیز نتایج، به خاطر داشته باشید:

- سطوح تا ۱۰۰/۰۰۰ در میلی‌لیتر، محدوده نرمال در نظر گرفته می‌شود.
- سطح بالاتر از این اما فاقد علائم، باکتریوری بدون علامت نامیده می‌شود.
- با علائم عفونت مجرای ادراری، شمارش باکتری بالاتر خواهد بود.

آزمایشگاه نمونه را از نظر وجود و تعداد باکتری، سلول‌های چرکی و سلول‌های خونی بررسی خواهد کرد. ادرار همچنین جهت مشاهده باکتری‌های رشدکننده کشت خواهد شد. حساسیت آن‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها بررسی خواهد شد.

نحوه گرفتن نمونه ادرار میانی

اطمینان از تمیز بودن نمونه تا حد امکان حایز اهمیت است.

به این دلیل دانشجویان باید بدانند که اجتناب از آلودگی الزامی است. نمونه می‌تواند خیلی آسان توسط لوشیا و همین‌طور باکتری ناشی از مقعد در زن تازه زایمان کرده آلوده شود. تحقیق نشان داده‌است که موثرترین راه جهت اجتناب از آلودگی نمونه اطمینان از این است که زن لایبیا را به هنگام ادرار کردن از هم باز کند.

به دانشجویان یادآوری کنید که گرفتن یک نمونه اولیه صبحگاهی زمانی که ادرار غاظت بیشتری دارد، بهتر می‌باشد.

جهت گرفتن یک نمونه ادراری تمیز و غیر آلوده، آموزش زن مطابق زیر مهم است:

او باید با آب تمیز فرج خود را تمیز کند، همیشه مراقب باشد که از جلو به عقب بشوید. این کار از آلودگی واژن توسط باکتری‌های مقعد جلوگیری می‌کند. او سپس باید لایبیا را با انگشتانش به منظور کاهش آلودگی ادرار طی ادرار کردن باز کند.

وی سپس باید نمونه ادرار میانی را با ادرار کردن طبیعی و بدون توقف با گرفتن قسمت میانی جریان ادرار در یک ظرف تمیز جمع‌آوری کند (مثانه پر این کار را راحت‌تر می‌کند). او باید مواظب باشد که قسمت داخلی ظرف با انگشتانش یا هر قسمت دیگر بدن تماس نیابد. پس از گرفتن نمونه، ظرف را برداشته و دفع ادرار را در دستشویی به اتمام می‌رساند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر است هدف از گرفتن نمونه ادرار میانی را توضیح دهد؟
۲. آیا دانشجو قادر است نحوه گرفتن نمونه بدون آلودگی را توضیح دهد؟
۳. آیا دانشجو وسایل لازم جهت شستن فرج را برای زن فراهم می‌کند؟ آیا به وی باز کردن لایبیا را آموزش می‌دهد؟
۴. آیا دانشجو یک ظرف نمونه تمیز و استریل تهیه کرده و به طور صحیح بر روی آن برچسب می‌زند؟
۵. آیا دانشجو فرم‌های درخواست آزمایش را به طور صحیح تکمیل می‌کند؟
۶. آیا دانشجو مطمئن می‌شود از این که نمونه فوراً به آزمایشگاه ارسال شود؟

مهارت: گرفتن نمونه خون جهت آنالیز

روش آموزشی:

این مهارت را می‌توان در کلاس درس یا محیط بالینی آموزش داد. به هر حال، قبل از رفتن به محل بالینی، مطمئن باشید که اصول پوشش داده شده‌اند.

دانشجویان باید با محل آناتومیکی وریدهای بازو آشنا باشند. آن‌ها باید قادر به شناسایی وریدهای حفره کوبیتال که اغلب به آسانی برای رگ‌گیری قابل دسترس هستند - یعنی ورید کوبیتال میانی یا ورید سفالیک (شکل ۶.۲) باشند.

به دانشجویان برای شناسایی این رگ‌ها بر روی بازوی خودشان کمک کنید، این کار زمانی آسان‌تر خواهد بود که فشار بر قسمت بالای بازو اعمال شود یا از یک تورنیکت استفاده گردد (شکل ۶.۳).

قبل از تلاش برای انجام این مهارت و برقراری انفوزیون داخل وریدی (IVI) در شرایط اورژانس در ابتدا بهتر است که به دانشجویان کمک شود تا نمونه‌های خونی از زنان سالم در درمانگاه مامایی بگیرند.

استفاده از تورنیکت قبل از کاربرد آن در تمرین بالینی، باید در کلاس تدریس شود.

آزمایشات خونی که شما آموزش می‌دهید، باید حداقل شامل هموگلوبین، تعیین گروه خون و کراس‌مچ باشد.

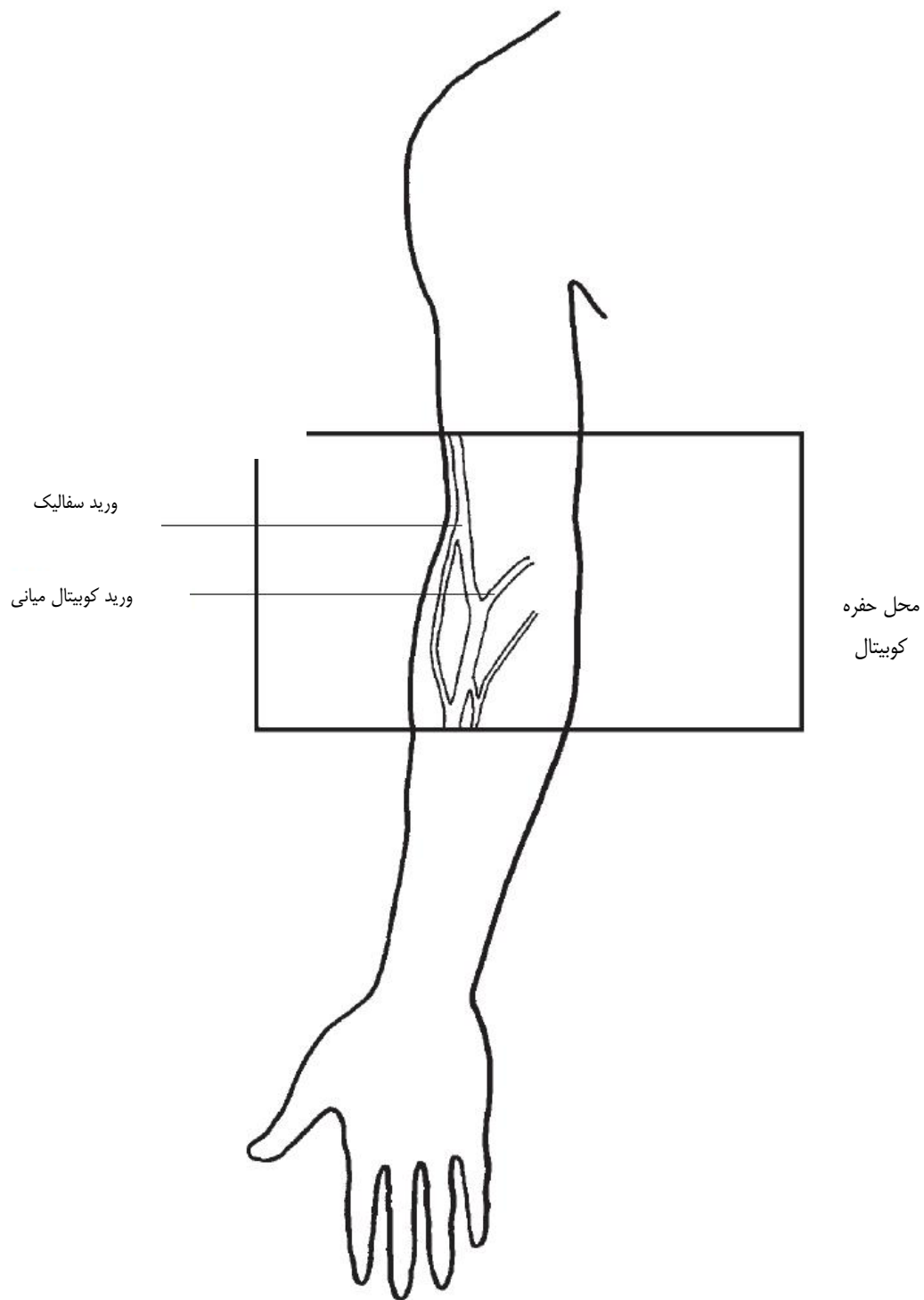
همچنین دانشجویان باید در مورد لوله‌های آزمایش ضروری برای انتقال خون به آزمایشگاه و فرم‌های درخواست و چگونگی پر کردن آن‌ها آموزش ببینند. بر اهمیت دقیق و خوانا بودن برچسب لوله تأکید کنید.

علاوه بر این، دانشجویان باید روش صحیح گرفتن نمونه برای کشت خون را بدانند. گاهی اوقات این امکان وجود دارد تا از نمونه لخته گرفته‌شده در آزمایشگاه، یک کشت خون مناسب تهیه شود، اما خیلی بهتر است که خون به داخل محیط کشت تزریق شود.

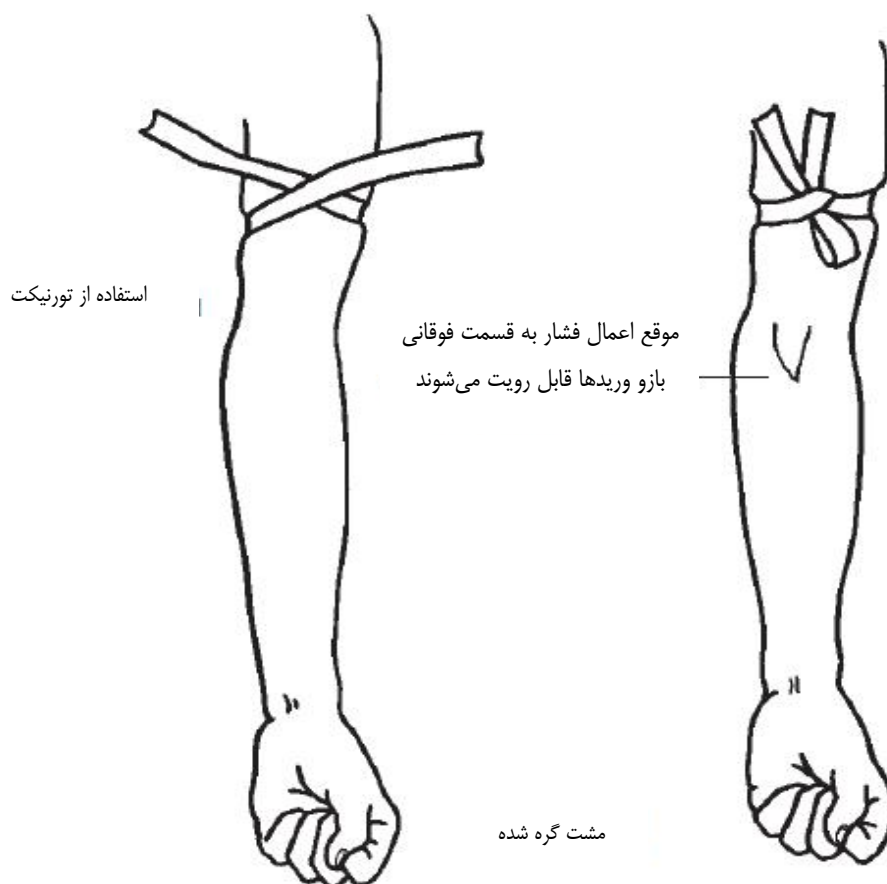
عاقلانه است که با کارکنان آزمایشگاه در مورد این روش مشورت بشود و دوباره برخی از آموزش‌های عملی و مشاهدات توسط آن‌ها توضیح داده شود.

همچنین شما بایستی هرگونه پروسیجر بخش یا سیاست موجود را جهت ارجاع داشته باشید.

در نهایت، باید به دانشجویان در مورد ضرورت حفاظت از زن، خودشان و دستیاران در مقابل عفونت تصادفی ناشی از بیماری‌های منتقله خونی بخصوص HIV، در هنگام نمونه گرفتن یا کار با نمونه‌های خون تذکر داده شود.



شکل ۶.۲: وریدهای مهم حفره کوبیتال (بازوی راست)



شکل ۶.۳: استفاده از تورنیکت جهت پیدا کردن رگ

محتوای آموزشی:

تدریس باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. درک دلایل برای آزمایشات خونی خاص.
۲. اهمیت گرفتن نمونه خون برای تعیین گروه‌های خونی / کراس‌میچ در زنان خیلی بیمار حین برقراری یک انفوزیون داخل وریدی
۳. آماده کردن تمام تجهیزات، از جمله:
 - سرنگ، سوزن و لوله‌های آزمایش برای انتقال نمونه‌ها
 - فرم‌های صحیح درخواست آزمایش که به شکل دقیق تکمیل شده باشند
 - تورنیکت (در غیر این صورت از دستگیری برای فشردن قسمت تحتانی بازو کمک بگیرید).
۴. وضعیت راحت زن با بازوی باز شده و حمایت شده.
۵. آنچه را انجام می‌دهید به زن توضیح دهید.
۶. در استفاده از یک تورنیکت، تاکید به:

- قرار دادن تورنیکت در سطح میانی عضله دوسربازو بالای مفصل آرنج (همانطور که در شکل ۶.۳ نشان داده شده است) - فشار درست برای فشردن عروق خونی و محدود کردن گردش خون بدون ایجاد فشار بیش از حد و آزار پوست.

۷. محل صحیح رگ گیری

۸. به کاربردن روش استریل: تمیز کردن محل قبل از سوراخ کردن پوست، استفاده از سرسوزن استریل.

۹. احتیاطات در برابر صدمات: استفاده از دستکش در صورتی که زن در گروه پرخطر است (مثل هپاتیت، عفونت HIV).

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر است نمونه خون را بدون ایجاد آسیب غیرضروری بگیرد؟

۲. آیا تکنیک انجام شده توسط دانشجو مطابق با اولویت هاست؟

۳. آیا دانشجو زن، خودش و هر دستیار(ان)ی را از عفونت حفاظت می کند؟ آیا وی جهت اجتناب از زخم سرسوزن دقت می کند؟

۴. آیا دانشجو لوله(ها) آزمایش مناسب را برای انتقال نمونه ها به آزمایشگاه انتخاب کرده و آن ها را بدون تأخیر با فرم های درخواست صحیح ارسال می کند؟

۵. آیا دانشجو آزمایشات گرفته شده را ثبت می کند؟

۶. آیا دانشجو محدودیت های مهارت خود را تشخیص داده و در زمان نیاز، درخواست کمک می کند؟

۷. آیا دانشجو سرنگ ها و سرسوزن های استفاده شده را به طور ایمن دور می اندازد؟

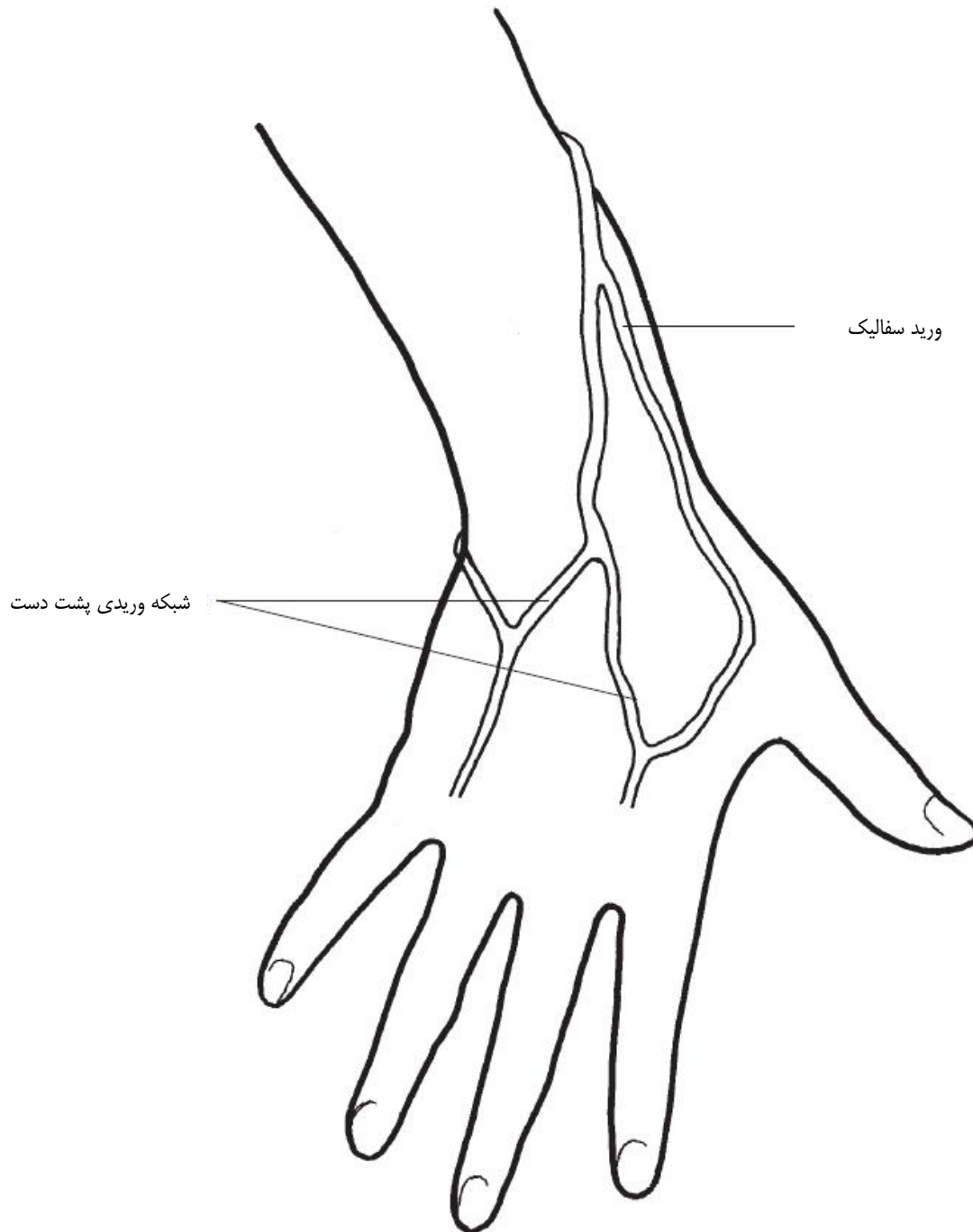
مهارت: برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی

روش آموزشی

دانشجویان باید با محل آناتومیک وریدهای ساعد که برای انفوزیون وریدی استفاده می شود، آشنا باشند. از استفاده از عروق نزدیک مفصل خودداری کنید. ساعد یا پشت دست بهتر است (شکل ۶.۲ و شکل ۶.۴).

از دانشجویان بخواهید تا شبکه وریدی بازوی خود را ردیابی کنند. این کار راحت تر انجام می شود اگر فشار بر قسمت فوقانی بازو برای تنگ کردن مسیر گردش خون اعمال شود درحالی که بازو در حالت اکستانسیون باشد (مطابق شکل ۶.۳).

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



شکل ۵.۳: وریدهای مهم ساعد و پشت دست

1- Intravenous Infusion

محتوای آموزشی

مایعات مناسبی که می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند:

- نرمال سالین و رینگرلاکتات مایعات جایگزین موثر هستند و برای انفوزیون وریدی یکی از این مایعات باید استفاده شود، مگر اینکه پزشک محصولات خونی یا ترانسفوزیون خون تجویز کرده باشد.
- فقط محلول‌های نمکی نرمال و متعادل مانند رینگرلاکتات غلظت مشابه سدیم پلاسما را دارند و به این دلیل آن‌ها مایعات جایگزین موثر هستند.
- در هر تسهیلات سلامتی که انفوزیون داخل وریدی (IVI) ممکن است برقرار شود، این مایعات جایگزین باید وجود داشته‌باشند.

آموزش باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. تشخیص نیاز به IVI.

مایعات جایگزین جهت افزایش حجم مایعات در گردش خون استفاده می‌شود. موارد استفاده عبارتند از:

- برای هیپوولمی یعنی کاهش حجم مایع در گردش که ممکن است توسط خونریزی شدید ایجاد شود
- در موارد عفونت شدید، دهیدرتاسیون و یا شوک.

علاوه بر این، IVI ممکن است نیاز باشد برای:

- دادن برخی از داروها به روش IV
- ۲. آماده کردن تمام تجهیزات شامل:

- لوله وریدی استریل
- انتخاب سرسوزن بزرگ (شماره ۱۸) یا کانولا
- انتخاب مایع مناسب
- جریان دادن مایع IVI از لوله برای اطمینان از این که هوا داخل لوله وجود ندارد.
- نوار چسب، قبلا به صورت نوارهایی بریده شده‌باشند.
- پایه سرم یا ثابت کننده دیواری مناسب (مثلا یک گیره در دیوار کافی است).
- تورنیکت (شریان بند) پلاستیکی
- آتل همراه با بانداژ برای زنی که بی‌قرار یا فاقد هوشیاری باشد.
- سواب‌های تمیز برای تمیز کردن محل IVI
- دستکش

۳. مطمئن شوید که زن علت نیاز وی به داشتن IVI را می‌داند، و پروسیجر را به او و همراهانش در صورت وجود توضیح دهید. اطمینان حاصل کنید که او در یک وضعیت راحت است: دست زن باید باز و حمایت شده باشد.

۴. محل صحیح برای انفوزیون: معمولاً وریدهای پشت دست و ساعد راحت‌تر دیده می‌شوند. از وریدهایی که از مفصل عبور می‌کنند، استفاده نکنید. چون اگر سرسوزن در آن جا قرار داده شود با هر حرکت مفصل تکان خواهد خورد و ممکن است خارج شود.

۵. تکنیک تمیز: دستهای خود را با آب و صابون بشویید. پوست محل انفوزیون را با سوآپ تمیز، پاک کنید (برای محافظت خود از صدمات یا بیماری‌های عفونی قابل انتقال مانند HIV یا هپاتیت از دستکش استفاده کنید).

۶. اگر ماما بعد از دو یا حداکثر سه بار تلاش، موفق به برقراری IVI نشود باید همکار باتجربه‌تر خود را صدا کند.

۷. در آخر IVI را بطور محکم با برش‌های نوارچسب ثابت کنید. برای بی‌حرکت نمودن نزدیک‌ترین مفصل ورید از آتل دست استفاده کنید.

۸. اگر زن در حالت شوک است، یک لیتر نرمال سالین و یا رینگلاکتات را در عرض ۱۵ دقیقه انفوزه کنید.

۹. مایعات انفوزه شده و همه جذب و دفع‌های دیگر را به طور دقیق ثبت کرده و نگه دارید.

۱۰. علائم حیاتی، برون‌ده ادراری و هرگونه اتلاف خون را بررسی کنید.

۱۱. عوارض انفوزیون داخل وریدی:

– مشکلات موضعی:

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

– مشکلات عمومی:

سپتی سمی (عفونت خون): با استفاده از سرسوزن، لوله و مایعات داخل وریدی استریل و اطمینان از یک تکنیک آسپتیک خوب می‌توان از آن پیشگیری کرد.

اضافه بار گردش خون: دادن بیش از حد و خیلی سریع مایعات می‌تواند باعث نارسایی قلبی شود و ریه‌ها ممکن است از مایعات پر شوند. این زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد که مقادیر زیادی از مایعات وریدی به سرعت و در موارد شوک سپتیک انفوزه می‌شود، زیرا ممکن است آسیب کلیوی وجود داشته باشد. بنابراین برون‌ده ادراری کاهش می‌یابد و در نتیجه ممکن است اضافه بار گردش خون ایجاد شود. در این موارد، زنان باید به دقت از نظر ایجاد مشکلات تنفسی و تورم صورت مخصوصاً اطراف چشم‌ها تحت نظر گرفته شوند.

۱۲. برای انفوزیون مایعات در میزان مناسب باید نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

– مقدار مایعی که داده می‌شود

– دوره زمانی که مایع داده می‌شود

– نوع لوله و اندازه قطره‌ها. هریک از انواع لوله‌ها اندازه قطره کمی متفاوتی دارند. بعنوان مثال برخی لوله‌ها ۲۰ قطره در هر سی‌سی دارند در حالی که نوع دیگر ممکن است تنها ۱۰ قطره در سی‌سی داشته باشد.

جدول ۲ نشان می‌دهد به منظور دادن مقدار معینی از مایع در یک دوره زمانی ثابت، چند قطره در دقیقه باید داده شود. برای استفاده از جدول لازم است تعداد قطره‌ها در هر سی‌سی را بدانید که به نوع لوله مورد استفاده بستگی خواهد داشت.

جدول ۲: میزان مایع IV

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

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

$$\text{مقدار مایعی که داده می‌شود (CC)} = \frac{\text{تعداد قطره‌ها در سی‌سی} \times \text{تعداد قطره‌ها در دقیقه}}{\text{زمان انجام انفوزیون (دقیقه)}}$$

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

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر به برقراری IVI، انتخاب درست محل و وارد کردن سرسوزن/کانولا بدون ایجاد ترومای غیرضروری می‌باشد؟
۲. آیا تکنیک انجام شده دانشجو مطابق با اولویت‌ها است؟
۳. آیا دانشجو زن، خودش و هر دستیار(ها)ی را از عفونت محافظت می‌کند؟
۴. آیا دانشجو مایع IVI مناسب را انتخاب می‌کند و مقدار کافی از آن را با سرعت صحیح می‌دهد؟
۵. آیا دانشجو با دانستن علائم نشان‌دهنده بهبودی یا وخامت فرد به وضعیت زن نظارت دارد؟
۶. آیا دانشجو پروسیجر را به زن توضیح می‌دهد؟
۷. آیا دانشجو مستندات را به‌طور مناسب حفظ می‌کند؟
۸. آیا دانشجو محدودیت مهارت خود را تشخیص می‌دهد و در صورت نیاز کمک می‌خواهد؟

مهارت: حفظ تعادل مایعات

روش آموزشی

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

برای آموزش بالینی، دانشجویان را به بخش‌ها برده و به طور بالینی زنان را معاینه کنید. اگر شما در بخش مامایی زن بیمار ندارید، رفتن به بخش جنرال جهت آموزش دانشجویان درباره نشانه‌های دهیدراتاسیون مفید خواهد بود.

معاینه بالینی زنان باید با بررسی جداول/ پرونده‌ها دنبال شود.

تصمیم‌گیری بدون توجه به زن و فقط با نگاه کردن به جداول کار درستی نیست.

با دانشجویان بحث کنید:

- آیا معاینه بالینی زن نشان می‌دهد که هیدراته یا دهیدراته است؟
- آیا جداول به طور صحیح ثبت شده‌اند؟
- آیا جداول دریافت مایعات کافی و برون ده ادراری کافی را نشان می‌دهند؟

محتوای آموزشی

هیدراتاسیون و دهیدراتاسیون

داشتن مایعات کافی برای حفظ زندگی و سلامتی ضروری است.

این کافی بودن بستگی دارد به:

- آب و هوا
 - وجود تب
 - وضعیت هیدراتاسیون زن در شروع مشکل.
- دفع مایعات باید متعادل با جذب آن باشد. مایعات بدن از راه‌های زیر دفع می‌شود:

- پوست
- هوای خارج شده از ریه‌ها
- مدفوع
- ادرار.

به طور طبیعی در چند روز اول پس از زایمان پرادراری قابل توجهی وجود دارد. به این معنی که در این زمان زن یک مقدار ادرار بیشتری دفع می‌کند. این کار مایعات اضافی احتباس یافته در بدن در طول بارداری را خارج می‌کند.

در آب و هوای گرم، بدن دمای طبیعی خود را با افزایش از دست دادن مایعات از طریق پوست (تعریق) حفظ می‌کند. واضح است که در آب و هوای مرطوب، پوست مرطوب باقی می‌ماند. در آب و هوای خشک رطوبت به سرعت تبخیر می‌شود و ممکن است مورد توجه قرار نگیرد، اما مایعات از این راه از دست می‌رود.

زن زایمان کرده تب‌دار نسبت به حالت نرمال آب بیشتری را از طریق پوست از دست می‌دهد، و بنابراین بیشتر از حالت معمول به آب نیاز دارد. مایعات همچنین به کاهش تب کمک خواهند کرد.

زنی که خوب هیدراته شده باید موارد زیر را داشته باشد:

- پوستی که قابل ارتجاع بوده و خشک نیست (اگر به آرامی پوست را نیشگون بگیرید باید بدون علامت برگردد).
- دهان مرطوب
- برون‌ده ادراری خوب

نشانه‌های دهیدراتاسیون عبارتند از:

- زن تشنه است
 - دهان وی خشک است
 - چشم‌ها فرورفته هستند
 - پوست وی خشک بوده و موقع نیشگون گرفتن، معمولاً در ساعد، به‌آهستگی برمی‌گردد
 - برون‌ده ادراری کم است (کمتر از ۲۰۰ میلی‌لیتر در ۴ ساعت).
 - ادرار وی غلیظ است (رنگ تیره).
- مایعات می‌تواند از طریق دهان یا داخل وریدی داده‌شود. وقتی زن در حال شوک (فشارخون کم، نبض ضعیف و سریع) است یا در صورت بروز عوارضی مثل عفونت نفاسی شدید، خونریزی پس از زایمان، اکلامپسی یا لیبر متوقف‌شده باید مایعات داخل وریدی داده‌شود. در صورت تجویز مایعات به‌طور وریدی، ۱ لیتر مایع در ۳ ساعت بدهید.

جدول تعادل مایعات را که به‌طور معمول به کار می‌روند در دسترس داشته‌باشید و اطمینان حاصل کنید که دانشجویان نحوه استفاده از آنها را می‌فهمند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو اهمیت دادن مقدار زیاد مایعات به زنی که تب دارد را می‌تواند درک کند؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند تشخیص دهد که دریافت مایعات زن کافی است؟
۳. آیا دانشجو می‌تواند علائم دهیدراتاسیون را تشخیص دهد؟
۴. آیا دانشجو می‌تواند جدول تعادل مایعات را ثبت کند؟

۵. آیا دانشجو برای زن مایعات کافی جهت نوشیدن آماده می‌کند؟

۶. آیا دانشجو اطمینان حاصل می‌کند که آب آشامیدنی تمیز و سالم است؟

۷. آیا دانشجو فعالانه زن را به نوشیدن تشویق می‌کند؟

۸. آیا دانشجو می‌داند که زن چه زمانی به مایعات داخل وریدی نیاز دارد؟

این مهارت باید به مهارت پایه برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی متصل شود.

مهارت: تأمین داروهای مورد نیاز

روش آموزشی

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

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

محتوای آموزشی

دانشجویان باید نام، موارد استفاده، دوز و اثرات جانبی داروهای مسکن، تب‌برها و آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده در اداره عفونت نفاسی را بدانند.

دانشجویان باید با داروهای دردسترس جهت استفاده در جاهایی که کار می‌کنند، آشنا باشند.

دادن آنتی‌بیوتیک‌ها

رعایت برخی قوانین کلی حایز اهمیت است.

۱. ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف را مورد استفاده قرار دهید. این‌ها بر علیح طیف وسیعی از باکتری‌ها مانند کوکسی‌های هوازی و بی‌هوازی موثر هستند، چون در ابتدا ممکن است که میکروارگانیسم‌های مسئول ناشناخته باشند.

۲. با دوزهای زیادی بدهید (چون خیلی از باکتری‌ها حساس به آنتی‌بیوتیک نیستند).

۳. تزریق وریدی آنتی‌بیوتیک‌ها برای عفونت‌های جدی ترجیح داده می‌شوند زیرا این کار به ارائه سریع دارو به بافت‌های تحت‌تأثیر کمک می‌کند. زمانی که تزریق وریدی امکان‌پذیر نیست، تزریق عضلانی آنتی‌بیوتیک‌ها قابل پذیرش است. دهانی آنتی‌بیوتیک‌ها در صورتی مورد قبول است که آنتی‌بیوتیک‌های وریدی یا عضلانی در دسترس نبوده و زن در حال شوک نباشد؛ در مواردی که عفونت کم باشد؛ یا جهت پیشگیری از عفونتی که هنوز توسعه نیافته است.

۴. قبل از شروع آنتی‌بیوتیک‌ها، در صورت دسترسی آسان به تسهیلات آزمایشگاهی، نمونه‌هایی برای کشت و تعیین حساسیت تهیه کنید.

۵. در صورتی که زن به ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌ها پاسخ ندهد، همانطور که در این مدل پیشنهاد شده‌است، ارجاع به یک پزشک جهت ارزیابی مجدد و درمان بیشتر لازم است.

تجویز داروها

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

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

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

۳. اطمینان حاصل کنید که تاریخ انقضاء داروها نگذشته‌باشد و به‌طور ایمن و در درجه حرارت مناسب ذخیره شده‌اند.

۴. به وضوح روی برگه نسخه بنویسید:

- نام دارو
 - دوز
 - راه استفاده
 - تاریخ و زمان دریافت هر دوز
 - امضاءها: بالین کار تجویز کننده دارو و بالین کار اجرا کننده دوز
- به یاد داشته باشید که بدهید:

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

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

داروهای داخل وریدی

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

۱. ماماها باید در اجرای تزریق‌های داخل وریدی ماهر باشند.

۲. آنتی‌بیوتیک‌ها ممکن است از طریق یک کانولای وارد شده در داخل یک ورید داده‌شود.

۳. بسیار مهم است تا مطمئن شوید که:
 - سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها/ کانولا استریل هستند.
 - هوا در سرنگ وجود ندارد.
 - کانولا باز است (مسدود نیست).
 - کانولا به طور مناسب در ورید وارد شده است.
۴. زن را خیلی بادقت از نظر واکنش نامطلوب به تزریق تحت نظر قرار دهید. اگر چنین اتفاقی افتاد، دوزهای بعدی نباید داده شود و زن باید فوری به دکتر ارجاع داده شود.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر به انتخاب ترکیب مناسبی از آنتی‌بیوتیک‌ها برای استفاده می‌باشد؟
۲. آیا دانشجو دوزهای صحیح تمام داروهای مورد نیاز برای استفاده اعم از IM، IV و خوراکی را می‌داند؟
۳. آیا دانشجو قادر به تشخیص نیاز برای تب‌برها و مسکن‌ها می‌باشد؟ آیا وی این‌ها را همراه با سایر روش‌های کاهش دما و تسکین درد استفاده می‌کند؟
۴. آیا دانشجو اثرات جانبی داروهای داده شده توسط خود را می‌داند؟
۵. آیا دانشجو اهمیت عدم انقضای تاریخ داروها، و عدم استفاده از آن‌ها بعد از تاریخ را درک می‌کند؟
۶. آیا دانشجو اهمیت نگهداری داروها به طور مناسب و حفظ موجودی کافی از داروها را درک می‌کند؟
۷. آیا دانشجو می‌تواند درک خود از اهمیت موارد زیر را نشان دهد:

- دوز صحیح
- داروی صحیح
- در زمان صحیح
- به روش صحیح
- به فرد صحیح

۸. آیا دانشجو دارو را دقیق، درست و ایمن برای بیمار می‌دهد؟
۹. آیا دانشجو همه داروهای مورد استفاده را دقیق و کامل در پرونده زن یادداشت می‌کند؟

مهارت: بهداشت ولو و آسایش

روش آموزشی

آموزش این مهارت در محیط بالینی با تأکید بر نکات مهم به هنگام آموزش توصیه می‌شود. آن را با بحث ادامه دهید.

دانشجویان باید قادر باشند:

- شستشوی ولو را انجام دهند
- بهداشت ولو را حفظ کنند
- زخم پرینه را درمان کنند
- برای درد پرینه تسکین فراهم کنند

محتوای آموزشی

ماماها باید خود را با تحقیقاتی که ممکن است عملکرد مامایی را تغییر دهد به روز نگه دارند. توصیه‌های زیر جهت ارتقای بهداشت ولو و آسایش در زنی با عفونت نفاسی ارائه شده است.

۱. ارائه مراقبت پس از زایمان فردی توسط یک مامای مهربان و دلسوز، احتمالاً درد را کاهش داده و باعث ارتقای بهبودی می‌شود.
۲. مسکن‌های ساده در صورت درخواست زن باید داده شود. این‌ها نباید حاوی کدئین باشند، زیرا باعث یبوست می‌شوند. یبوست درد پرینه را بدتر خواهد کرد.
۳. شستشوی ولو و پرینه باید حداقل دو بار در روز انجام شود، برای زن محدود به تخت همیشه بعد از اجابت مزاج اجرا گردد. شستشوهایی بیشتری ممکن است برای زنی یا ترشحات فراوان و بدبو لازم باشد. با آب گرم تمیز کنید، از یک پارچه تمیز (که پس از آن باید دور انداخته شود) و صابون تمیز بایستی استفاده شود.
۴. پس از هر شستشو پدهای تمیز برای ولو باید به کار برده شوند و باید در صورت نیاز بین شستشوها تعویض شوند.
۵. به دلیل خطر انتقال عفونت، وسایل لازم برای مراقبت از ولو و پرینه نباید برای زن دیگر مورد استفاده قرار گیرد. این‌ها شامل یک لگن برای نگهداشتن آب، پارچه‌ها و صابون است.
۶. پدهای کثیف و پانسمان‌ها باید در یک ظرف مجزا قرار داده شده و در صورت امکان توسط سوزاندن به‌طور امن از بین بروند.
۷. دانشجویان باید مشخصه و مقدار ترشحات واژن و وضعیت ولو و پرینه را مشاهده کرده و این مشاهدات را در یادداشت‌های موردی پس از درمان ثبت کنند.
۸. به محض حرکت زن، او باید تشویق به استفاده از دوش یا حمام شود، به علت خطر انتقال تسهيلات ایزوله وجود دارد که تنها توسط او استفاده می‌شود.
۹. پیش از ترخیص، به زن باید آموزش بهداشتی در مورد اهمیت بهداشت پرینه ولو و پرینه ارائه شود.

زخم پرینه

پرینه باید از نظر تمیزی، التیام و نشانه‌های هماتوم مشاهده شود. بخیه‌های غیرقابل جذب ممکن است نیاز به برداشتن در صورت وجود عفونت و عدم التیام زخم در چند روز اول باشد.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو ضرورت حفظ بهداشت ولو و آسایش پرینه را درک می‌کند؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند شستشوی ولو و پرینه را با ایجاد راحتی زن و تضمین خلوت وی انجام دهد؟
۳. آیا دانشجو مطمئن می‌شود که پرینه تمیز و خشک نگه‌داشته می‌شود، و این که زن پدها یا پانسمان‌های تمیز کافی دارد؟
۴. آیا دانشجو به طور دقیق مشخصه و مقدار ترشحات واژن و وضعیت ولو و پرینه را مشاهده می‌کند؛ یافته‌های غیرطبیعی را تشخیص داده و به طور درست تفسیر می‌کند؛ و اقدام فوری و مناسبی اتخاذ می‌نماید؟
۵. آیا دانشجو قدم‌هایی جهت جلوگیری از انتقال عفونت به بیماران و کارکنان برمی‌دارد؟
۶. آیا دانشجو اطمینان حاصل می‌کند که زن قبل از خروج از بستر تمیز و راحت است؟ (این شامل فراهم کردن یک مسکن مناسب در صورت نیاز است. مسکن نباید محتوی کدئین باشد).

مهارت: پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی

روش آموزشی

ایده‌آل این است که اغلب این آموزش در کنار تخت انجام شود. تغییرات فیزیولوژیک مربوطه را حین بارداری و نفاس بحث کنید. این‌ها شامل افزایش انعقادپذیری خون و افزایش استاز وریدی است که توسط عمل پروژسترون روی دیواره‌های عروق خونی ایجاد می‌شود.

محتوای آموزشی

دانشجویان ممکن است با اختلال ترومبوآمبولیک از آموزش قبلی آشنا باشند، اما آن‌ها نیاز به درک خطرات افزایش یافته برای زنان تازه زایمان کرده دارند.

دانشجویان باید با تعاریف و عوامل خطر آشنا باشند.

تعاریف

- **ترومبوز:** یک لخته خون در یک رگ خونی
- **آمبولوز^۱** یا جسم مسدود کننده جریان خون: یک جسم خارجی (معمولاً یک لخته خون یا مایع آمینوتیک) که حرکت کرده و یک رگ خونی را مسدود می‌کند
- **آمبولی:** انسداد ناگهانی یک رگ خونی توسط یک آمبولوز
- **آمبولی ریوی:** گردش خون ریوی (یعنی گردش خون به ریه‌ها) توسط یک آمبولوز مسدود می‌شود

عوامل خطر

این‌ها شامل:

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

علائم و نشانه‌ها

برای علائم و نشانه‌های اختلال ترومبوآمبولی، چک لیست D در جلسه ۳ این مدل را ببینید.

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

زمانی که زن بیمار است در معرض افزایش خطر آمبولی خواهد بود. دلیل آن نیاز وی به استراحت در بستر و نیز افزایش خطر دهیدراتاسیون همراه با تب است.

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

حرکت فعال زمانی است که زن خودش حرکت می‌کند.

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

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

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

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو خطرات اختلال ترومبوآمبولی برای مادر زایمان کرده را می‌داند؟

۲. آیا دانشجو خطر افزایش یافته هنگام بیماری و محدود بودن زن به تخت را درک می‌کند؟
۳. آیا دانشجو مسئولیت خود را در پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی درک می‌کند؟
۴. آیا دانشجو زن را به حرکت در اطراف تخت و بلند شدن به محض امکان تشویق می‌کند؟
۵. در صورت لزوم، آیا دانشجو به طور مکرر ورزش‌های ملایم و منفعل عضوها را انجام می‌دهد؟
۶. آیا دانشجو می‌تواند علائم و نشانه‌های ترومبوز ورید عمقی و ترومبو فلپیت سطحی را توصیف کند؟
۷. آیا دانشجو می‌تواند یک معاینه از زن به منظور شناسایی عوامل خطر انجام دهد؟
۸. آیا دانشجو می‌تواند یک معاینه از زن به منظور شناسایی نشانه‌های اولیه ترومبوز وریدی سطحی و عمقی انجام دهد؟
۹. آیا دانشجو می‌تواند خطرات آمبولی ریوی را توضیح دهد؟
۱۰. آیا دانشجو می‌داند که پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی می‌تواند به پیشگیری از آمبولی ریوی کمک کند؟

مهارت: فراهم نمودن غذاهای مقوی

روش آموزشی

بهترین روش این است که اکثر این آموزش در کنار تخت انجام شود.

همچنین کار کردن با اقوام زن یا کارکنان غذایی بیمارستان جهت کمک به آنها در انطباق یا افزایش مهارت‌شان در آماده‌سازی غذای سالم، آسان هضم شونده و جذاب حایز اهمیت است. شیوه‌هایی را به دانشجویان توصیه کنید که آنها بتوانند به سایر افراد کمک کنند که این کار را بدون خطا و به نحو احسن انجام دهند.

بازی کردن نقش ممکن است در این جا کمک‌کننده باشد. در اینجا ممکن است برای کارکنان مراقبت سلامتی جوان مشکل باشد که به بستگان مسن تر و/ یا کارکنان آشپزخانه توصیه‌های لازم را درباره آشپزی ارائه دهند.

برای مثال:

خانم A تب بالایی داشته و اشتها ندارد. او یک گیاه‌خوار است. آشپز بیمارستان می‌گوید: "غذای من خیلی خوب است. هر کسی که غذای من را می‌خورد خوشش می‌آید!" شما چگونه به آشپز کمک خواهید کرد که نوع درست غذا را برای خانم A تهیه کند؟ فکر شرایط دیگری را بکنید که بر روی مسائل محلی تمرکز دارند.

در جایی که کمبود غذای مقوی وجود دارد، دانشجویان باید در رابطه با راه‌های کمک به زنان و خانواده‌های آنها جهت کنار آمدن با این شرایط بحث کنند.

محتوای آموزشی

اصول آماده کردن غذای مقوی قسمتی از پرستاری عمومی هست. پرسنل مامایی لازم است که نیازهای خاص زنی را که اخیراً زایمان کرده و به خاطر سپسیس بیمار است را تشخیص دهند.

نیازهای غذایی

غذای یک زن زایمان کرده باید به اندازه کافی شامل:

- پروتئین
- کربوهیدرات
- چربی‌ها
- سبوس
- ویتامین‌ها و املاح

ماماها باید با غذاهای محلی که محتوی موارد فوق است، آشنا باشند.

غذای خوب طی دوره پس از زایمان ضروری است جهت:

- قادر ساختن بدن جهت بهبودی از زایمان
- فراهم کردن شیر برای بچه
- مبارزه با عفونت
- بهبودی از تب.

ویتامین‌ها و آهن مکمل‌های غذایی خیلی مهمی هستند.

برنامه‌ریزی یک وعده غذایی

هنگام توصیه به افراد در مورد نحوه طراحی یک وعده غذایی برای زنی که تازه زایمان کرده است، ماما باید اطمینان حاصل کند که وعده غذایی مشتمل بر موارد ذیل است:

- غذای اصلی محلی از قبیل برنج، ارزن، ذرت، و غیره (بیشتر انرژی و پروتئین مورد نیاز و برخی از ویتامین‌ها را فراهم می‌کند)
 - حبوبات مانند لوبیا خشک، نخود، و / یا غذاهای حیوانی مانند گوشت، ماهی، شیر و تخم مرغ (پروتئین کامل، آهن، کلسیم و سایر مواد معدنی و ویتامین‌ها را فراهم می‌کند)
 - غذاهای غنی از انرژی مانند غذاهای چرب (به عنوان مثال روغن) یا شکر
 - سبزیجات، مخصوصاً با برگ‌های سبز تیره و سبزیجات نارنجی (ویتامین A، فولات و فیبر را فراهم می‌کند)
 - میوه‌ها، به خصوص میوه‌های خانواده مرکبات مانند پرتقال (ویتامین‌های A و C و فیبر فراهم می‌کند)
 - مواد غذایی طعم دهنده (نمک، پیاز، فلفل).
- هنگامی که میوه با غذا یا بلافاصله بعد از غذا خورده شود، ویتامین C جذب آهن غذا را افزایش می‌دهد.

بحث

- زن به کدام غذاها نیاز دارد؟
 - چه کسی می‌تواند آن‌ها را بگیرد؟
 - چه کسی می‌تواند آن‌ها را فراهم کند؟
 - چگونه ما می‌توانیم غذاها را به آسانی قابل هضم را درست کنیم؟
 - چگونه ما می‌توانیم غذاهایی را درست کنیم که به هنگام آماده شدن اشتها آور به نظر برسند؟
- بستگان یا کارکنان بیمارستان ممکن است نیاز به کمک و مشاوره درباره دسترسی و آماده‌سازی مواد غذایی داشته باشند.

- از دانشجویان بخواهید گروه‌های کوچکی تشکیل دهند. هر گروه باید:
- یک وعده غذایی مغذی برای یک زن بیمار تهیه کند
- وعده غذایی را به روشی سرو کند که زن را به خوردن تشویق کند
- درخواست از آشپز بیمارستان یا برخی از زنان محلی جهت قضاوت تلاش‌های دانشجویان می‌تواند جالب و مفید باشد. این می‌تواند یک راه مفیدی از به اشتراک گذاری دانش را ثابت کند. این کار همچنین نشان دهنده احترام و شناخت مهارت‌های این افراد است که از قبل دارند.

ارزیابی صلاحیت

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

- آیا دانشجو می‌تواند اهمیت غذای مغذی در کمک به بهبودی یک مادر بیمار را توضیح دهد؟ آیا او می‌تواند این را به زن و خانواده اش توضیح دهد؟
- آیا دانشجو می‌تواند اهمیت دادن ویتامین‌ها و آهن اضافی را توضیح دهد؟ آیا او اطمینان حاصل می‌کند که زن این‌ها را دریافت می‌کند؟
- آیا دانشجو می‌تواند وعده‌های غذایی یک روز کامل را برای یک زن بیمار طراحی کند؟
- آیا دانشجو می‌تواند راجع به این کار با آشپز بیمارستان یا یکی از بستگان بیمار بحث کند (اگر مناسب باشد)؟
- آیا دانشجو اطمینان حاصل می‌کند که زن غذایی را دریافت می‌کند که برای وی مقوی و قابل قبول است؟
- آیا دانشجو می‌تواند غذایی را سرو کند (یا باعث سرو شود) که به نظر زن اشتها آور است؟ این کار زن را به خوردن تشویق خواهد کرد.
- آیا دانشجو اطمینان حاصل می‌کند که زن می‌تواند غذای آماده شده برای وی را دریافت کند؟
- آیا دانشجو به زن کمک می‌کند که در صورت لزوم خودش غذا بخورد؟
- آیا دانشجو مستندات مناسب در مورد رژیم غذایی زن را نگه می‌دارد؟

مهارت: ترتیب دادن مراقبت مامایی ایزوله و مانع شونده از عفونت

مواد آموزشی

مربی ممکن است بخواهد درک پایه دانشجویان را در کلاس درس مرور کند. یادآوری برخی از مطالب یاد گرفته شده در جلسه ۱ این مدل ممکن است کمک کننده باشد.

روش آموزشی

دانشجویان ممکن است با اصول مراقبت مامایی ایزولاسیون و مانع شونده آشنا باشند. با این حال، لازم است که آن‌ها نیازهای خاص زن تازه زایمان کرده را تشخیص دهند.

اطلاعات مرتبط را از جلسه ۱ و ۲ مرور کنید. اطمینان حاصل کنید که دانشجویان درک می‌کنند که چرا یک زن تبار خطری برای سایر زنان تازه زایمان کرده و نوزادان است.

در این مرحله، اطلاعات بعدی موجود در جلسه ۴ را مرور نمایید.

هدف مراقبت مامایی مانع شونده و ایزولاسیون، پیشگیری از گسترش عفونت به زنان دیگر و بچه‌های آنان می‌باشد.

اصول مراقبتی پایه مهم هستند. ماماها/ پرستاران باید:

- مراقبت از زن را در یک اتاق مجزا، یا در صورت عدم امکان، در یک گوشه از بخش، دور از سایر بیماران به عمل آورند.
- همیشه از یک گان و دستکش موقع حضور در کنار زن استفاده کنند.
- یک سری تجهیزات، ظروف و وسایل دیگر به طور انحصاری جهت استفاده این زن نگه دارند و اطمینان حاصل کنند که آن‌ها توسط شخص دیگری مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.
- مطمئن شوند که لباس‌های آلوده در یک کیسه جدا به رختشوی‌خانه به منظور داشتن تدبیر خاص برای شستشوی آنها فرستاده می‌شوند و پانسمان‌ها در یک ظرف مجزا جمع‌آوری و به طور ایمن توسط سوزاندن دفع می‌شوند.
- دست‌ها را خیلی به دقت قبل، و بعد از حضور در کنار این زن شستشو دهند.

در صورت امکان یک ماما/ پرستار برای مراقبت اختصاصی از این مادر و فرزندش اختصاص یابد. همچنین ممکن است حضور یکی از بستگان جهت کمک به مراقبت از آن‌ها کمک‌کننده باشد. اگر چنین باشد، بستگان باید در مورد اصول اساسی جلوگیری از گسترش عفونت آموزش داده شوند. در غیر این صورت ملاقات‌کننده‌ها باید محدود شوند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو درک می‌کند که عفونت متقاطع چگونه اتفاق می‌افتد؟

۲. آیا دانشجو می‌تواند توضیح دهد که چرا زن تازه زایمان کرده و فرزندش در خطر عفونت هستند؟

۳. آیا دانشجو می‌تواند اصول مراقبت مامایی ایزوله و مانع شونده را توضیح دهد؟

۴. آیا دانشجو می‌تواند مراقبت مامایی مانع شونده را نشان دهد؟ در این جا او باید نحوه پیشگیری از انتقال عفونت به سایر زنان و فرزندان را نشان دهد. برای مثال، دانشجو باید از گان/ دستکش مجزا و تجهیزات مجزا (شامل سینی، ظروف، لگن بیمار، کاسه و وسایل تستشو) استفاده کند.

۵. آیا دانشجو در دفع زباله مواظبت می‌کند، به طوری که گسترش بیشتر عفونت وجود نداشته باشد؟ این باید شامل دفع پدها و پانسمان‌ها باشد.

۶. آیا دانشجو به طور صحیح مراقب لباس‌های آلوده هست؟

۷. آیا دانشجو ملاقات را به بستگانی محدود می‌کند که در حال کمک به مراقبت از مادر هستند؟

۸. آیا دانشجو می‌تواند اهمیت تخصیص یک ماما برای مراقبت اختصاصی از این مادر و فرزندش را توضیح دهد، اگر پذیر باشد؟

مهارت: نگهداری مستندات

روش آموزشی

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

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

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

اطمینان حاصل کنید دانشجویان یاد گرفته‌اند که مستندات شخصی خود را نقد کنند قبل از آنکه مستندات دیگران را نقد کنند. یادآوری کنید که اگر آن‌ها در افراد دیگر احساس تهدید به وجود آورند، به پیشرفت در حفظ مستندات دیگران کمک نخواهند کرد.

محتوای آموزشی

دانشجویان ممکن است با اصول نگهداری مستندات از مراقبت کلی خود آشنا باشند. به هر حال، آنها نیاز دارند که ضرورت ویژه حفظ مستندات در مامایی و نیازهای خاص زن تازه زایمان کرده را تشخیص دهند.

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

- واضح
- خوانا
- دقیق

بوده و باید شامل موارد زیر باشد:

- تاریخ

- زمان
- امضا

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

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

این خیلی مهم است.

از دانشجویان بخواهید که گروه‌های بحث در بررسی این سوال تشکیل دهند که "هدف از نگهداری مستندات چیست؟"

باز خورد

زمانی که دانشجویان داخل گروه‌هایشان قرار می‌گیرند، در تخته‌سیاه بنویسید "هدف از نگهداری مستندات چیست؟".

اهداف نگهداری مستندات:

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

ارزیابی صلاحیت

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

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

مطالعات موردی



جلسه ۶

مطالعات موردی

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان جهت بازتاب در عمل و درک ارتباط مهم بین فرآیند و نتیجه در رابطه با پیشگیری و اداره عفونت نفاسی.
- توانمند کردن دانشجویان به یادگیری از تجارب خود و انجام توصیه‌های عملی که حین اداره عفونت نفاسی پیامد را بهبود خواهدبخشید.

اهداف اختصاصی

در پایان جلسه ۶، دانشجویان قادر خواهند بود:

- یک مطالعه موردی ارائه نموده و سوالات مهمی در رابطه با آن به بحث بگذارند.
- فرآیندی را شناسایی نمایند که منجر به پیامد مطالعات موردی شده، با تاکید بر نکات مهم عملی در پیشگیری و اداره عفونت نفاسی.
- بحث کنند که چگونه ممکن است سایر زنان نیز از مراقبت خوب منجرشونده به پیامد ایمن یا از درس‌های آموخته شده از یک پیامد ضعیف سود ببرند.
- توصیف کنند که چگونه مراقبت مادری ارتقایافته می‌تواند روی پیامد اداره عفونت نفاسی تاثیرگذار باشد، با ارائه مثالهایی از تجربه خود.
- اهمیت بازتاب در عمل را به منظور ارزیابی و بهبود مراقبت توضیح دهند.

طرح درسی

مطالعات موردی، بحث، کارگروهی، بازخورد (۳ ساعت).

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

منابع

آموزش‌ها برای دانشجویان: دستورالعمل‌هایی برای مطالعه موردی.

آموزش‌ها برای کار گروهی.

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

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

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

در صورت امکان استفاده از یک مورد با پیامد خوب و مورد دیگری که نتیجه آن چندان خوب نبوده، مناسب است. دلایل این نتایج متفاوت را بحث کنید.

این مسئولیت مربی است که محیطی را آماده نماید که جهت ارائه مطالعات موردی مناسب است.

رئوس مطالب جلسه:

۱. معرفی جلسه. به دانشجویان یادآوری کنید:

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

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

۲. ارائه مطالعه موردی ۱.

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

۴. ارائه مطالعه موردی ۲.

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

۶. ارائه مطالعه موردی ۳.

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

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

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

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

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

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

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

۱۰. بحث کنید:

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

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

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

بازخورد

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

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

- چه چیزی لازم است اتفاق افتد؟
- چگونه آن می‌تواند اتفاق افتد؟
- چه کسی مسئولیت را خواهد پذیرفت؟

- چه کسی کمک خواهد کرد؟
- کجا اقدام صورت خواهد گرفت؟
- چه زمانی اقدام صورت خواهد گرفت؟
- چه زمانی آن مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت؟

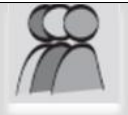
چگونگی پایان دادن به این مدل

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

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

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

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



آموزش‌ها برای کار گروهی

جلسه A یا B (مدرس شما توصیه خواهد کرد که کدام جلسه را انتخاب کنید)، به اضافه جلسه C را به بحث اختصاص دهید.

محرمانه ماندن اطلاعات افراد درگیر شامل بیمار و کارکنان را تضمین کنید.

بحث مطالعات موردی در اداره عفونت نفاسی با استفاده از یادداشتهای خود بر اساس دستورالعمل‌های پیوست شده برای مطالعه موردی:

A. در مواردی که مادر زنده ماند:

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

B. در مواردی که مادر فوت کرد:

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

C. بازتاب در عمل:

۱. هرگونه حقایق در مورد عملکردی که شما از طریق این مطالعات موردی آموخته‌اید، لیست کنید.
۲. توصیه‌هایی را ارائه کنید که فکر می‌کنید در اداره ایمن‌تر عفونت نفاسی در محل بالینی شما کمک‌کننده خواهد بود.

فردی را جهت گزارش‌دهی منصوب کنید

آموزش‌ها برای دانشجویان - دستورالعمل‌هایی برای مطالعه موردی

مطالعه موردی شما باید در رابطه با برخی جنبه‌های اداره عفونت نفاسی باشد. آن باید شامل موارد زیر باشد:

شماره بیمار:

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

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

واژه نامه

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

A

Abortion

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

Complete abortion

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

Incomplete abortion

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

Induced abortion

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

Inevitable abortion

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

Missed abortion

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

Septic abortion

سقطی که در ۲۲ هفته اول حاملگی به وسیله عفونت رحمی یا عفونت گسترش یافته ای مجرای ژنیتال ایجاد می شود که سبب تب، لرز، ترشحات بدبوی واژینال، درد لگن و سپتیسمی 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 موردانتظار را تشکیل می دهد.

Threatened abortion

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

Unsafe abortion

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

Abscess

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

AIDS

سندرم نقص ایمنی اکتسابی

Amnion

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

Amniotic fluid

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

Amniotic fluid embolism

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

Amniotomy

پارگی جراحی غشاهای جنین برای القای زایمان

Anaemia

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

Analgesic

دارویی که برای کاهش درد تجویز می‌شود.

Aneurysm

کیسه‌ای که به دلیل گشادی شریان ایجاد می‌شود.

Anoxia

مرحله شروعی کاهش اکسیژن

Antepartum

قبل از زایمان

Antepartum haemorrhage

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

Anterior

موقعیتی در جلو یا در طرف مقابل جهت‌یابی شده‌است.

Antero posterior

از جلو تا عقب

Antibiotic

داروهایی از 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 ویژه ای 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

مرتفع ترین موقعیت.

Apnoea

عدم تنفس

Aseptic technique or asepsis

روش‌های ضدعفونی به محافظ‌های 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 آسفکسی 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 آتونمی، 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 آتونمی خواهد کرد.

Augment

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

Avoidable factors

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

Axilla

زیر بغل

B

Bacteria

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

Bacteriuria

وجود باکتری در ادرار

Bandl's ring

ناحیه‌ای بین سگمان فوقانی و تحتانی رحم که در هنگام زایمان انسدادی قابل مشاهده و قابل لمس 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 آتونی 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 هم‌ا‌ش به یک‌باره تزریق می‌شود.

Broad ligament

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

C

Capsular decidua

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

Caput succedaneum

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

Cavity

یک مکان فشرده شده یا حفره‌ای در بدن.

Cephalic presentation

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

Cephalopelvic disproportion

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

Cerebral haemorrhage

خونریزی در مغز که به دلیل پارگی رگ‌های خونی می‌باشد.

Cerebrospinal fluid

مایعی که داخل طناب مغزی و نخاعی قرار گرفته‌است.

Cervical os

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

Chorioamnionitis

عفونت پرده‌هایی که جنین را در رحم می‌پوشانند.

Chorion

بیرونی‌ترین غشایی که جنین را در رحم می‌پوشاند.

Chronic

مزمن بودن یا ادامه داشتن

Circulatory overload

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

Coagulation

شکلی از لخته خون

Coagulation failure

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

Coccyx

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

Coma

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

Contraction (of pelvis)

کاهش اندازه

Cortical necrosis

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

Crepitations

صدای خشک و خشن

Cross-matching (of blood)

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

Crowning

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

Cubital fossa

حفره‌ای در قسمتی از بازو که در مقابل آرنج است.

Cyanosis

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

Cystitis

عفونت مثانه

D

Decidua

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

Deep vein thrombosis

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

Deficiency

کاهش یا کمبود

Deflexed (head)

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

Deformity

بدشکلی در ساختارهای بدن

Dehydration

حالتی که به خاطر 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 سرچنین 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 sacrom)

تورفتگی سطح قدامی ساکروم

Humerus

استخوانی که از شانه تا آرنج گسترش یافته‌است.

Hydatidiform mole

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

Hydration

جذب کردن یا ترکیب شدن با آب

Hydrocephalus

عارضه‌ای که 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 پربینه انجام می‌شود.

Internal

در سمت داخل

Intrapartum

حین زایمان اتفاق می‌افتد.

Intraperitoneal

داخل حفره پریتونئ یا صفاق

Intrauterian death

مرگ داخل رحمی جنین

Intrauterine growth retardation (IUGR)

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

Involution of the uterus

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

Ischial spines

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

Isthmus

یک راه ارتباطی باریک بین تنه و گردن رحم.

K

Ketoacidosis

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

Ketonuria

حضور اجسام کتونی در ادرار.

Kyphosis

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

L

Laparotomy

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

Lateral

طرف کنار

Leukopenia

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

Liquor

واژه‌ای دیگر برای مایع آمنیون

Lithotomy poles

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

Lithotomy position

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

Lochia

ترشحات رحم بعد از تولد بچه می‌باشد. این ترشحات شامل خون، موکوس، تکه‌هایی از دسیدوا و سایر مواد زاید رحم می‌باشد. در طول ۲-۳ روز اول بعد از تولد بخش اعظم ترشحات شامل خون می‌باشد سپس ترشحات از رنگ صورتی به قهوه‌ای تبدیل می‌شوند که شامل مایع 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 ساب‌آراکنوئید 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 آمینون می‌باشد و اولین مدفوع دفع شده نوزاد بوده و برای یک یا دو روز ادامه می‌یابد. گاهی اوقات به داخل رحم دفع می‌شود که ممکن است نشان از دیسترس جنین باشد.

Median

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

Medical audit

بررسی اداری پرونده‌های پزشکی

Meningitis

عفونت غشاهایی که مغز را در بر گرفته‌اند.

Mental retardation

تأخیر تکامل عقلی

Mento vertical diameter

فاصله بین چانه و ورتکس (بالاترین نقطه سر)

Mid-biceps

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

Monoplegia

فلج شدن یکی از اندام‌ها (بازو یا ساق پا)

(of the fetal head) Moulding

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

Multipara

خانمی که بیش از یک فرزند زنده بدنیا آورده‌است.

Multiple pregnancies

یک حاملگی که بیش از یک جنین دارد، مثل حاملگی‌های دوقلویی 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 نیاورده‌است.

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 شده‌است 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 نکرده‌است 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.

Partogram

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

Patella

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

Pathogenic

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

Pelvic brim (or inlet)

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

Pelvic inflammatory disease (PID)

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

Pelvic outlet

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

Pericarditis

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

Perimetrium

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

Perinatal

حول و حوش تولد

Perinnum

ناحیه‌ای که از قوس پوییس 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 جهت یابی 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 پوییس است. لیبر در این موارد اغلب خیلی مشکل است، زیرا بزرگ‌ترین قطر سر جنین باید از لگن عبور کند. در نتیجه انقباضات کمتر موثر هستند، دیلاتاسیون دهانه رحم آهسته بوده و نزول سر جنین با تأخیر صورت می‌گیرد و آسیب مادر و جنین شایع است.

Photophobia

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

Physical disability

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

Pivot

چرخش یا نوسان در یک نکته مرکزی

Placenta praevia

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

Placenta abruption

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

Pleurisy

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

Polyhydramnios

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

Polyuria

افزایش حجم ادرار

Posterior

قرارگرفتن در پشت یا در پشت بخشی از یک ساختار

Postpartum

بعد از زایمان

Postpartum haemorrhage

از دست دادن ۵۰۰ میلی‌لیتر خون یا بیشتر از مجرای تناسلی پس از زایمان. شایع‌ترین علت آن آتونی (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 میلی لیتر 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 شده است.

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 شده‌است.

Septic shock

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

Septicaemia

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

Shok

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

Hemorrhage shok

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

Septic shok

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

Sinciput

ابرو، پیشانی

Sinusitis

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

Sitz bath

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

Smear

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

Sodium lactate

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

Sonar

واژه‌ای برای مافوق صوت در تشخیص‌های پزشکی

Spasms

انقباض‌های سریع، ناگهانی و غیرارادی عضلات.

Specific gravity

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

Specimen

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

Splint

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

Sputum

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

Stasis (of urine)

در حال حاضر متوقف شدن، نداشتن جریان مناسب.

Stat

یک اختصار پزشکی به معنای فوراً و بلافاصله می‌باشد.

Statistics

جمع‌آوری وقایع آماری

Status

جایگاه اجتماعی، اهمیت نسبی یک فرد.

Stenosis (of vagina)

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

Stillbirth

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

Stillborn

بچه مرده به دنیا آمده.

Stunted growth

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

Subarachnoid hemorrhage

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

Sub involution (uterus)

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

Suboccipitobregmatic diameter (of head)

فاصله بین برآمدگی اکسی پوت تا فونتانل قدامی سر.

Symphiotomy

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

Symphysis pubis

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

T

Talipes

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

Tenderness

احساس درد هنگام لمس کردن.

Term baby

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

Testicles/testes

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

Tetanus

بیماری که به وسیله میکروارگانیسم‌های موجود در خاک و گردوغبار ایجاد شده و به وسیله مدفوع انسان و حیوانات منتشر می‌شود. میکروارگانیسم 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 (بی ضرر) یا سرطانی باشد.

Twitch

عکس‌العمل، ناگهانی، سریع، گذرا.

U

Ultrasound

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

Umbilical cord

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

Uremia

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

Utero vesical pouch

فضای بسته‌ای که بین مثانه و رحم قرار دارد.

Uterus inversion

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

V

Vacuum extraction

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

Vaginal fornix

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

Varicose veins

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

Venepuncture

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

Vertex

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

Virus

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

Vitamins

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

W

Waddling gait

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

Water intoxication

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

ضمیمه: سوالات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سوالات پیش و پس‌آزمون (و پاسخ‌ها) که در ادامه بعنوان مثال‌هایی ارائه شده است، شامل طیف گسترده و کاملی از سوالاتی که باید در پیش و پس‌آزمون گنجانده شود، نبوده و شما باید استفاده از آنها را به عنوان یک روش ارزیابی دانشجو انتخاب 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 اسپیس نفاسی استفاده می‌کنید، مهم است که حداقل در تعدادی از سوالات پیش و پس‌آزمون تغییراتی بدهید. چون در دانشکده‌های مامایی و پرستاری، دانشجویان اغلب در مورد محتوای سوالات و بحث می‌کنند.

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 در تمامی 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 اصلی ارزیابی دانشجویان در این مدل و مدل‌های تکنیکی دیگر می‌باشد.

سوال ۱: اسپیس نفاسی چیست؟

پاسخ: عفونت مجرای تناسلی است که پس از زایمان بچه، معمولاً بعد از ۲۴ ساعت اول اتفاق می‌افتد.

سوال ۲: زمانی که پارگی پرده‌ها ۱۸ ساعت یا بیش از آن قبل از شروع لیبر باشد، چه مشکلی ممکن است اتفاق افتد؟

جواب: کوریوآمینیوت.

سوال ۳: به دنبال زایمان، اسپیس نفاسی ممکن است در کجا متمرکز شود؟

جواب: پرینه، واژن، سرویکس، یا رحم.

سوال ۴: سه شرایط تهدیدکننده زندگی ناشی از اسپیس نفاسی را نام ببرید؟

جواب: هر ۳ مورد زیر: سپتی سمی، شوک اسپیس، اختلال انعقادی، پریتونیت، آبسه لگنی.

سوال ۵: سه نشانه رایج اسپیس نفاسی را نام ببرید؟

جواب: هر ۳ مورد زیر: تب، لرز، درد تحتانی شکم، رحم حساس، لوشیای چرکی و بدبو.

سوال ۶: ۴ عامل خطر برای اسپیس نفاسی که می‌توان در گرفتن شرح حال شناسایی کرد، چیست؟

جواب: هر ۴ مورد زیر: پارگی طولانی مدت پرده‌ها، لیبر طول کشیده، مراقب زایمانی فاقد مهارت، تجهیزات زایمانی غیرتمیز، وارد کردن مواد مضر به داخل واژن (مثل کود گاوی)، زایمان با جراحی، خونریزی بیش از حد پس از زایمان، وجود عفونت منتقله جنسی طی بارداری، وجود دیابت یا آنمی، ایمن نشدن زن برای کزاز

سوال ۳:۷ عامل خطر برای سپسیس نفاسی که می‌توان با معاینه فیزیکی تشخیص داد، چیست؟

جواب: هر ۳ مورد زیر: شواهدی از آنمی (کمرنگی کف دست و مفاصل)، شواهدی از تکه‌های جفتی احتباس یافته، رحم نرم و بزرگ با لوشیای بیش از حد، پارگی‌های ترمیم نیافته واژن یا سرویکس.

سوال ۸: چه بررسی‌های ممکن است برای تشخیص سپسیس نفاسی لازم باشد؟

جواب: سوآب قسمت فوقانی واژن، نمونه میانی ادرار، سوآب گلو، سوآب زخم، کشت خون.

سوال ۹:۲ ارگان‌نیم را نام ببرید که از علل شایع سپسیس نفاسی هستند؟

جواب: هر ۲ مورد زیر: استرپتوکوک، استافیلوکوک، اشرشیا کولی، کلستریدیوم تتانی، کلستریدیوم ولشی، کلامیدیا و گونوکوک.

سوال ۱۰: روش ترجیحی تجویز آنتی‌بیوتیک در مورد سپسیس نفاسی شدید چیست و چرا؟

جواب: راه داخل وریدی، زیرا تاثیر آنتی‌بیوتیک‌ها سریع‌تر از تجویز با راه‌های دیگر می‌باشد.