

اداره خونریزی پس از زایمان

محتوای آموزشی برای مدرسین مامایی

مدل‌های آموزش مامایی - چاپ دوم



دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اصول آموزشی برای مربیان مامایی

مدل‌های آموزش مامایی – ویرایش دوم

اداره خونریزی پس از زایمان

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 postpartum haemorrhage

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 خونریزی پس از زایمان

مترجمین: عزیزه فرشباف خلیلی، مهین کمالی فرد، جمیله ملکوتی، پریسا یآوری کیا، دکتر مژگان میرغفوروند، هانیه صالحی پورمهر*

ویراستاران: هانیه صالحی پورمهر، مهناز شهنازی

با نظارت: عزیزه فرشباف خلیلی

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

سال ترجمه و انتشار: ۲۰۱۳

*اعضا 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 مامایی جامعه‌نگر از مباحث جدید درسی دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی است که خدمات مامایی را بر اساس نیازهای واقعی موجود در متن جامعه بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق بازدیدهای جامعه‌ارایه می‌کند. در این مدل، آموزش دانشجویان پس از بیان اهداف و ارائه درس توسط مجموعه‌ای از روشهای تدریس و ارائه دستورات عمل‌های 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 ارتقا کیفیت آموزشی اینجانب را بر آن داشت تا پس از انتشار online اصل این کتاب پیشنهاد ترجمه گروهی و فراهم‌سازی امکان دسترسی آسان به ترجمه کتاب برای کلیه علاقه‌مندان به ویژه مدرسان، دانشجویان و کارکنان نظام ارائه خدمات سلامتی از طریق انتشار online و چاپی مطرح شود که مورد استقبال همکاران قرار گرفت. پس از اخذ مجوز رسمی از سازمان بهداشت جهانی و انجام هماهنگی‌های لازم با گروه ترجمه و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی تبریز و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کار ترجمه کتاب منتشر شده سال ۲۰۰۸ میلادی شروع و پس از ۴ ماه اتمام یافت. ابتدا هر قسمت از کتاب توسط دو نفر از اعضا ترجمه شد. متون ترجمه شده بازبینی و کلمه به کلمه با متن اصلی کتاب مطابقت داده شد. در نهایت هر قسمت از کتاب توسط یکی از مترجمین بازبینی مجدد گردید. از آنجایی که تنها متن بی‌غلط نامه نانوخته است، با وجود نهایت توجهی که در ترجمه و ویرایش این کتاب به کار رفته است بی‌شک اشتباهاتی در متن وجود دارد. خواهشمندیم نظرات خود را از طریق آدرس ایمیل: azizeh_farshbafkhalili@yahoo.com با ما در میان گذارده و در جهت اصلاح اشتباهات ما را یاری فرمایید.

عزیزه فرشباف خلیلی

تقدیر و تشکر

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

خانم گاینور مک لین^۱ پیش‌نویس اولیه مدل‌ها را تهیه نمود و پیش‌آزمون برخی از روش‌های تدریس - یادگیری را در دو کشور آفریقایی انجام داد. خانم فریدریک ویت جنستین^۲ با حفظ بسیاری از ایده‌ها و روش‌های گنجانده شده در پیش‌نویس اولیه نسخه آزمایشی مدل‌ها را تهیه کرد. خانم جودیت اوهایر^۳ 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 باربارا کواست^۴ و خواهر بعدی او تامپسون^۵ دو مامای مشهور بین‌المللی بعنوان اعضای کارکنان WHO مسئول پرورش، توسعه، تولید و در نهایت انتشار و استفاده از مدل‌ها بودند.

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

چاپ دوم مدل‌های مامایی تحت توجهات تیم "ایمن‌تر کردن بارداری"، با مشارکت ارزشمند سایر همکاران گروه بهداشت باروری و پژوهش توسعه یافته است. طراحی مدل توسط خانم مورین دانفی^۶ و اجرای کلی توسط خانم شمیلا اکرم^۷ انجام شد. این چاپ دوم بطور مشترک توسط WHO و ICM منتشر شده که مراتب تشکر از افراد زیر بعمل می‌آید: خانم بتی سویت^۸ و خانم جودیت اوهایر به خاطر بازبینی و بروزرسانی مدل‌ها، همه اعضا مجمع فنی تقویت مامایی، برگزار شده در ژنو ۲۰۰۱ به خاطر نظرات ارزشمند، همکاری و پیشنهادات مفیدشان برای پیشرفت بیشتر در نهایی‌سازی چاپ دوم و از IPAS به خاطر نظرات و کمک به تهیه مدل جدید مدیریت سقط ناقص و مراقبت بعد از سقط و به خاطر اجازه صمیمانه جهت استفاده از تصاویر آنان.

در نهایت WHO از کمک‌های مالی برای حمایت از این و فعالیت‌های مرتبط با سلامت مادران و برنامه مادری ایمن و متعاقب آن مقدمات برنامه ایمن‌تر کردن بارداری از دولت‌های استرالیا، ایتالیا، نروژ، سوئد و سوئیس، شرکت کارنگی، بنیاد راکفلر، UNPD، 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.

^۱ Gaynor Maclean
^۲ Friederike Wittgenstein
^۳ Judith O'Heir
^۴ Barbara Kwast
^۵ Anne Thompson
^۶ Maureen Dunphy
^۷ Shamilah Akram
^۸ Betty Sweet

فهرست

۷.....	مقدمه.....
۱۶.....	خلاصه مدل
۱۷.....	سخن آغازین.....
	جلسه ۱:
۱۸.....	مرحله سوم زایمان، فیزیولوژی و اداره.....
	جلسه ۲:
۴۹.....	شناخت خونریزی پس از زایمان.....
	جلسه ۳:
۵۶.....	عوامل قابل اجتناب.....
	جلسه ۴:
۶۷.....	شناسایی مشکل.....
	جلسه ۵:
۷۷.....	اداره خونریزی اولیه پس از زایمان.....
	جلسه ۶:
۸۶.....	اداره خونریزی ثانویه پس از زایمان.....
	جلسه ۷:
۹۶.....	یادگیری مهارت‌های بالینی.....
	جلسه ۸:
۱۴۹.....	ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن.....
	جلسه ۹:
۱۶۵.....	خارج کردن دستی جفت.....
	جلسه ۱۰:
۱۷۷.....	مطالعات موردی
	جلسه ۱۱:
۱۸۴.....	آیا می‌دانید؟
۱۹۰.....	واژه نامه.....

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 ارتقا 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 شد. 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 تدریس کننده 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 توسعه بالین کاران ماهری است که قادر به تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری بالینی بر اساس دانش درست و درک این عوارض باشند. با این حال فرض بر این است که ماماها و کارآموزان مامایی که با استفاده از مدل‌ها تحت تعلیم قرار می‌گیرند، قبلاً در بسیاری از مهارت‌های اساسی مانند اندازه‌گیری فشار خون، انجام معاینه واژینال، هدایت زایمان طبیعی و پیشگیری از عفونت، مهارت کسب کرده‌اند. بنابراین موقع استفاده از مدل‌ها برای برنامه‌های مامایی پایه ابتدا 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 نجات دهنده 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 به روزرسانی 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 به 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 مدل‌ها نیاز به سازگاری مطابق با مقررات محلی مربوط به عملکرد مامایی دارند، در حالیکه در همان زمان باید تلاش برای ارایه تغییرات قانونگذاری صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که ماماها مجازند 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 رؤس مطالب جلسه که توصیف می‌کند:

Aims - هدف جلسه خاص

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

طرح درسی - طرح رؤس مطالب برای جلسه

منابع - دستورالعمل‌های دانشجویان و کاربرگ‌ها، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

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

¹ - همراه ماهر یک کارکن بهداشتی با مهارت‌های مامایی است مانند ماماها و پزشکان و پرستارانی که برای مهارت مدیریت بارداری زایمان نرمال (بدون عارضه) و دوره بلافاصله پس از زایمان و شناسایی، مدیریت و ارجاع عوارض در زنان و نوزادان آموزش دیده و تحصیل کرده باشند. (ایمن تر کردن بارداری، نقش حیاتی همراه ماهر. بیانیه مشترک توسط WHO، ICM و FIGO، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴)



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

راهنماهایی برای فعالیتهای فردی یا گروهی ارائه می‌کند.

محتوای مدل‌ها

مامایی جامعه‌نگر

مدل با داستان خانم X شروع می‌شود که نشان می‌دهد چگونه عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص در همراهی با تأخیر در رسیدن و اخذ مراقبت‌های پزشکی، مادر را در معرض خطر عوارضی قرار می‌دهد که مکرراً منجر به مرگ او می‌شود. سپس مضمون داستان در سرتاسر سایر قسمت‌های مدل تقویت می‌شود. تأکید خاص به نقش ماماها در ارتقا مادری ایمن در جامعه با کمک کردن به افراد، خانواده‌ها و دیگر اعضای جامعه جهت درک و مشارکت در مادری ایمن 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 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 جهت ارزیابی آن مراقبت می‌باشد.

اداره 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 خونریزی پس از زایمان چیست، چگونه اتفاق می‌افتد، عوامل مساعد کننده 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 حفظ یادداشت. برخی از این مهارت‌های عمومی در مدل‌های فنی دیگر نیز گنجانده شده است.

اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده

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

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 حفظ یادداشت.

اداره 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 زایمان کننده اختصاص داده می‌شود.

مهارت‌های خاص برای پیشگیری و مدیریت عفونت نفاسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر، شناسایی علائم و نشانه‌ها، گرفتن نمونه میانی 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 حفظ یادداشت.

اداره اکلامپسی

این مدل با توضیح بیماری پره‌اکلامپسی و اکلامپسی شروع می‌شود. سپس محتوا، عوامل مساعد کننده در 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 حفظ یادداشت.

اداره 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 جنین 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: آسپیراسیون 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 در زمان مدیریت سقط ناقص هم لازم باشند که عبارتند از: استفاده از فشردن دودستی رحم، استفاده از فشردن دستی آئورت و ترمیم پارگی‌های بزرگ واژن و دهانه رحم. 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 حفظ یادداشت.

یادداشتهای دانشجو

هر مدل یک CD-ROM دارد که حاوی محتوای فنی اصلی و دستورالعمل‌های مربوط به دانشجویان به خصوص درباره فعالیت‌های گروه و جامعه است. مدرسین می‌توانند از این CD-ROM به عنوان راهنمایی جهت یادداشت‌برداری دانشجویان خود استفاده کنند.

روش‌های تدریس - یادگیری

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

سخنرانی‌های تعدیل شده

سخنرانی‌های تعدیل شده در مدل‌ها برای ارائه اطلاعات جدید و مرور متونی که دانشجویان غالباً با آن آشنا هستند مورد استفاده قرار می‌گیرند. آنها مشتمل بر استراتژی‌هایی مانند طوفان فکری، گروه‌های مباحثه، جلسات پرسش و پاسخ و بحث است که دانشجویان را در یادگیری خودشان درگیر می‌کند. مدل‌ها واجد انواع مواد بصری برای استفاده معلم به منظور ایجاد جلسات تا حد ممکن جالب است. معلم ممکن است تمایل به تقویت محتوای سخنرانی موجود در مدل‌ها با استفاده از اطلاعات منابع دیگر باشد، و یا به سادگی مطالب ارائه شده را دنبال کند. در هر دو مورد پیش از هر جلسه، آمادگی 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 به 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 خواهد بود. 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 برای 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 به کلاس از طرف همه بازخوردی ارائه دهد. دستورالعمل‌های خاص در جلساتی که شامل کار گروهی است ارائه می‌شود.

تدریس خصوصی (Tutorials)

تدریس خصوصی (Tutorial) یک جلسه تدریس - یادگیری غیر رسمی بین یک معلم و یک دانشجو و یا گروه کوچکی از دانشجویان است. تدریس خصوصی وقت گیر بوده اما برای مبحث پیشرفت دانشجویان ضروری هستند. 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 می‌دهند. تدریس‌های خصوصی در هر یک از مدل‌ها موجود بوده، اما در تمام جلسات نیست.

تمرین‌های عملی

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



بازدیدهای جامعه

بازدیدهای جامعه به عنوان تجربیات آموزنده و نیز لذت‌بخش برای دانشجویان در نظر گرفته شده‌اند. مدل بنیادین مشتمل بر یک سری از بازدیدهای جامعه می‌باشد که هدف آن کمک به دانشجویان جهت درک نحوه به کارگیری مفاهیم این مدل‌ها در جامعه است. با این حال بازدیدهای جامعه لازم است 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 حمل و نقل برای رساندن دانشجویان به جامعه و برگرداندن آنها است. معلم ممکن است برای بازدیدهای جامعه به 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 چونکه 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 مهارت‌ها در مدل‌ها باید در کلاس تدریس شده و تا حد امکان، قبل از اینکه دانشجویان به محیط بالینی واقعی برده شوند، مهارت‌های در یک محیط شبیه سازی شده بالینی تدریس شود. تسهیلاتی که در آن عملکرد بالینی انجام می‌گیرد باید بر اساس در دسترس بودن زنان با شرایط مشتمل در مدل انتخاب و پیش بینی شود. با این حال، 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 پیش 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 با تجربه دیگر نظارت حمایتی بشوند تا شایستگی در مهارت‌های مربوطه را به دست آورند.

نمایش و ایفای نقش

نمایش و ایفای نقش جهت تاکید بر نقاط ایجاد شده توسط 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 شخصیت خود و تا حدی داستان خود را به منظور نشان دادن

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

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری

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

کارگاه‌های آموزشی

یک کارگاه آموزشی یک 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 نوت بوک 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 برای 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 دیدگاه مختلفی در مورد تجربه‌شان بدهند. خلاصه‌ای از چنین بحث باید در دفتر خاطرات ضبط و اضافه بشود تا برای یادآوری در آینده کمک کند.

ارزیابی دانشجویان

پیش آزمون و پس آزمون

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 مراجعه‌کنندگان با شرایط خاص موجود در مدل‌ها ممکن است همیشه 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، یک پرسش، بازی‌های یادگیری و 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 متبوع کاری خود 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 کند. 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 پردازند. این به‌ویژه برای ماماها و پرستار ماماها قابل اجراست که در پایان دوره آموزشی، هنوز نیاز به تجارب بالینی مستمر در برخی از مهارت‌های موجود در مدل‌ها را دارند. بنابراین یک جلسه پیگیری، شاید شش ماه پس از پایان دوره، برای توانمند کردن دانشجویان برای 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. چرا خانم X مرد؟	تعریف داستان یا ویدئو	۳۰ دقیقه
۲. آیا خانم‌های X در جامعه ما هستند؟	ویزیت جامعه	یک روز
۳. تعهد برای مادری ایمن	کار گروهی ^۱ بازخورد، بحث	۱ ساعت ۱ ساعت
۴. قدم زدن در جایی که خانم X قدم زد	بازی آموزشی، تدریس خصوصی	۱ و نیم ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان
۵. موقعیت و ارزش زنان	بحث کار گروهی	۱ ساعت
۶. ارتقا مادری ایمن از طریق حقوق بشر	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی	۱ ساعت ۱ و نیم ساعت
۷. باورها، سنت‌ها و منع‌ها	خلاصه کردن بازدید جامعه بحث	نیم ساعت ۱ روز ۲ ساعت
۸. ثبت، ارجاع و کاهش خطر	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی بازدید جامعه تدریس خصوصی	۴۵ دقیقه ۲ ساعت نیم روز ۱ ساعت برای گروه
۹. تاخیر به معنی مرگ	سخنرانی، تعریف داستان و/یا ایفای نقش کار گروهی	۱ ساعت ۱ ساعت
۱۰. HIV/AIDS و مادری ایمن	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی، بازخورد، بحث	۱ و نیم ساعت ۱ و نیم ساعت
۱۱. معرفی پروفایل جامعه	سخنرانی تعدیل یافته، تمرین‌های عملی بحث گروهی تدریس خصوصی در گروه‌های کوچک بازدید جامعه	۱ و نیم ساعت ۱ و نیم ساعت ۱ و نیم ساعت ۲ ساعت چندین روز
۱۲. ارزیابی مراقبت مادری جامعه نگر	کار گروهی، بحث	۲ ساعت

سخن آغازین:

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

Aims - هدف اختصاصی جلسه

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

طرح درسی - طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع - دستورات عمل‌های دانشجویان و برگه‌های کار، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

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

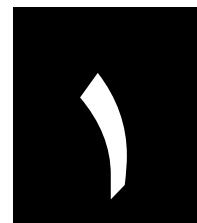
ماده تکمیلی برای مدرس: جزئیاتی از محتوای آموزشی را برای هر ۲ روش تئوری و عملی ارائه می‌دهد.

دستورالعمل‌هایی برای دانشجویان (تحت عنوان "دستورالعمل برای دانش آموزان" یا "دستورالعمل برای کارگروهی"): راهنمایی‌هایی برای فعالیت‌های فردی و گروهی فراهم می‌کند.

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

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

مرحله سوم زایمان: فیزیولوژی و اداره‌ی آن



جلسه ۱

مرحله سوم زایمان: فیزیولوژی و اداره‌ی آن

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به درک فیزیولوژی مرحله سوم زایمان و کاربرد این مفهوم در اداره کردن مرحله سوم زایمان به منظور اطمینان از عملکرد ایمن
- توانمند کردن دانشجویان به درک موضوعات مربوط به انتخاب اداره مرحله سوم زایمان

اهداف درسی

در پایان جلسه ۱ دانشجویان قادر خواهند بود:

- فیزیولوژی مرحله سوم زایمان را با اشاره به آناتومی متناسب با آن توضیح دهند
- مشخصات ظاهری جفت نرمال و مالفورمسیون‌های احتمالی مربوط به آن را توصیف کنند.
- چگونگی معاینه جفت را توضیح دهند.
- اداره‌ی فعال و فیزیولوژیک مرحله‌ی سوم زایمان و اداره‌ی آن را تحت نظارت نشان دهند.
- درباره وظایف مرتبط با عملکرد مامایی و اداره نمودن مرحله‌ی سوم زایمان بحث نمایند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده، امتحان (۱.۵ ساعت)

آموزش بالینی، مشاهده عملکرد (۰/۵ تا ۱/۵ ساعت به ازای هر ۲ تا ۳ دانشجو)

بحث (۲.۵ ساعت)

منابع

امتحان از آناتومی و فیزیولوژی مرحله سوم زایمان

چک لیست ریز وظایف اداره نمودن مرحله سوم زایمان

این بخش حداقل مواد آموزشی مورد نیاز برای مرور آناتومی و فیزیولوژی برای اداره کردن مرحله سوم زایمان را پیشنهاد می‌کند. بر اساس سطح اطلاعات موجود دانشجویان، ممکن است اجازه داده شود که زمان بیشتری برای آموزش و مرور آناتومی و فیزیولوژی صرف گردد.

توضیح دهید که خونریزی پس از زایمان (PPH) شایع‌ترین علت مرگ مادری در سراسر دنیا است و ۲۵٪ از همه مرگ‌های مادری را تشکیل می‌دهد. این رقم دلالت بر مواردی از خونریزی پس از زایمان می‌کند که علت مستقیم مرگ مادری بودند. اما خونریزی پس از زایمان اغلب مشکل همراه با سایر علل مرگ‌های مادری مستقیم مانند زایمان متوقف شده و سپسیس است.

برای ماماها بسیار مهم است که بتوانند از خونریزی پس از زایمان جلوگیری کنند و اگر ممکن باشد، در صورت وقوع، آن را به نحو مناسبی کنترل کنند.

درک خوب فیزیولوژی و اداره مرحله سوم زایمان به ارتقای عملکرد خوب کمک می‌کند.

فیزیولوژی و آناتومی کاربردی

وضعیت نسبی رحم

از شکل ۱-۱ جهت نشان دادن موقعیت رحم نسبت به مثانه و رکتوم و واژن استفاده کنید.

در جلو رحم مثانه و بن‌بست یوتروویکال قرار دارد. در پشت رحم رکتوم و بن‌بست داگلاس واقع است. مجاورت مثانه با رحم توضیح می‌دهد که چرا یک مثانه‌ی پر می‌تواند در توانایی رحم جهت انقباض پس از زایمان تداخل داشته باشد.

آناتومی رحم

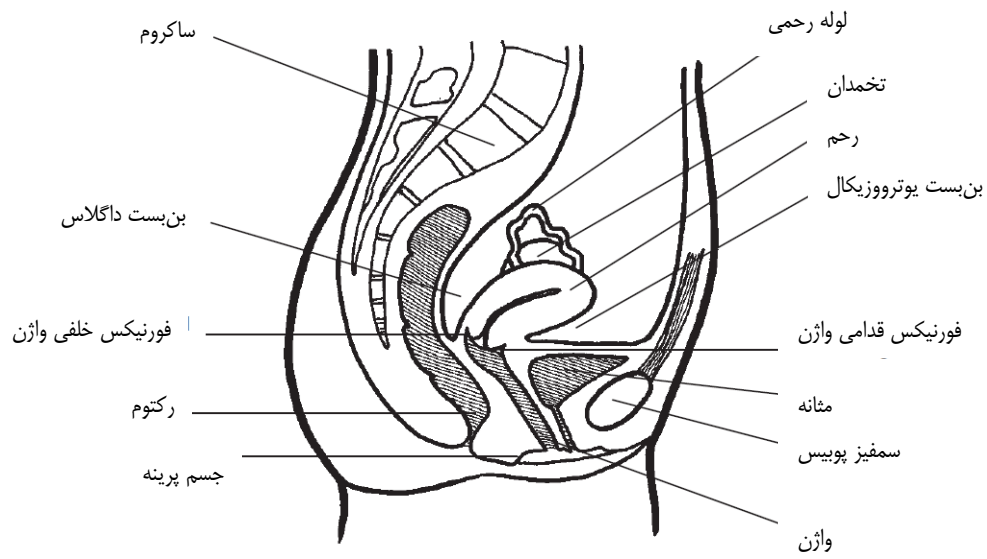
از شکل ۱-۲ جهت نشان دادن قسمت‌های مختلف رحم استفاده کنید.

رحم متشکل از دو قسمت اصلی است (تنه و دهانه‌ی رحم)

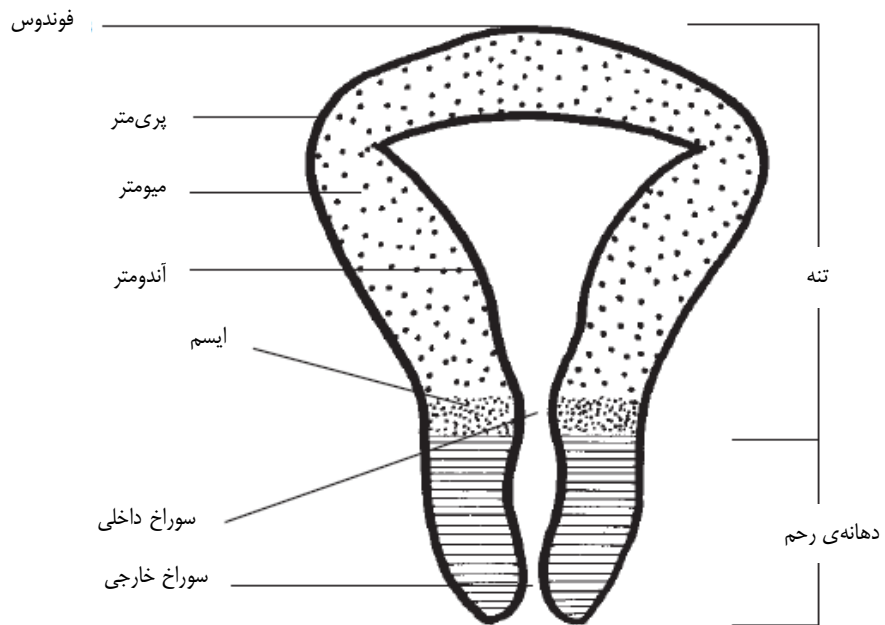
تنه: دوسوم فوقانی رحم را تشکیل می‌دهد.

فوندوس یا قله رحم: قسمت فوقانی گرد تنه در بالای محل ورود لوله‌های رحم است

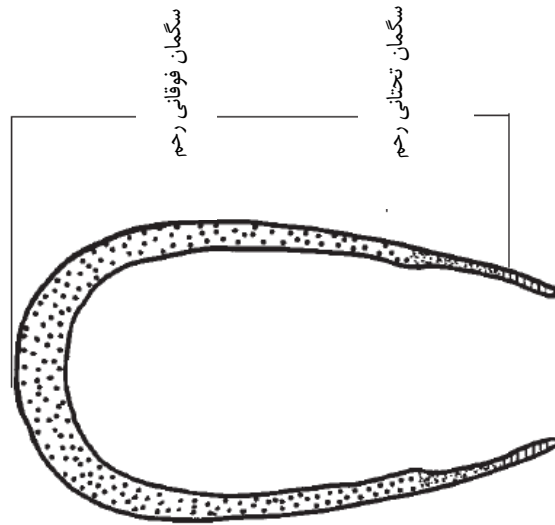
ایسم: باریک‌ترین قسمت رحم در محل اتصال تنه به دهانه‌ی رحم است. ایسم در طی حاملگی و زایمان نازک‌تر و کشیده‌تر می‌شود و سگمان تحتانی را ایجاد می‌کند



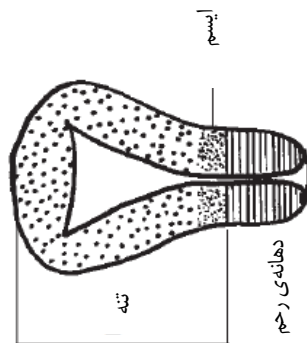
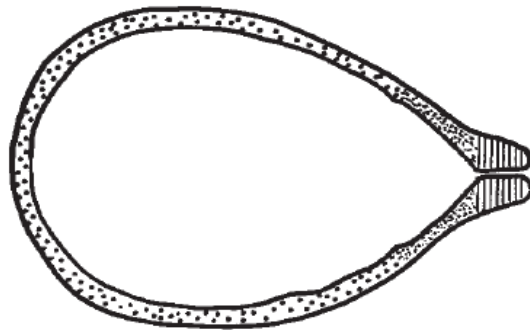
شکل ۱.۱: برش میانی از لگن زنانه که نشان دهنده‌ی مثانه، رحم، رکتوم و ارتباط آناتومیکی آنها است



شکل ۱.۲: رحم



رحم طبیعی در مرحله دوم زایمان



رحم غیر حامله

شکل ۱.۳: سگمان فوقانی و تحتانی رحم

سگمان فوقانی رحم:

متشکل از تنه‌ی رحم است و قابلیت انقباض داشته و در زمان زایمان نازک‌تر می‌شود. کانال سرویکس شامل یک پلاک موکوسی است که به محافظت در برابر عفونت‌ها کمک می‌کند. این پلاک موکوسی درست قبل یا حین لیبر خارج می‌شود. بسیاری از زنان از آن به عنوان "نشانه"^۱ یاد می‌کنند. دهانه‌ی رحم زنان زایمان نکرده صورتی و سفت بوده و در فرد حامله نرم و بنفش است. این تغییرات در اثر افزایش واسکولاریته و تأثیرات هورمونی ایجاد می‌شود.

سوراخ داخلی:

سوراخی است باریک بین ایسم و دهانه‌ی رحم

سوراخ خارجی:

سوراخی است در ناحیه‌ی انتهایی دهانه‌ی رحم، قبل از حاملگی کوچک و گرد بوده و پس از زایمان به شکل یک شکاف عرضی در می‌آید.

تنه رحم سه لایه دارد: آندومتر، میومتر و پری‌متر

آندومتر:

داخلی‌ترین لایه بوده و جایی است که تخم لقاح یافته کاشته می‌شود. در طی حاملگی و زایمان آندومتر، دسیدوا نامیده می‌شود. قسمتی از دسیدوا که زیر جفت قرار دارد دسیدوا بازالیس نام دارد. قسمت باقیمانده رحم دسیدوای ورا یا پاریتال نام دارد. جفت بطور طبیعی فقط در دسیدوا کاشته می‌شود. اگرچه برخی اوقات همه‌ی جفت یا تکه‌هایی از آن در میومتر کاشته می‌شود. در این موارد جفت و تکه‌های جفتی پس از زایمان در رحم باقی می‌مانند، چون به روش معمول قادر به جدا شدن نیستند.

میومتر:

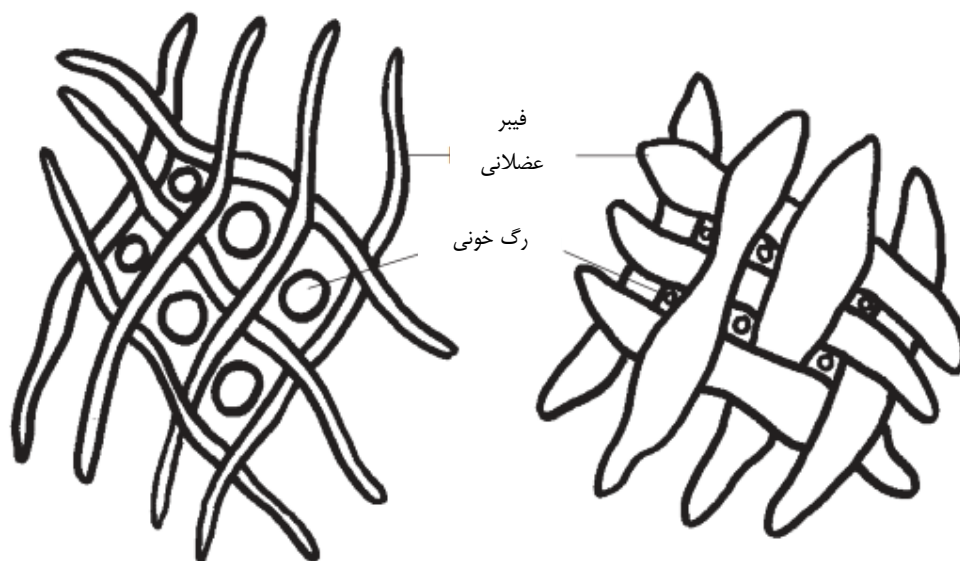
مشمول بر فیبرهای عضلانی مایل و گرد و طولی بوده و بسیار قابل انعطاف است. فیبرهای عضلانی مایل به شکل شطرنجی قرار می‌گیرند و رگ‌های خونی را زمانی که رحم به خوبی منقبض می‌شود، تحت فشار قرار می‌دهند (شکل ۱.۴) در طی مرحله‌ی سوم لیبر عملکرد فیبرهای مایل به شدت قوی بوده و رگ‌های خونی را برای کنترل خونریزی می‌فشارد. این عضلات بیشتر در سگمان فوقانی رحم یافت می‌شوند، جایی که جفت بطور طبیعی کاشته می‌شود. این مورد توضیح می‌دهد که چرا کنترل خونریزی مرحله‌ی سوم در زمان جفت سر راهی جایی که جفت در سگمان تحتانی رحم قرار می‌گیرد، مشکل‌تر است.

پری‌متر:

لایه‌ی صفاقی پوشاننده رحم بجز آن قسمت از اطراف رحم که رباط گرد را تشکیل می‌دهد.

(الف) فیبرهای عضلانی رحمی در حال استراحت، رگ‌های خونی فشرده نشده‌اند

(ب) فیبرهای عضلانی منقبض شده، رگ‌های خونی فشرده شده‌اند



شکل ۱.۴: عملکرد فیبرهای عضلانی رحم محل جفت در کنترل خونریزی بعد از زایمان

فیزیولوژی مرحله سوم زایمان

از شکل ۱.۵ تا شکل ۱.۸ جهت توضیح مرحله سوم زایمان استفاده کنید

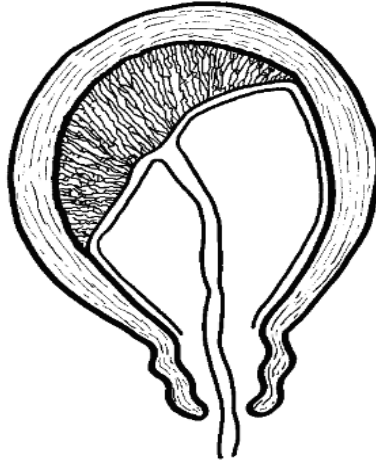
مکانیسم جدا شدن جفت

جدا شدن جفت حاصل انقباض و کشیده شدن میومتر است که در اثر ضخیم شدن دیواره‌ی رحمی سبب کاهش اندازه ناحیه جفتی می‌شود. همزمان با کوچک شدن ناحیه جفتی، جفت از دیواره‌ی رحمی گسیخته می‌شود. زیرا برخلاف رحم، این ناحیه الاستیک نبوده و قدرت انقباض و کشش ندارد. در ناحیه جدا شدن یک لخته تشکیل می‌شود. این لخته که به نام لخته‌ی پشت جفتی خوانده می‌شود، بین دسیدوا و جفت جمع می‌شود و منجر به جدا شدن بیشتر جفت می‌گردد. انقباضات بعدی میومتر جفت را به طور کامل از دیواره رحمی جدا کرده و جفت به ناحیه سگمان تحتانی رحم و سپس به طرف واژن جایی که از آن خارج می‌شود، کشیده می‌شود.

از شکل ۱.۹ جهت نشان دادن ارتفاع رحم در رابطه با بند ناف در زمان‌های مختلف در طی مرحله‌ی سوم زایمان استفاده کنید

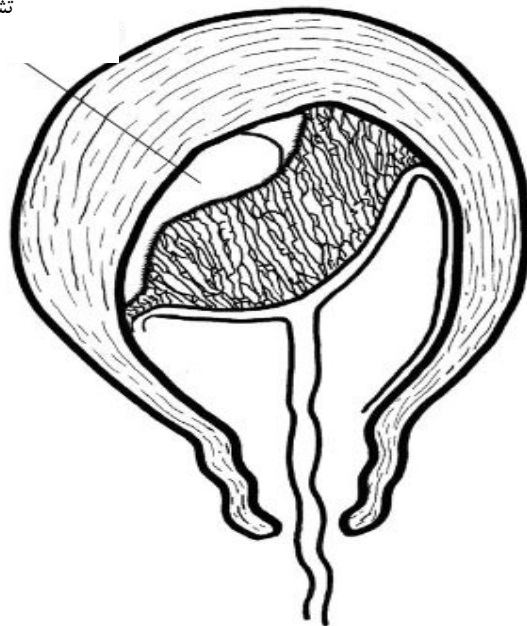
دو روش جدا شدن جفت وجود دارد که توسط شولتز^۱ و متیوس دانکن^۱ توصیف شده است (شکل ۱.۱۰) این مکانیسم‌ها تحت کنترل عامل کمک‌کننده زایمان نیستند.

^۱ Schultze

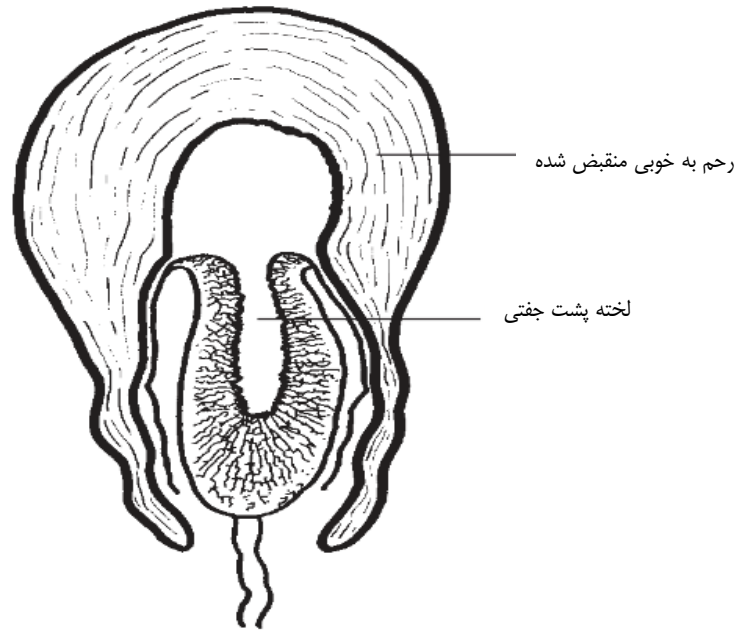


شکل ۱.۵: جفت جدا نشده

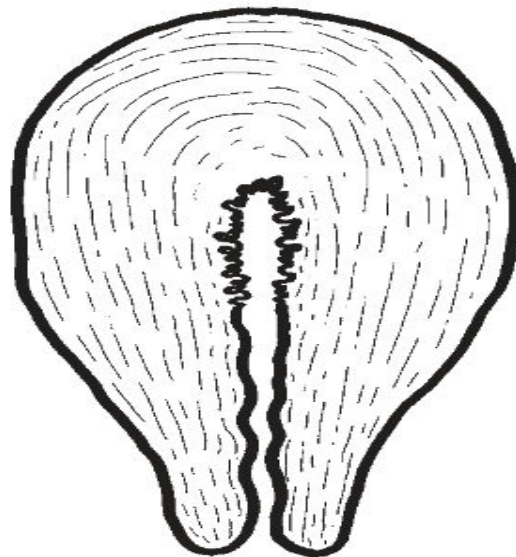
تشکیل لخته پشت جفتی



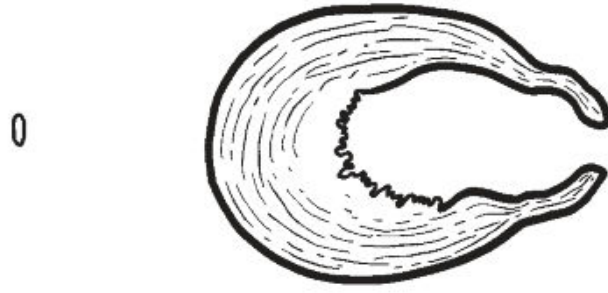
شکل ۱.۶: تشکیل لخته‌ی پشت جفتی - شروع جداسازی جفت



شکل ۱.۷: جفت در سگمان تحتانی رحم

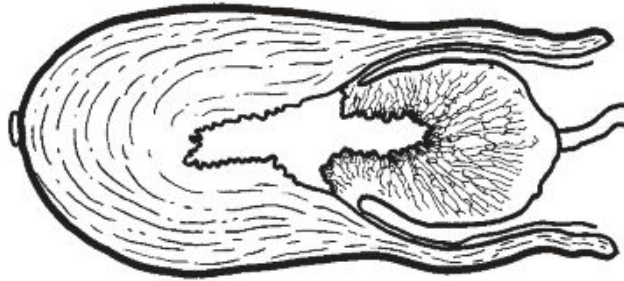


شکل ۱.۸: پایان مرحله‌ی سوم - جفت خارج شده و رحم منقبض شده

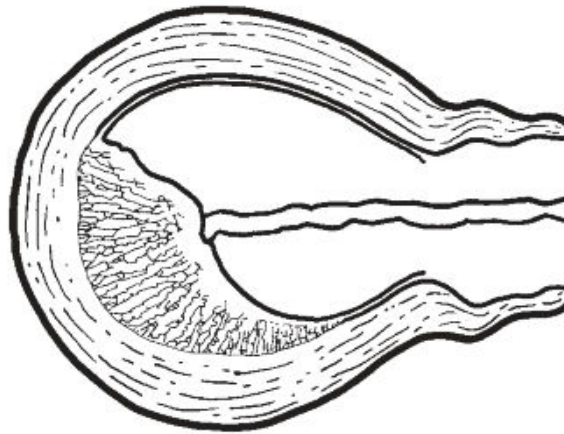


0

پایان مرحله سوم زایمان



جفت در سگمان تختانی رحم



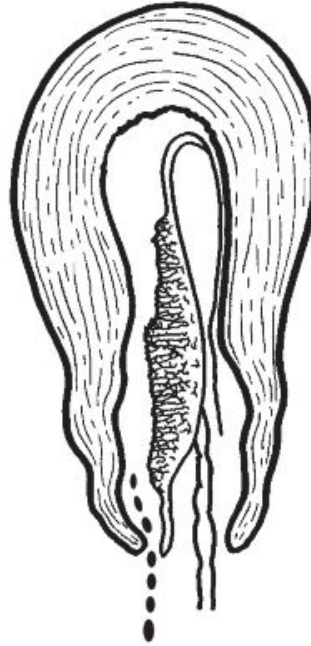
شروع مرحله سوم زایمان

ناف

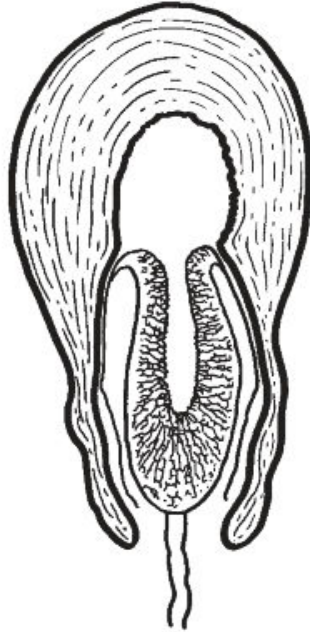
0

شکل ۱.۹: ارتفاع رحم در رابطه با ناف

روش متیوس دانکن



روش شولتز



شکل ۱۰۱۰: روش‌های خروج جفت

روشی که **شولتز** گفته می‌شود، شایع‌تر است. جفت از یک نقطه‌ی مرکزی کنده شده و از طریق سوراخ کیسه آمنیون وارد واژن می‌شود. سطح جنینی با پرده‌هایی همانند چتر وارونه که بدنبال خود می‌کشد، در ولو ظاهر می‌شود، تا زمانی که از دیواره‌ی رحم کنده شود. سطح مادری در این روش دیده نمی‌شود و لخته‌های خونی در داخل ساک وارونه قرار دارند.

در روش **متیوس دانکن** جفت از کناره‌ها کنده شده و ابتدا از سمت طرفی وارد ولو می‌شود. درست مانند یک دگمه که از جا دگمه می‌گذرد. سطح مادری دیده شده و خون خارج می‌شود و به داخل ساک نمی‌ریزد. این احتمال وجود دارد که در روش متیوس دانکن قسمت‌هایی از پرده‌های جفتی در پشت باقی بمانند همان‌گونه که ممکن است در روش شولتز بطور کامل کنده نشوند.

روش متیوس دانکن ممکن است همراه با جفتی باشد که در قسمت تحتانی رحم کشیده شده است. روند جدا شدن طولانی‌تر بوده و از دست دادن خون نیز بیشتر است (زیرا فیبرهای عضلانی مایل کمتری در ناحیه‌ی سگمان تحتانی رحم وجود دارد).

علائم جدا شدن جفت

- ۱- رحم سفت و کروی حس شده و از سطح شکمی تا سطح ناف به بالا کشیده می‌شود.
- ۲- بندناف در ناحیه‌ی ولو طولی‌تر می‌شود.
- ۳- خونریزی بصورت قطره‌قطره در زمان جدا شدن جفت ظاهر می‌شود.

کنترل خونریزی

در هر دقیقه ۵۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌لیتر خون در محل جفت جریان می‌یابد. اگر هیچ مکانیسمی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان وجود نداشت، زن به سرعت خون از دست می‌داد و در طی چند دقیقه در اثر خونریزی می‌میرد. انقباض و بازگشت به وضعیت قبلی فیبرهای عضلانی رحمی که باعث جدا شدن جفت می‌شود، قویاً منجر به فشردن رگ‌های خونی جهت کنترل خونریزی نیز می‌گردد. این امر بدلیل وجود فیبرهای عضلانی مایل در سگمان فوقانی رحم است (شکل ۴-۱). سپس لخته‌های خونی در رگ‌های کنده شده‌ی ناحیه‌ی جفتی تشکیل شده و بدین طریق سبب توقف خونریزی خواهد شد. یک مثانه‌ی پر یا هر چیزی که پشت رحم پس از زایمان قرار گیرد، مانند بافت جفتی، پرده‌ها یا لخته‌های خون در توانایی رحم جهت انقباض دخالت کرده و منجر به خونریزی شدید زن خواهد شد.

امتحان

شما ممکن است بخواهید دانشجویان را از نظر سطح دانش و درک آناتومی کاربردی و فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان توسط پرسش‌های پایان فصل یا هر تدبیر شخصی دیگر آزمایش کنید.

۱- استفاده از امتحان در کلاس

دانشجویان را به چهار گروه تقسیم کرده و به نوبت سؤالاتی را به آن‌ها ارائه کنید و یا لیستی از سؤالات برای هر دانشجو داده و اجازه دهید پاسخ آن‌ها را از کتاب‌های درسی و یا یادداشت‌هایشان پیدا کنند

۲- استفاده از امتحان قبل از جلسه

از دانشجویان جهت به‌روزرسانی معلوماتشان با یافتن جواب‌هایی در وقت خودشان سوال نمایند این کار در وقت صرفه جویی می‌کند. اما مطمئن شوید که دانشجویان به اطلاعات مورد نیازی که می‌خواهند، رسیده‌اند.

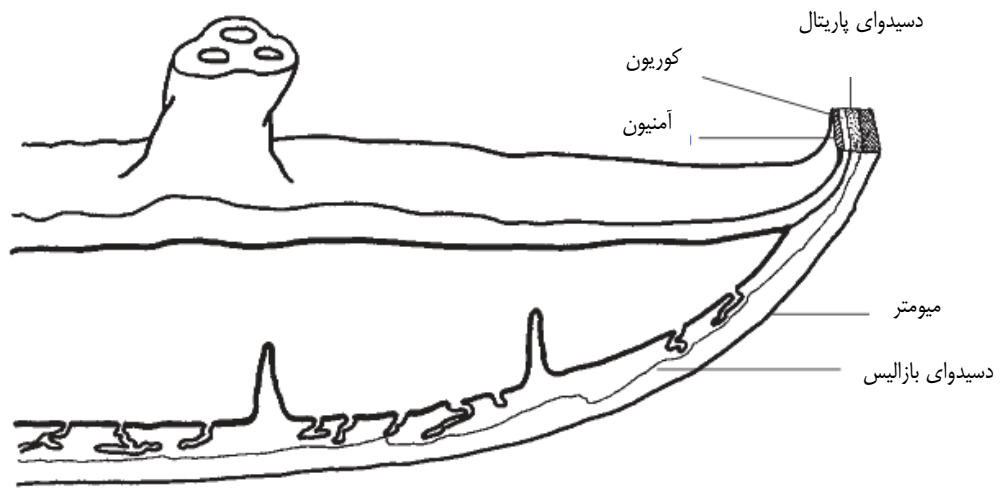
در پایان جلسه از دانشجویان بخواهید هر سوالی دارند بپرسند و مطالب را خلاصه کنید.

معاینه جفت و پرده‌ها

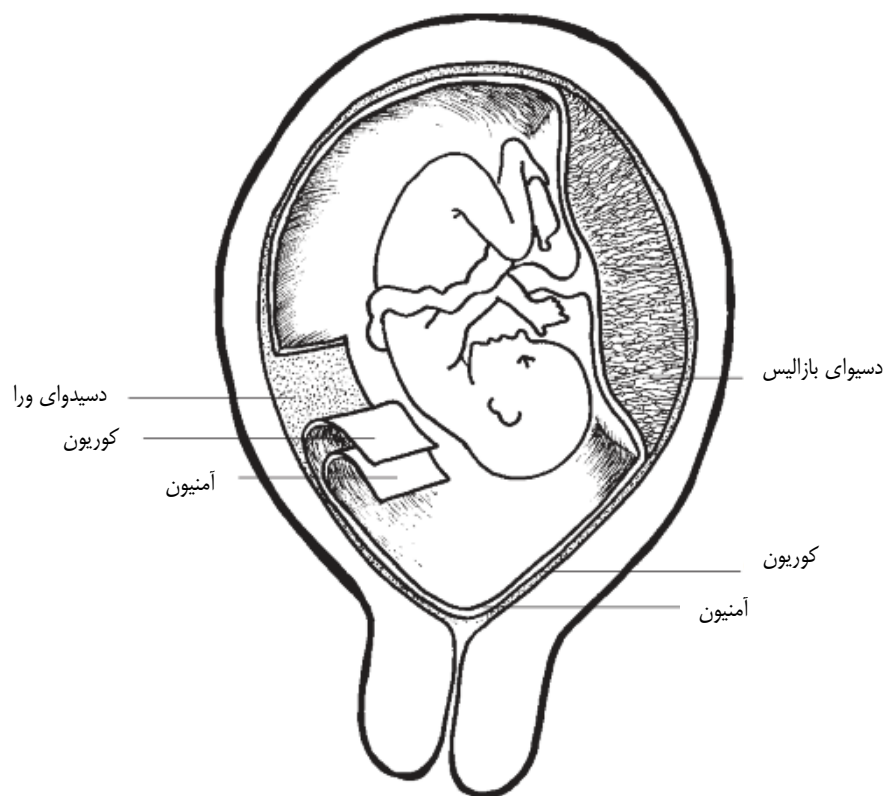
ظاهر جفت در زمان ترم

جفت توده‌ای گرد و صاف است. سطح مادری ارغوانی بوده و متشکل از لوپول‌هایی است که از پرزهای جفتی تشکیل شده‌اند. از طریق این پرزها انتقال مواد بین سطح مادری و جنینی صورت می‌گیرد. در شرایط طبیعی این انتقال مواد بدون مخلوط شدن خون مادری و جنینی است.

سطح جنینی صاف سفید و براق است و شاخه‌هایی از ورید و شریان‌های نافی از ورای سطح آن تا محل ورود بند ناف دیده می‌شوند. سطح جنینی با آمنیون پوشیده می‌شود که تا لبه‌ی خارجی جفت ادامه می‌یابد و همراه با کوریون، ساک جنینی را تشکیل می‌دهد که محتوی جنین و مایع آمنیوتیک است (شکل ۱۰۱۱ و شکل ۱۰۱۲).



شکل ۱.۱۱: شکل شماتیک بخشی از جفت در زمان ترم



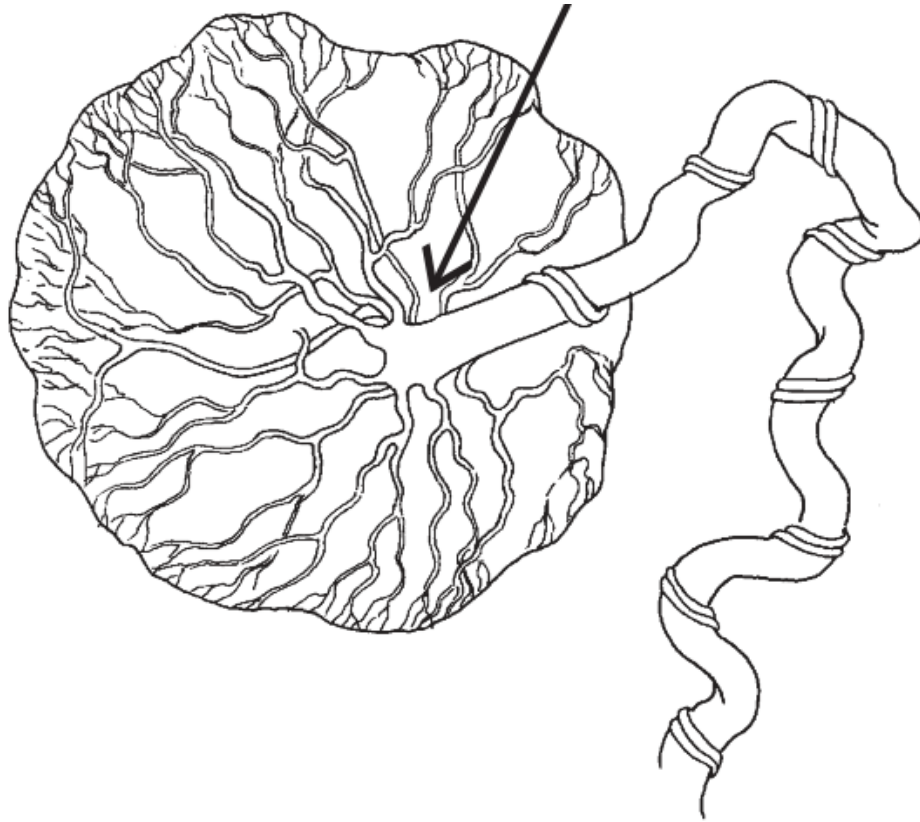
شکل ۱۰۱۲: جفت و پرده‌ها

بند ناف

بند ناف ادامه‌ی ناف جنین در سطح جنینی جفت است. اندازه‌ی متوسط آن ۵۶ سانتی‌متر است و شامل سه رگ، دو شریان که خون کم اکسیژن را از جنین به جفت می‌رسانند و یک ورید که حاوی خون اکسیژن‌داری است که به جنین باز می‌گردد.

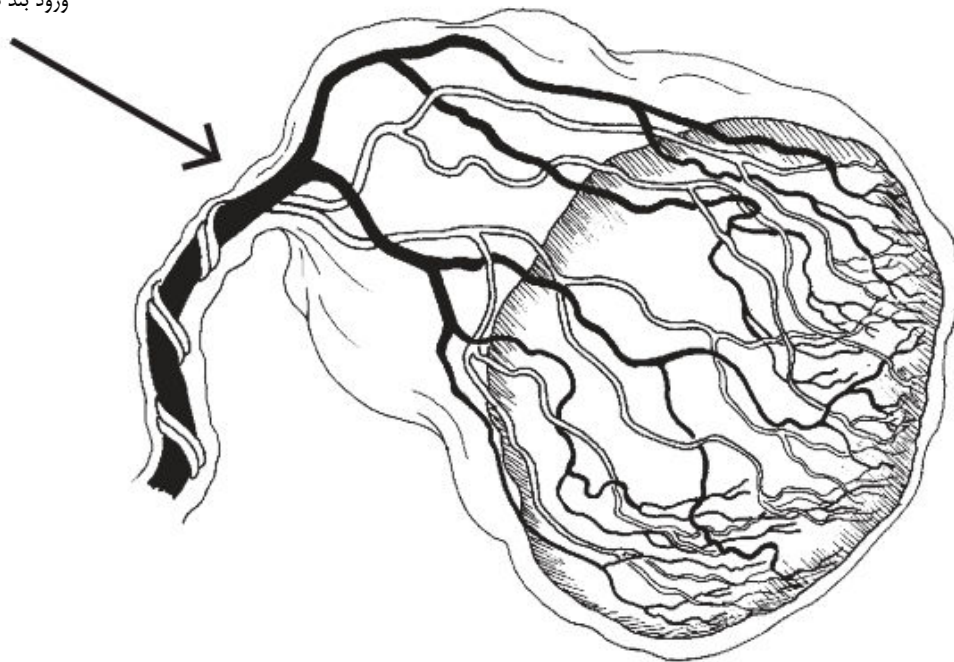
بندناف معمولاً به قسمت میانی سطح جفتی وارد می‌شود (شکل ۱۰۱۳) گاهی بندناف با فاصله از لبه‌ی جفت وارد پرده‌های جنینی می‌شود. در این موارد عروق خونی ناف از بین پرده‌ها، میان جفت و بند ناف امتداد می‌یابند (ورود ولامنتوس) (شکل ۱۰۱۴). این شکل ورود خطرناک است، زیرا زمانی که پرده‌های ساک جنینی پاره شوند و یا آمنیوتومی رخ دهد، رگ‌های خونی ممکن است صدمه ببینند و خونریزی اتفاق بیافتد.

ورود بند ناف



شکل ۱۳-۱: ورود طبیعی بند ناف (بند ناف به مرکز جفت وارد می شود)

ورود بند ناف

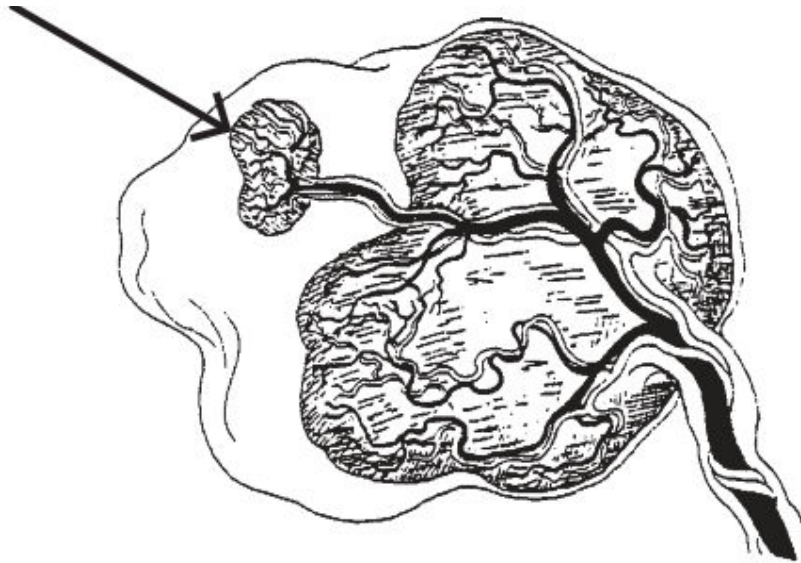


شکل ۱.۱۴: ورود ولامنتوس بند ناف (بندناف وارد پرده‌ها می‌شود)

مالفورماسیون‌های جفتی

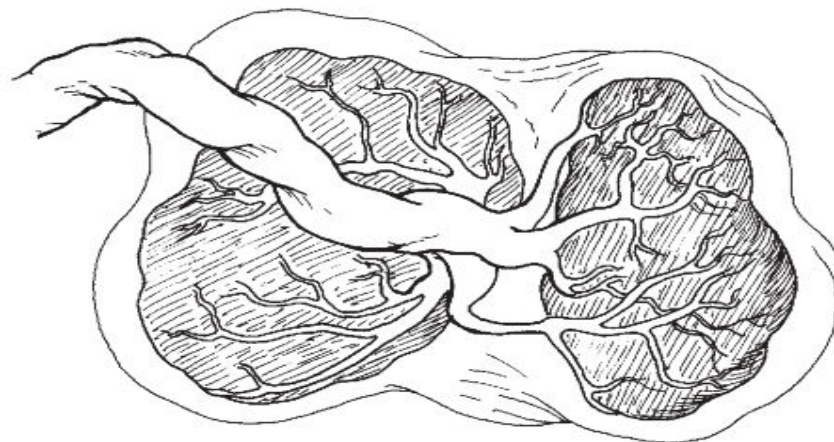
گاهی یک لوب اضافی از بافت جفتی در پرده‌های جنینی وجود دارد، به گونه‌ای که رگ‌های خونی از جفت اصلی بدان ادامه می‌یابند (جفت فرعی) (شکل ۱.۱۵). این لوب که به احتمال زیاد پس از زایمان جفت اصلی، در رحم باقی می‌ماند، اغلب منجر به خونریزی شدید می‌گردد. اگر سوراخی در پرده جنینی با رگ‌های خونی ادامه یافته بر آن وجود داشته باشد، ماما خواهد دانست که لوب فرعی و نه یک قطعه از جفت در رحم قرار گرفته است.

لوب فرعی



شکل ۱.۱۵: جفت فرعی (یک لوب فرعی از بافت جفتی)

گاهی دو لوب جفتی کامل یا تقریباً کامل وجود دارد (جفت دو لوبی) (شکل ۱-۱۶). رگ‌های خونی آن‌ها در محل پیوستن به بندناف یکی می‌شوند.

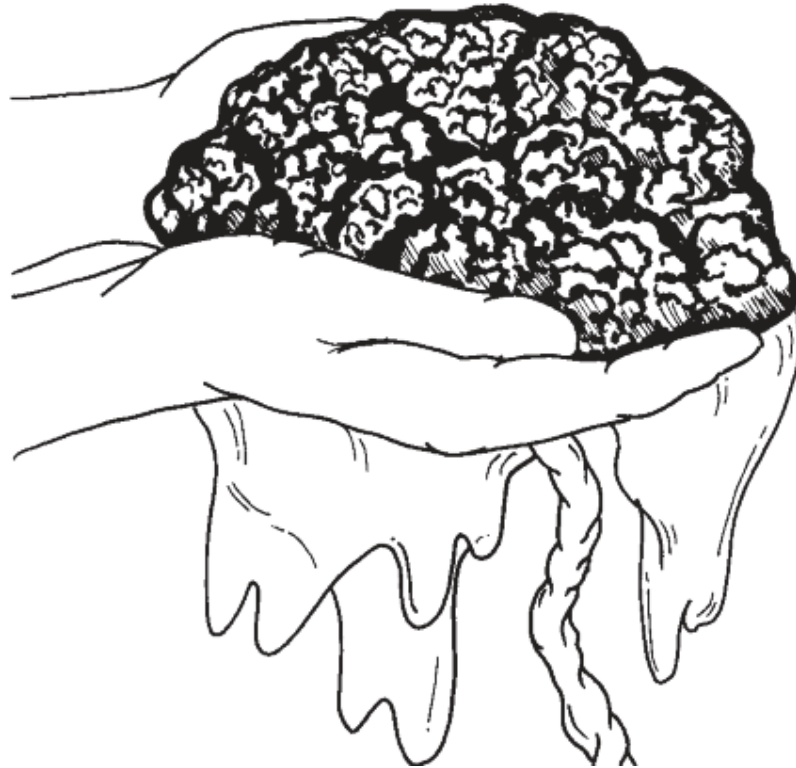


شکل ۱.۱۶: جفت دولوبی (دو لوب در بافت جفتی وجود دارد).

شرح دادن (معاینه جفت)

ظاهر جفت را در زمان ترم نشان دهید. یک یا دو جفت تازه زایمان شده جهت توضیحات واضح‌تر تهیه کنید یا به شکل ۱.۱۷ مراجعه نمایید.

همواره زمان معاینه جفت، دستکش بپوشید و مطمئن باشید برای دانشجویان دستکش دیگری وجود داشته باشد. لزومی ندارد که دستکش‌ها استریل باشند.



شکل ۱.۱۷: چگونگی معاینه جفت

بر موارد ذیل تاکید نمایید:

- سطح مادری
- سطح جنینی
- پرده‌های جفتی یا ساک جنینی (نشان دهید که چگونه کوریون و آمنیون از هم جدا می‌شوند و آن‌ها بوسیله نسج متفاوتشان تشخیص داده می‌شوند و این حقیقت که ممکن است آمنیون در نزدیک ورود بند ناف چاک بخورد و به عقب برگردد)
- بند ناف، طول متوسط و سه رگ خونی
- راه‌های توضیح: تفاوت‌های آناتومیکی، تمرکز بر موارد مهم بالینی (به عنوان مثال خطر احتباس لوب فرعی که منجر به خونریزی پس از زایمان می‌شود، خطر جداشدن بندناف زمانی که بصورت ولا منتوس اتصال یافته است)
- چگونگی معاینه جفت و پرده‌ها: جفت را در کف دست‌ها بتان نگه دارید (کف دست باید صاف نگه داشته شود، تمام لوب‌های طرف مادری و حاشیه‌ی آن‌ها می‌بایست نشان داده شود. حاشیه‌های جفت بایستی وجود داشته و مرتب باشند و هیچگونه نامنظمی در حاشیه-

های آن وجود نداشته باشد. اگر طرف مادری به دقت با آب شست و شو داده شود و در مقابل نور قرار گیرد، ناحیه براقی دیده می‌شود (دسیدوا). اگر این ناحیه سالم نباشد نشان می‌دهد که برخی از قسمت‌های جفت در رحم باقی مانده‌اند. در طرف جنینی پرده‌ها باید کامل بنظر برسند. بند ناف را در یک دست نگه دارید و جفت را آویزان کنید؛ کنترل کنید که پرده‌ها کامل باشند. باید یک سوراخ که بچه از طریق آن بدنیا آمده، وجود داشته باشد (اگر جفت با روش متیوس دانکن خارج شود، پرده‌ها ممکن است در بیش از یک ناحیه پاره شوند). این مسئله به شما فرصت می‌دهد که رگ‌های انتهایی آزاد پرده‌های جنینی را ببینید که ممکن است نشان دهنده وجود لوب فرعی (جفت فرعی یا جفت دوتایی) باشد که در رحم باقی مانده‌اند.

یک روش جهت دستیابی به آموزش بالینی پرسش و پاسخ است. به عنوان مثال، یک سطح جفت را نشان داده و پرسید:

- این سطح مادری یا جنینی است؟
- از کجا می‌دانید؟ (به تشخیص رنگ و ساختار و غیره تشویق کنید)
- چرا این مسئله مهم است که مطمئن شویم سطح مادری کامل است؟ (بر خطر خونریزی پس از زایمان حتی با احتیاط تکه خیلی کوچکی از جفت تأکید کنید)

برای هر قسمت از ساختمان جفت بدین روش کار کنید. کار عملی را به هر صورتی که می‌دانید، انجام دهید.

قبل از این که بالین را ترک کنید آنچه را توضیح داده‌اید خلاصه کرده و به سوالات آن‌ها پاسخ دهید.

اداره‌ی مرحله سوم زایمان

مرحله‌ی سوم زایمان خطرناکترین زمان است، زیرا خطر خونریزی، می‌تواند تهدید کننده حیات باشد. تحقیقات نشان داده است که اداره‌ی فعال مرحله سوم زایمان که در ذیل توضیح داده شده است، نه فقط طول مدت آن را کاهش می‌دهد، بلکه منجر به کاهش میزان خونریزی نیز می‌شود. بنابراین روش توصیه شده جهت اداره کردن مرحله‌ی سوم زایمان می‌باشد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، جایی که زنان کم‌خون می‌باشند، کاهش خونریزی مرحله‌ی سوم بسیار حائز اهمیت است.

اداره‌ی فعال مرحله‌ی سوم زایمان باید با دقت انجام شود. در غیر این صورت عوارض وخیمی مانند خونریزی و یا وارونه شدن رحم ممکن است اتفاق بیفتد.

اداره‌ی فعال

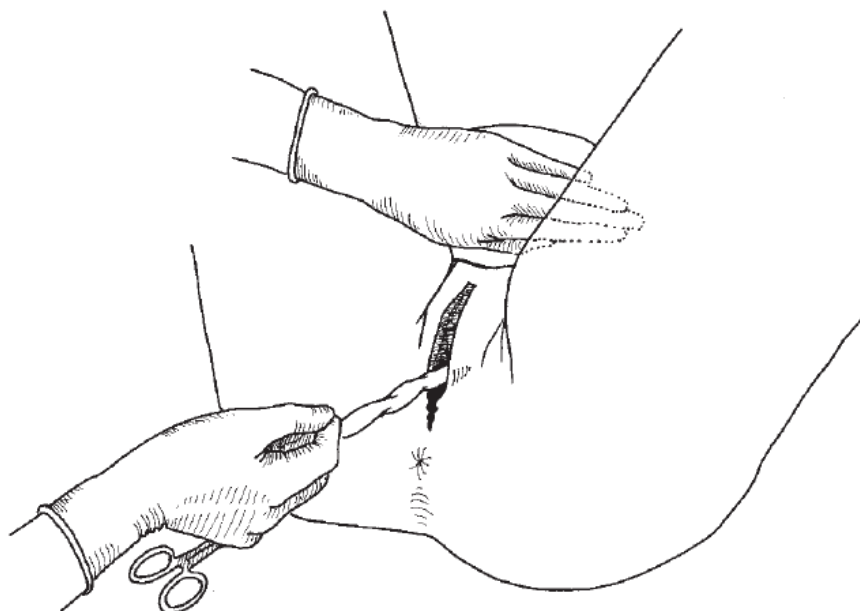
به معنی:

- ۱- داروی اکسی‌توسیک (مانند اکسی‌توسین ۱۰ واحد عضلانی یا ارگومترین ۰.۲ میلی‌گرم عضلانی) پس از زایمان و بلافاصله پس از لمس رحم توسط ماما و بعد از کنترل اینکه حاملگی چندقلویی نبوده است، تجویز می‌شود.
- ۲- بندناف بلافاصله پس از دادن دارو کلامپ شده و بریده می‌شود.
- ۳- زمانی که رحم خوب منقبض شود، خیلی سفت احساس خواهد شد. این امر بایستی در عرض ۲-۱ دقیقه پس از تزریق اکسی-توسین اتفاق بیفتد. سپس کشش کنترل شده‌ی بندناف انجام می‌شود (شکل ۱.۱۸): سطح طرفی یک دست بطور محکم بالای سگمان تحتانی رحم منقبض شده قرار می‌گیرد و کشش ملایم در جهت مخالف بر بندناف وارد می‌گردد تا زمانی که زایمان جفت و پرده‌ها انجام شود. کشش مداوم و محکم بر بندناف در مسیر انحنای کانال زایمانی اتفاق می‌افتد. بدین معنی

که ابتدا کشش در جهت رو به پایین وارد شده و سپس بصورت افقی و در نهایت زمانی که جفت در واژن دیده می‌شود، کشش رو به بالا وارد خواهد شد.

اگر کشش کنترل شده بند ناف پس از یک تا دو دقیقه در اولین تلاش در خروج جفت شکست خورد، ماما باید کشش را متوقف کرده و منتظر انقباض دوباره رحم قبل از تلاش دوم باشد.

زمانی که زایمان جفت انجام شد، می‌بایست جفت توسط دو دست نزدیک ولو گرفته شود تا از پارگی پرده‌ها و باقی ماندن آن‌ها جلوگیری گردد.



شکل ۱۰۱۸: کشش کنترل شده بند ناف - جهت اجتناب از وارونگی رحم کشش کنترل شده بندناف نبایستی هرگز بدون کشش مخالف انجام پذیرد.

اداره‌ی فیزیولوژیک (گاهی به عنوان اداره‌ی انتظاری اطلاق می‌شود) تعاریف:

- ۱- قبل از زایمان جفت از مواد اکسی‌توسیک استفاده نشود.
- ۲- منتظر علائم جدا شدن جفت بماند.
- ۳- زایمان جفت به کمک نیروی جاذبه‌ی زمین و تلاش مادر صورت گیرد.
- ۴- بند ناف بعد از زایمان جفت کلامپ شود (با گاهی تا زمان توقف ضربان بندناف)، مگر این‌که به دلایل نوزادی نیاز به کلامپ و بریدن بندناف باشد.

این روش تنها باید در مواقعی استفاده شود که داروهای اکسی‌توسیک در دسترس نمی‌باشند.

علائم جدا شدن جفت عبارتند از:

- رحم بسیار سفت، گرد و متحرک شده و در سطح شکم به بالا کشیده می‌شود
- بندناف طولانی می‌شود
- مقدار کمی خونریزی وجود دارد.

زمانی که علایم دیده شد، رحم را از نظر خوب منقبض شدن بررسی کرده و از بیمار بخواهید با زور زدن به پایین به خروج جفت کمک کند. به محض خروج جفت از واژن، آن را با دو دست بگیرید. اگر زایمان جفت امکان‌پذیر نشد، خالی بودن مثانه را بررسی کرده و در صورت خالی نبودن، از بیمار بخواهید ادرار کند و دوباره جهت زایمان جفت همزمان با انقباض بعدی رحم اقدام کنید.

جهت آموزش اداره‌ی مرحله سوم زایمان دانشجویان را به بخش زایمان ببرید.

هر دانشجو را در انجام کار عملی آموزش دهید/ یا نظارت کنید. اگر تعداد زیادی دانشجو وجود دارد و شما تنها مدرس هستید از ماماها با تجربه جهت آموزش یا نظارت در کار عملی کمک بگیرید. جهت آماده‌سازی این مسئله مطمئن شوید که با جزئیات مربوط به چک-لیست پایانی این بخش آشنا هستید. آن‌ها ریز وظایفی که می‌بایست در اداره‌ی فعال مرحله‌ی سوم زایمان و نیز اداره فیزیولوژیک زایمان انجام شود را لیست کرده‌اند. همچنین دانش، مهارت و نگرش مورد نیاز جهت انجام ریز وظایف لیست شده است. مرور این چک لیست-ها قبل از دوره تحصیلی توسط ماماها شاغل و کسانی که به آموزش و نظارت دانشجویان کمک می‌کنند، می‌تواند بسیار مفید باشد.

زمان آموزش دانشجویان در محیط بالینی، مطمئن شوید که موارد زیر را به درستی درک نموده‌اند:

- چگونه هر عملی انجام می‌شود. (آیا نکات خاصی در باره توجه تکنیک‌ها وجود دارد؟)
- دلیل انجام هر ریز وظیفه (بعنوان مثال اطمینان از خالی بودن مثانه، کمک می‌کند که مطمئن شویم مانعی برای انقباض رحمی وجود ندارد)
- اگر یک ریز وظیفه بدرستی انجام نشود، چگونه می‌توان دچار اشتباه شد (بعنوان مثال اگر پرده‌ها به سرعت کشیده شوند، ممکن است پاره شده و در رحم باقی بمانند که با افزایش خطر خونریزی و عفونت همراه است).

انتخاب داروهای اکسی توسیک

مواد اکسی توسیک منجر به انقباض رحمی می‌شوند. آن‌ها به خروج جفت سرعت بخشیده و سبب کاهش از دست دادن خون می‌شوند. مواد منتخب عبارتند از:

الف) اکسی توسین

ب) سینتومتین

ج) ارگومتین

الف) اکسی توسین

اکسی توسین از هیپوفیز (لوب خلفی) ترشح می‌شود که می‌تواند بطور صناعی نیز تهیه شود:

- باعث انقباض عضلات صاف شده و بنابراین عملکردی قوی بر عضله رحم دارد.
- زمانی که از راه عضلانی تجویز شود، طی ۲.۵ دقیقه اثر می‌کند.

مزایای اکسی توسین:

سریع الاثر می‌باشد و در بیشتر موارد اثرات جانبی ندارد. همچنین در آب و هوای گرم پایدار است.

مضرات/اکسی‌توسین:

عملکرد مداومی ندارد.

ب) سینتومتین

سینتومتین یک فراورده‌ی ترکیبی از ارگومتین و اکسی‌توسین است که به صورت داخل عضلانی تجویز می‌شود.

مزایای سینتومتین:

هر دو اثر توأم سریع الاثر بودن اکسی‌توسین و اثر مداوم و پیوسته ارگومتین را دارد.

مضرات سینتومتین:

خطر بیشتر ایجاد فشار خون موقتی و تهوع وجود دارد.

ج) ارگومتین: ارگومتین فراورده‌ای از ارگوت است که:

- ممکن است بصورت خوراکی، داخل عضلانی یا داخل وریدی داده شود. گرچه فرآورده‌ی خوراکی در اداره فعال مرحله‌ی سوم زایمان غیر موثر تشخیص داده شده است و نباید بدین منظور استفاده شود.
- زمانی که از راه داخل عضلانی داده می‌شود در عرض ۶ الی ۷ دقیقه اثر کرده و از راه داخل وریدی طی ۴۵ ثانیه اثر می‌کند.
- باعث اسپاسم‌های واضح رحمی توسط یک سری از انقباضات سریع می‌شود.
- اثر آن در حدود ۲-۴ ساعت طول می‌کشد.

مزایای ارگومتین:

ارزان‌تر از داروهای اکسی‌توسیک بوده و اثر پایدارتری دارد.

مضرات ارگومتین:

سردرد، تهوع و استفراغ و فشار خون.

بنابراین در این موارد ارگومتین قطعاً کنتراندیکه بوده و هرگز نباید در زنان با فشار خون بالا و یا بیماری قلبی داده شود.

اگر ارگومتین در دمای اتاق یا در معرض نور قرار گیرد ممکن است مقدار زیادی از قدرت اثرش را از دست بدهد.

توصیه‌های عملی:

- ۱- استفاده از اکسی‌توسین پیشنهاد می‌شود و جایی که قابل دسترس نباشد سینتومتین یا ارگومتین بایستی استفاده شود.
- ۲- فراورده‌های مشتق ارگومتین نباید برای زنانی که فشارخون بالا یا بیماری قلبی دارند بکار رود.
- ۳- توصیه می‌شود که اکسی‌توسین در یخچال و در دمای ۸-۲ درجه‌ی سانتی‌گراد و دور از نور قرار گیرد.

زمان تجویز داروهای اکسی توسیک

موارد انتخابی:

الف) با تاجی شدن سر جنین

ب) با زایمان شانه قدامی

ج) پس از زایمان بچه، زمانی که نبودن قل دوم تایید شود.

تحقیقات زیادی درباره این موضوع در دسترس نمی‌باشد. گرچه به علت خطر آسفیکیسی داخل رحمی در دوقلوی تشخیص داده نشده، این حس القا می‌شود که قبل از استعمال داروی اکسی توسیک تا زایمان بچه و تایید اینکه قل دوم وجود ندارد، باید منتظر ماند.

توصیه‌های عملی

- ۱- داروهای اکسی توسیک را بعد از زایمان بچه زمانی تجویز کنید که با لمس شکمی عدم وجود قل دوم تایید شد.
- ۲- جهت تاثیر داروی اکسی توسیک بعد از زایمان بچه فرصت بدهید و اطمینان حاصل کنید که قبل از کار برد کشش کنترل شده‌ی بندناف رحم به خوبی منقبض شده است.

تحریک نوک پستان

مکیدن پستان توسط نوزاد تولید طبیعی اکسی توسین را تحریک می‌کند. اکسی توسین به انقباض رحمی کمک می‌کند. انقباض رحمی جهت کنترل خونریزی پس از زایمان ضروری است. گرچه نشان داده نشده است که گذاردن بلافاصله بعد از تولد نوزاد بر پستان مادر، در کاهش میزان خونریزی بعد از زایمان موثر باشد، اما مکیدن زودتر فواید زیادی دارد: این امر با شیردهی طولانی مدت و موفق همراه است.

تحریک دستی نوک پستان ممکن است منجر به تحریک تولید اکسی توسین شده و به انقباض رحمی کمک نماید.

توصیه‌های عملی

هیچ جایگزین موثری جهت استعمال پیشگیرانه داروهای اکسی توسیک در قسمتی از اداره‌ی روتین مرحله‌ی سوم زایمان وجود ندارد. گرچه در صورت عدم دسترسی به اکسی توسین، تحریک نوک پستان چه توسط مکیدن آن توسط نوزاد و یا توسط تحریک دستی می‌تواند صورت گیرد.

نوزاد را بلافاصله پس از تولد بر پستان مادر قرار دهید تا شیردهی موفق، تسهیل گردد.

تخمین خون از دست رفته

تخمین دقیق میزان خون از دست رفته آسان نیست. مقدار واقعی ممکن است به علت جذب توسط حوله‌ها، پدها و ملحفه‌ها و یا ریزش به کف اتاق زایمان و یا مخلوط شدن با مایع آمنیوتیک پنهان بماند.

تحقیقات نشان می‌دهد در بسیاری موارد مقدار خون از دست داده، کمتر از حد تخمین زده می‌شود.

از دست دادن خون تا ۳۰۰ میلی لیتر نسبتاً بدرستی تخمین زده می شود. ولی مقادیر بیشتر به احتمال زیاد، کمتر از حد، تخمین زده می شود.

تخمین کمتر از حد خونریزی می تواند یک خطای جدی باشد. این بدین معنا است که:

- وخامت از دست دادن خون در خونریزی پس از زایمان، ممکن است تشخیص داده نشود و بنابر این بطور موثر مدیریت صورت نگیرد
- خون و مایعات جایگزین، ناکافی خواهند بود.

این اشتباهات ممکن است منجر به مرگ مادر شود و یا سبب عوارضی مانند آنمی و خطر بالای عفونت شوند.

توصیه های کاربردی

تمرین مکرر اندازه گیری مایعات می تواند یک ماما را در ارزیابی دقیق تر میزان از دست دادن خون، ماهرتر کند. اگر از دست دادن خون بیش از ۵۰۰ میلی لیتر مورد شک باشد، به احتمال زیاد منجر به تخمین دقیق می شود.

خلاصه و نتیجه گیری

شواهد تحقیقی در دسترس از روش های عملی را ملاحظه کنید. درباره ی خطرات هر روش بحث کنید.

هر کار سنتی مرتبط یا هر انتظاری که در تصمیم گیری برای کار عملی مداخله کند را در نظر بگیرید (مثلاً استفاده از طب سنتی، سنن یا منع های مرتبط با مکیدن زودهنگام شیر خوار)

در مورد بهترین رویکرد عملی توافق کنید

هر سوالی دارند، بپرسند.

تمام مطالب جلسه را خلاصه کنید



امتحان آناتومی کاربردی و فیزیولوژی مرحله سوم زایمان

از این امتحان جهت ارزیابی درک و معلومات دانشجویان در مورد مرحله سوم زایمان استفاده کنید.

سوالات بصورت ایتالیک نوشته شده‌اند. پاسخ‌ها بصورت متن معمولی نوشته شده است. پاسخ سوالات آناتومی بوضوح مستقیم بوده و معمولاً دانشجو با صحیح یا غلط به روشنی جواب خواهد داد. سوالات فیزیولوژی نیاز به درک بیشتر داشته و یادآوری دقیق نام یا یک واقعیت است. مطمئن باشید که پاسخ دانشجویان درک آن‌ها را منعکس می‌کند. پاسخ‌ها ضرورتاً مشابه مطالب نوشته شده در اینجا نخواهند بود. هر کجا که ممکن باشد برای درک / و یا توضیح دانشجویان، امتیازی در نظر بگیرید؛ به جای این که تنها یادگیری سطحی آن‌ها را ارزیابی نمایید.

آناتومی رحم

سوال ۱ عضوهایی که در قسمت جلو و عقب رحم قرار گرفته است را نام ببرید؟

جواب در جلو (یا قدام) مثانه و بن‌بست یوتروویکال
در پشت (یا خلف) رکتوم و بن‌بست داگلاس

سوال ۲ رحم غیر حامله از دو قسمت عمده تشکیل شده است، آن‌ها را نام ببرید؟

جواب تنه (یا کورپوس) و گردن (یا دهانه‌ی رحم)

سوال ۳ سه لایه‌ی رحمی را نام ببرید؟

جواب آندومتر، میومتر و پری‌متر

سوال ۴ کدام فیبرهای میومتر در کنترل خونریزی مرحله‌ی سوم مهم هستند؟

جواب فیبرهای مایل که لایه‌ی میانی را تشکیل می‌دهند (همچنین بعنوان شطرنجی^۱ نیز نامیده می‌شوند).

سوال ۵ فوندوس کجاست؟

جواب قسمت فوقانی رحم بین محل ورود دو لوله رحمی

سوال ۶ ایسم کجاست؟

جواب فضای باریکی مابین حفره‌ی تنه‌ی رحم و دهانه‌ی رحم

سوال ۷ سوراخ داخلی چیست؟

جواب سوراخ باریکی مابین ایسم و دهانه‌ی رحم

سوال ۸ سوراخ خارجی چیست؟

جواب سوراخی بین قسمت تحتانی دهانه‌ی رحم به طرف واژن. قبل از حاملگی کوچک و گرد است و پس از حاملگی به خط عرضی تبدیل می‌شود.

سوال ۹ تفاوت دهانه‌ی رحم غیر حامله و حامله را توضیح دهید؟

جواب دهانه‌ی رحم غیر حامله سفت و صورتی است و در زن حامله نرم و بنفش رنگ است. در طی حاملگی کانال دهانه‌ی رحم شامل پلاک موکوسی است که به محافظت در برابر عفونت کمک می‌کند.

سوال ۱۰ چه عواملی سبب ایجاد این تغییرات در دهانه‌ی رحم می‌شوند؟

جواب این تغییرت در اثر افزایش واسکولاریته و تأثیرات هورمونی ایجاد می‌شود.

سوال ۱۱ در طی حاملگی رحم به دو نقطه‌ی عملکردی تقسیم می‌شود. فضاها را بالا و پایین ایسم چه نام دارند؟

جواب سگمان فوقانی و تحتانی رحم

سوال ۱۲ چگونه این دو ناحیه در طی مرحله‌ی زایمان متفاوت عمل می‌کنند؟

جواب سگمان فوقانی منقبض شده و کلفت‌تر می‌شود و سگمان تحتانی متسع شده و نازک‌تر می‌شود.

سوال ۱۳ در کدام یک از دو سگمان رحمی فیبرهای میومتری بیشتری جای دارند؟

جواب در سگمان فوقانی

سوال ۱۴ آیا جفت بطور طبیعی در میومتر کاشته می‌شود؟

جواب خیر. جفت بطور طبیعی از دسیدوا فراتر نمی‌رود.

سوال ۱۵ اگر جفت در میومتر کاشته شود، چه اتفاق می‌افتد؟

جواب اگر جفت نتواند بطور طبیعی از دسیدوا جدا شود، احتباس می‌یابد؟

سوال ۱۶ آیا خون جنینی و مادری در جفت مخلوط می‌شود؟
جواب خیر. بطور طبیعی خون جنینی و مادر از طریق سلول‌های پرزهای کوریونی جفت از هم جدا هستند

فیزیولوژی مرحله سوم

سوال ۱۷ چگونه اندازه‌ی محل جفت در طی مرحله‌ی سوم زایمان تغییر می‌کند؟
جواب در نتیجه‌ی انقباضات و برگشت به وضعیت قبلی سلول‌های عضلانی رحم محل جفت کوچک‌تر می‌شود.

سوال ۱۸ وقتی محل جفت کوچک‌تر می‌شود، چه اتفاقی برای جفت می‌افتد و چرا؟
جواب جفت شروع به جدا شدن از دیواره‌ی رحم می‌کند. چون بر خلاف رحم خاصیت الاستیکی نداشته و نمی‌تواند منقبض شده و به وضع قبلی برگردد.

سوال ۱۹ چگونه لخته‌ی پشت جفتی به جدا شدن بیشتر جفت کمک می‌کند؟
جواب خون در فضای کوریو دسیدوا جمع می‌شود و به جدا شدن جفت از دسیدوا کمک می‌کند.

سوال ۲۰ علائم جدا شدن جفت و اتفاق افتادن نزول چیست؟
جواب طولانی شدن بندناف، خروج خون و انقباض رحمی با بالا رفتن فوندوس بر روی شکم

سوال ۲۱ روش شولتز برای جدا شدن جفت را توضیح دهید.
جواب جفت از نقطه‌ی مرکزی جدا می‌شود و لخته پشت جفتی تشکیل می‌شود که معمولاً در زمان زایمان جفت، به پرده‌ها متصل است.

سوال ۲۲ خطر مربوط به جدا شدن جفت با روش متیوس دانکن چیست؟
جواب ممکن است با جفت کشیده شده در قسمت تحتانی رحم ۱ همراه باشد. این امر روند کنده شدن را طولانی کرده و اگر جفت از نوع Low-lying باشد، پرده‌ها ممکن است پاره شوند و خون زیادی از دست برود (چون فیبرهای مایل کمتری در سگمان تحتانی وجود دارد).

سوال ۲۳ جریان خون طبیعی از طریق محل جفت چیست؟ (یا در هر دقیقه چه مقدار خون در محل جفت جریان می‌یابد؟)
جواب ۸۰۰-۵۰۰ میلی لیتر در دقیقه

در اینجا مفید خواهد بود که به دانشجویان یادآور شویم اگر خونریزی به خوبی کنترل نشود، یک زن به چه سرعتی خون از دست خواهد داد.

سوال ۲۴ توضیح دهید که چگونه خونریزی بعد از زایمان جفت کنترل می‌شود؟
جواب بدنبال زایمان جفت فیبرهای عضلانی مایل میومتر قویاً منقبض می‌شوند تا رگ‌های خونی موجود در رحم را بفشارند. لخته‌های خون در رگ‌های خونی پاره شده تشکیل می‌شوند.

سوال ۲۵ اگر لخته‌های خون در داخل حفره رحمی بعد از زایمان باقی بمانند، چه اتفاقی می‌افتد؟
جواب از انقباض محکم رحم بعد از زایمان جلوگیری کرده و منجر به خونریزی بعد از زایمان می‌شوند.

سوال ۲۶ دو فاکتور را نام ببرید که می‌توانند در کنترل خونریزی بعد از زایمان دخالت کنند.
جواب جفت یا پرده‌های باقی‌مانده یا قسمت‌هایی از آن‌ها. یک مثانه‌ی پر

(در اینجا ممکن است به سایر فاکتورها اشاره شود که در انقباض رحم دخالت می‌کنند مانند لیبر طول کشیده، بیحسی و بیهوشی. هر جواب صحیح دیگری را بپذیرید)

سوال ۲۷ چرا رعایت تکنیک‌های آسپتیک در طول مرحله‌ی سوم زایمان بسیار مهم‌اند؟

جواب زیرا ناحیه‌ی جفتی حاوی سینوس‌های وریدی بزرگ با دسترسی مستقیم به سیستم گردش خون عمومی بدن است. بنابراین عفونت حاصل از میکروارگانیزم‌ها در رحم بدلیل بهداشت ضعیف ایجاد می‌شود که می‌تواند به سرعت منجر به سپتی‌سمی شود. همچنین ناحیه‌ی جفتی گرم و تاریک بوده که ناحیه ایده‌آلی را برای کشت میکروارگانیزم‌ها فراهم می‌کند.

چک لیست ریز وظایف اداره مرحله ی سوم زایمان

از این چک لیست جهت آموزش دانشجویان و ارزیابی عملکرد بالینی آن‌ها استفاده کنید.

چک لیست الف ریز وظایفی را ارائه می‌دهند که بایستی جهت اداره کردن فعال مرحله‌ی سوم زایمان مورد استفاده قرار گیرد. چک لیست ب، برای اداره فیزیولوژیک است. همچنین آگاهی‌ها، مهارت‌ها و نگرش‌های مورد نیاز جهت به انجام رساندن این ریز وظایف لیست شده است.



چک لیست الف

وظیفه: اداره فعال مرحله‌ی سوم زایمان

(ع) عملکردها

(ت) تصمیمات

(!) ارتباطات

ریز وظایف ها	دانش	مهارت	نگرش
۱- هر گونه عامل خطری را تعیین کنید مانند کم‌خونی و پارپتِه بالا (ت)	عواملی که خطر خونریزی بعد از زایمان را افزایش می‌دهند	گرفتن تاریخچه و مرور شناخت علائم بالینی	دقیق کامل
۲- به زن توضیح دهید (!)	فیزیولوژی پایه‌ی مرحله‌ی سوم و اداره-ی آن	توانایی توضیح واضح چرایی و چگونگی، استفاده از زبانی که زن می‌تواند آن را درک کند	دوستانه واضح
۳- رضایت‌نامه از زن بگیرید (ع)	خط مشی‌های حقوقی سیاست‌های بالین	توانایی توضیح چرایی مسئله	دقیق
۴- تجویز داروی اکسی‌توسیک را پس از زایمان بچه و پس از اطمینان از عدم وجود قل دوم (ع)	عملکرد، مقدار دارو، کاربرد اکسی-توسیک‌ها، نگهداری و موارد احتیاط نواحی تزریق عضلانی و وریدی و اندیکاسیون‌های تجویز وریدی	نگهداری دارو در یخچال روش‌های تزریق عضلانی و وریدی	بااحتیاط دقیق ملازم
۵- قطع و کلامپ بندناف (ع)	زمان کلامپ کردن بند ناف	روش بریدن بند ناف	سریع دقیق
۶- وضعیت زن (ع)	فیزیولوژی ترجیحات (سلیاق) زن	ارزیابی زن برای سازگاری با وضعیت مطلوب	بااحتیاط ملازم
۷- استفاده از تکنیک‌های آسپتیک (ع)	خطرات عفونت	استفاده از ضدعفونی‌کننده‌های قوی	کامل
۸- اطمینان از خالی بودن مثانه (ع)	آناتومی مرتبط با فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان	مراقبت از مثانه در طول لیبر	کامل
۹- اختصاص زمان جهت تأثیر داروی اکسی‌توسیک (ت)	عملکرد داروهای اکسی‌توسیک	زمان تجویز و CCT	بردارانه با احتیاط دقیق
۱۰- اطمینان از انقباض خوب رحم (ع)	عملکرد داروهای اکسی‌توسیک تداوم انقباض رحم	لمس رحم	دقیق ملازم

ریز وظایفها	دانش	مهارت	نگرش
۱۱- کشش مخالف با دست چپ بکار ببرید (ع)	فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان	بررسی رحم و جفت	با احتیاط ملایم
۱۲ کشش کنترل شده‌ی بندناف را با دست راست بکار ببرید (ع)	فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان	بررسی رحم و جفت	با احتیاط ملایم
۱۳- در صورت مشاهده، جفت را در دستانتان بگیرید (ع)	اگر جفت سریع خارج شده و پاره شود، خطر احتباس پرده‌ها را بررسی کنید	بررسی جفت	احتیاط ملایم
۱۴- جهت خروج پرده‌ها، آنها را با ملایمت به بالا و پایین حرکت دهید (ع)	پاره شدن پرده‌ها را تشخیص دهید	بررسی جفت و پرده‌ها	احتیاط ملایم
۱۵- مطمئن شوید که رحم بخوبی منقبض مانده است (ت)	ثبات رحم از نظر منقبض بودن یا شل بودن	لمس رحم و ماساژ آن در صورت خوب منقبض نشدن	دقیق ملایم
۱۶- مطمئن شوید که خون زیادی ازدست نرفته است (ت)	از دست دادن خون به میزان طبیعی	مشاهده و اندازه‌گیری	کامل
۱۷- معاینه جهت تعیین هر گونه تروما (ع)	ساختار طبیعی دستگاه زینتال خارجی	معاینه دقیق	کامل ملایم
۱۸- معاینه جفت و پرده‌ها (ع)	آناتومی کامل جفت و پرده‌ها مشکلات محصولات احتباس یافته	مشاهده و معاینه کامل جزئیات	کامل دقیق
۱۹- میزان خونریزی را اندازه بگیرید (ع)	از دست دادن طبیعی خون تعریف خونریزی پس از زایمان	مشاهده و اندازه‌گیری	دقیق
۲۰- شناسایی نیاز به ارجاع هر مورد غیر طبیعی	ارزیابی تروما و/ یا تعیین وضعیت	شناسایی نیاز و توانایی جهت سازمان‌دهی ارجاع	دقیق سریع
۲۱- گزارش به پزشک (ع) ^۱		ارتباط بین حرفه‌ای	دقیق سریع
۲۲- گام‌های اولیه جهت احیا و ایفا وضعیت با ثبات را بردارید (ع)	علایم حیاتی نرمال و علایم بدتر شدن وضعیت	توانایی برقرار کردن راه وریدی و کنترل وضعیت	دقیق سریع
۲۳- جزئیات را یادداشت کنید (ع)	اهمیت نگهداری مستندات	ارتباط نوشتاری	کامل دقیق
۲۴- مراقبت‌های داده شده را ارزیابی کنید (ت)	ارتباط بین فرایند و نتیجه	عملکرد انعکاسی	کامل هدفمند

^۱ فقط زمانی که مشکل اتفاق بیافتد، نیاز است.

چک لیست ب ✓

وظیفه: اداره‌ی فیزیولوژیک مرحله‌ی سوم زایمان

(ع) عملکردها

(ت) تصمیمات

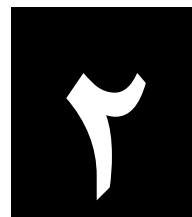
(ا) ارتباطات

نگرش‌ها	مهارت‌ها	دانش	ریز وظایف‌ها
دقیق کامل	گرفتن تاریخچه و مرور شناخت علائم بالینی	عواملی که خطر خونریزی بعد از زایمان را افزایش می‌دهند	۱- هر گونه عامل خطری را تعیین کنید مانند کم‌خونی و پاریته بالا (ت)
دوستانه واضح	توانایی توضیح واضح چرایی و چگونگی، استفاده از زبانی که زن می‌تواند آن را درک کند	فیزیولوژی پایه‌ی مرحله‌ی سوم و اداره‌ی آن	۲- به زن توضیح دهید (ا)
احتیاط ملایم	ارزیابی زن برای سازگاری با وضعیت مطلوب	فیزیولوژی ترجیحات (سلاقی) زن	۳- وضعیت زن (ع)
کامل	استفاده از ضد عفونی کننده‌های قوی	خطرات عفونت	۴- استفاده از تکنیک‌های آسپتیک (ع)
کامل	مراقبت از مثانه در طول لیبر سوندگذاری در صورت ناتوانی در دفع ادرار	آناتومی مرتبط با فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان	۵- اطمینان از خالی بودن مثانه (ع)
صبورانه با احتیاط دقیق	مشاهده	فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان	۶- علائم جدا شدن و پایین آمدن جفت را مشاهده کنید (ت)
دقیق ملایم	لمس رحم و ماساژ آن برای بهبود انقباض	عملکرد داروهای اکسی‌توسیک تداوم انقباض رحم	۷- اطمینان از انقباض خوب رحم (ع)
صبورانه مشوقانه	مشاهده	فیزیولوژی مرحله‌ی سوم زایمان	۸- مادر را به زور زدن تشویق کنید (ا)
کامل دقیق دقیق	مشاهده لمس نبض و تفسیر استفاده از فشارسنج	میزان طبیعی نبض و ریتم و حجم آن فشار خون طبیعی	۹- کنترل وضعیت عمومی نبض فشار خون (ا) (ت)
احتیاط ملایم	بررسی جفت	اگر جفت سریع خارج شده و پاره شود، خطر احتباس پرده‌ها را بررسی کنید	۱۰- در صورت مشاهده، جفت را در دستانتان بگیرید (ع)
احتیاط ملایم	بررسی جفت و پرده‌ها	پاره پاره شدن پرده‌ها را تشخیص دهید	۱۱- جهت خروج پرده‌ها، آنها را با ملایمت به بالا و پایین حرکت دهید (ع)
دقیق ملایم	لمس رحم و ماساژ آن در صورت خوب منقبض نشدن	ثبات رحم از نظر منقبض بودن یا شل بودن	۱۲- مطمئن شوید که رحم بخوبی منقبض مانده است (ت)
کامل	مشاهده و آمادگی جهت عملکرد مناسب در صورت هرگونه افزایش خونریزی	از دست دادن خون به میزان طبیعی	۱۳- مطمئن شوید که خون زیادی از دست نرفته است (ت)
کامل ملایم	معاینه دقیق	ساختار طبیعی دستگاه ژنیتال خارجی	۱۴- معاینه جهت تعیین هر گونه تروما (ع)

نگرش‌ها	مهارت‌ها	دانش	ریز وظایف‌ها
کامل	مشاهده دقیق	آناتومی کامل جفت و پرده‌ها مشکلات محصولات احتباس یافته	۱۵- معاینه جفت و پرده‌ها (ع)
سریع دقیق	روش قطع بندناف	زمان کلامپ کردن بندناف	۱۶- قطع و کلامپ بندناف (ع)
دقیق	مشاهده و اندازه‌گیری	از دست دادن طبیعی خون تعریف خوریزی پس از زایمان	۱۷- اندازه‌گیری میزان خون از دست رفته (ع)
دقیق سریع	تشخیص نیاز و توانایی در سازمان‌دهی ارجاع	ارزیابی تروما و/ یا بدتر شدن وضعیت طول مرحله‌ی سوم زایمان	۱۸- شناسایی نیاز به ارجاع هرگونه موارد غیرطبیعی شامل تاخیر در زایمان جفت (ت)
دقیق سریع	ارتباط بین حرفه‌ای		۱۹- گزارش به پزشک (ع) ^۱
دقیق سریع	توانایی برقرار کردن راه وریدی و کنترل وضعیت	علایم حیاتی نرمال و علایم بدتر شدن وضعیت	۲۰- گام‌های اولیه جهت احیا و ابقا وضعیت با ثبات را بردارید (ع)
کامل دقیق	ارتباط نوشتاری	اهمیت نگهداری مستندات	۲۱- ثبت جزییات (ع)
کامل هدفمند	عملکرد انعکاسی	ارتباط بین فرایند و نتیجه	۲۲- ارزیابی مراقبت داده شده (ت)

^۱ فقط زمانی که مشکل اتفاق بیافتد، نیاز است.

شناخت خونریزی پس از زایمان



جلسه ۲

شناخت خونریزی پس از زایمان

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به شناخت اهمیت درمان فوری و مناسب خونریزی پس از زایمان در نجات زندگی
- توانمند کردن دانشجویان به شناخت تعاریف و توصیفات مورد استفاده در ارتباط با خونریزی پس از زایمان

اهداف درسی

در پایان جلسه دوم، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- خونریزی پس از زایمان (PPH= Postpartum Hemorrhage)، خونریزی اولیه پس از زایمان، خونریزی ثانویه پس از زایمان و جفت احتباس یافته را تعریف نمایند.
- خونریزی اتونیک و تروماتیک را تعریف نمایند.
- علل خونریزی اولیه پس از زایمان را فهرست نموده و عللی که با میزان بروز بالایی از مرگ مادر همراه هستند را مشخص نمایند.
- اثرات خونریزی شدید را بر بدن و چگونگی به مخاطره افتادن زندگی و سلامتی را در اثر آن توضیح دهند.

طرح درسی

کار گروهی

بحث

سخنرانی تعدیل شده

زمان کلی: ۲ ساعت

منابع

وسایل و تجهیزات برای نمایش عملی

از دانشجویان بخواهید که برای تعریف خونریزی پس از زایمان، خونریزی اولیه پس از زایمان، خونریزی ثانویه پس از زایمان، جفت احتباس یافته، خونریزی اتونیک و خونریزی تروماتیک گروه‌هایی را تشکیل دهند. هر گروه بایستی به نوبت گزارش داده و یکی از تعاریف فوق را ارائه بدهد و سایر گروه‌ها باید اظهار نظر نمایند در این مورد که آیا با تعریف ارائه شده موافقت یا یک تعریف متفاوت دارند. دانشجویان بایستی با تعاریف زیر آشنا باشند.

تعاریف

خونریزی پس از زایمان:

به از دست دادن ۵۰۰ میلی‌لیتر یا بیشتر خون از دستگاه تناسلی در دوران بعد از زایمان اطلاق می‌شود.

نکته: مهم است به خاطر داشته باشیم که حتی در برخی شرایط میزان کمتر خونریزی نیز باعث می‌شود که وضعیت زن رو به وخامت بگذارد. این شرایط شامل وجود کم خونی یا سایر عوارض طبی مانند بیماری قلبی می‌باشد.

خونریزی اولیه پس از زایمان:

خونریزی بیش از حد که در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان رخ می‌دهد.

خونریزی ثانویه پس از زایمان:

خونریزی بیش از حد که بین ۲۴ ساعت پس از تولد کودک تا ۶ هفته پس از زایمان رخ می‌دهد.

جفت احتباس یافته:

وضعیتی را توصیف می‌کند که زایمان جفت در عرض ۳۰ دقیقه بعد از تولد نوزاد انجام نگیرد.

خونریزی اتونیک:

این خونریزی از محل جفت اتفاق می‌افتد به آن علت که رحم قادر نیست که به حد کافی منقبض شود و در نتیجه عروق خونی تحت فشار قرار نگرفته و خونریزی کنترل نمی‌شود. هرگونه شرایطی که با انقباض رحم تداخل کند مانند جفت احتباس یافته، بقایای بافت جفتی، غشاها و لخته‌های خونی زمینه را برای بروز خونریزی اتونیک مستعد خواهند کرد.

خونریزی تروماتیک:

در نتیجه صدمه به دستگاه تناسلی اتفاق می‌افتد.

علل خونریزی اولیه پس از زایمان

این علل شامل موارد زیر می‌باشد:

- رحم آتونیک (برای مثال به علت جفت یا پرده‌های جنینی احتباس یافته)
 - صدمه به دستگاه تناسلی (شامل هم صدمات خودبخودی و هم صدماتی که در اثر مداخله یا درمان ایجاد می‌شوند برای مثال زایمان ابزاری شامل سزارین، اپی‌زیاتومی، برش "gishiri")
 - اختلال انعقادی / نارسایی در تشکیل لخته (نادر)*
 - وارونگی رحم (نادر)*
- ما در جلسه بعد، عواملی را که با احتمال بیشتر سبب خونریزی اولیه پس از زایمان می‌شوند، امتحان خواهیم کرد.

علل خونریزی ثانویه پس از زایمان

- تکه‌های باقی مانده از جفت یا پرده‌های جنینی
- ریزش بافت مرده متعاقب زایمان متوقف شده (این ممکن است شامل دهانه‌ی رحم، واژن، مثانه و رکتوم باشد)
- باز شدن زخم رحم (بعد از زایمان سزارین یا رحم پاره شده)

اثرات خونریزی شدید بر بدن

به دانشجویان کمک کنید تا درک نمایند که یک زن می‌تواند خیلی سریع جان خود را بر اثر خونریزی پس از زایمان از دست دهد.

سوال: یک زن در یک دقیقه چه مقدار خون را به علت خونریزی پس از زایمان می‌تواند از دست دهد؟

جواب: حداکثر تا ۵۰۰ میلی‌لیتر در دقیقه

سوال: به طور متوسط چند لیتر خون در بدن یک زن در گردش است؟

جواب: ۵ لیتر

سوال: چه مدت طول می‌کشد که یک زن بی‌خون شود - یا تمام خونس را از دست دهد؟

جواب: ۱۰ دقیقه

بنابراین درک این مطلب آسان است که ماما باید به سرعت و به طور موثر عمل نماید تا زندگی را در موارد خونریزی پس از زایمان نجات دهد.

سوال: در صورت بروز شوک شدید در زن، عملکرد کدام ارگان حیاتی متوقف خواهد شد؟

جواب: کلیه‌ها

۱- نوعی تخریب دستگاه تناسلی زنانه که در آن دیواره قدامی یا خلفی واژن برش داده می‌شود. برخلاف ختنه زنانه، این برش برای درمان مواردی مانند زایمان انسدادی، آمنوره و ... به کار می‌رود.

* با میزان بروز بالایی از مرگ همراه هستند.

سوال: چرا کلیه‌ها در خونریزی پس از زایمان به خطر می‌افتند؟

جواب: زیرا خونریزی شدید باعث هیپوولمی (یعنی کاهش در حجم خون در گردش) می‌شود و این امر نخست باعث نکروز یا مرگ در توبول‌های کلیوی و سپس قشر کلیه خواهد شد. نکروز قشر کلیه برگشت‌ناپذیر است و منجر به مرگ زن خواهد شد.

از دانشجویان بخواهید که درباره اثرات خونریزی پس از زایمان در زنی که از سلامتی خوبی برخوردار نیست، فکر نمایند (برای مثال زنانی که کم‌خون هستند: آنها گلبول‌های قرمز خونی کمتری برای حمل اکسیژن دارند و حتی با خونریزی کم نیز دچار شوک می‌شوند). افرادی نیز ممکن است به خاطر بیماری مزمن ضعیف شده باشند، این بیماری‌ها اغلب با کم‌خونی همراه هستند (برای مثال HIV/AIDS، مالاریا، کرم قلابدار، هموگلوبینوپاتی‌ها، توبرکلوزیس، اسهال خونی).

بر این حقیقت تأکید شود که حتی اگر خانمی در نتیجه خونریزی پس از زایمان نمیرد، سلامتی او می‌تواند به‌طور نامطلوبی تحت تأثیر قرار گیرد.

از دانشجویان بخواهید که گروه‌هایی را تشکیل دهند و عواقب ایجاد شده در اثر خونریزی پس از زایمان را مورد بررسی قرار دهند.

کم‌خونی باعث خواهد شد که زن خسته شود و کمتر قادر باشد که:

- از خودش مراقبت کند.
- به کودکش شیر و غذا بدهد.
- از خانواده‌اش مراقبت کند.

این امر بر سلامتی و امنیت کل خانواده تأثیر خواهد گذاشت و باعث خواهد شد که خانم مستعد عفونت و سایر بیماری‌ها شود.

در حاملگی بعدی او ممکن است از:

- سقط خودبخودی
- هیپوکسی داخل رحمی
- عقب ماندگی رشد داخل رحمی
- خونریزی پس از زایمان و مرگ ناشی از آن رنج ببرد.

پیامد طولانی‌مدت خونریزی شدید پس از زایمان و شوک می‌تواند سندرم شیهان باشد که بعلت نکروزه شدن غده هیپوفیز در اثر هیپوولمی ایجاد می‌شود. در این سندرم عملکرد آندوکراین مختل شده و نارسایی در شیردهی و پیری زودرس وجود خواهد داشت.

مطمئن شوید که دانشجویان درک کرده‌اند:

- اهمیت اداره خونریزی پس از زایمان
- اداره صحیح و فوری خونریزی پس از زایمان که بتواند زندگی‌ها را نجات دهد.
- معنی و مفهوم تمامی تعاریف در این فصل

نمایش عملی^۱

کادر مامایی بایستی قادر باشند که تفاوت بین خونریزی طبیعی بعد از زایمان و از دست دادن خطرناک خون را بیان نمایند. خون از دست رفته معمولاً کمتر از حد تخمین زده می شود (در فصل ۱ "تخمین میزان خونریزی" را مشاهده نمایید).

شکل ۲.۱ به دانشجویان کمک می کند که عملاً میزان از دست دادن خطرناک خون را ببینند. ۵۰۰ میلی لیتر از آب قرمز رنگ را در یک بطری بریزید و آن را به دانشجویان نشان دهید. غلظت آب قرمز رنگ را بیشتر کنید که شبیه خون به نظر برسد. برای این کار آب را با پودر ژلاتین قرمز رنگ مخلوط کنید یا از آب گوجه فرنگی یا خون حیوان تازه کشته شده استفاده کنید (اگرآلات سدیم اضافه کنید تا تشکیل لخته را به تأخیر بیندازد). مایع را بر روی پارچه ها یا لباس های کهنه بریزید. بطری دیگر محتوی ۱۵۰ میلی لیتر از مایع (متوسط خونریزی در طی مرحله سوم طبیعی) می تواند بر روی لباس های کهنه دیگر برای مقایسه ریخته شود.

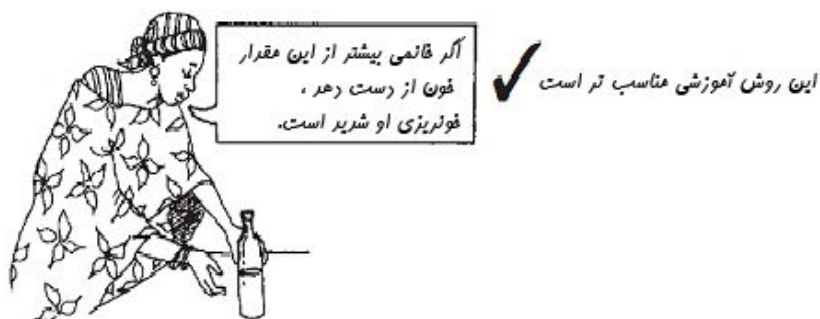
از دانشجویان بخواهید که خون از دست رفته را تخمین بزنند. این تمرین به آن ها کمک خواهد کرد که تخمین نادرست از دست دادن خون را درک کنند.

از دانشجویان بخواهید که اگر سوالی دارند، بپرسند.

خلاصه کنید.

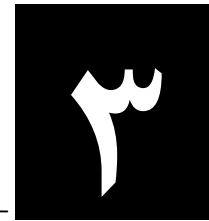
۱- اقتباس از:

Werner D, Bower B. Helping health workers learn. 1st ed. The Hesperian Foundation, Berkeley, CA, 1982.



شکل ۲.۱: آموزش درباره تخمین خونریزی

عوامل قابل اجتناب



جلسه ۳

عوامل قابل اجتناب

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به شناخت عواملی که در مرگ مادر به علت خونریزی پس از زایمان نقش دارند و درک اینکه بسیاری از این مرگ‌ها قابل پیشگیری هستند.

اهداف درسی

در پایان جلسه سوم، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- عوامل قابل اجتناب، عوامل خطر، مرگ مستقیم مادری و مرگ غیرمستقیم مادری را تعریف نمایند.
- علل و عوامل خطر خونریزی پس از زایمان را فهرست نموده و عوامل قابل اجتناب را مشخص نمایند.
- در مورد گام‌هایی بحث نمایند که بایستی اتخاذ گردد تا بتوان از مرگ ناشی از عوامل قابل اجتناب شناخته شده پیشگیری نمود.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده (نیم ساعت)

کار گروهی (۱ ساعت)

بازخورد و بحث (یک و نیم ساعت)

منابع

آموزش‌ها برای کار گروهی

کاربرگ‌ها

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 درک کرده‌اند.

عوامل قابل اجتناب

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 حالی که اکثر زنان که به عنوان "کم خطر" طبقه‌بندی می‌شوند، عوارض را تجربه می‌کنند. بنابراین تمامی زنان باردار باید در معرض خطر ایجاد عوارض در نظر گرفته شوند.

مرگ مستقیم 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 پرسیده و در مورد آن‌ها بحث کنید و تأیید کنید که آن‌ها واقعاً قابل اجتناب هستند. برای مثال:

■ کم‌خونی در مرگ ناشی از خونریزی پس از زایمان نقش دارد. زیرا خونریزی بسیار کم نیز برای زنان کم‌خون می‌تواند کشنده باشد (کم‌خونی باید قبل از زایمان اصلاح گردد).

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

■ خونریزی پس از زایمان می‌تواند علت مرگ باشد و کم‌خونی یک عامل خطر است (کم‌خونی در میزان خطر نقش دارد و خطر را افزایش می‌دهد)

کار گروهی

دانشجویان را به گروه‌هایی تقسیم کنید و دستورالعمل کارگروهی و کاربرد آماده شده در انتهای جلسه را به آن‌ها ارائه نمایید. توضیح دهید که آن‌ها در مواجهه با مثال ارائه شده چه کاری باید انجام دهند.

آن‌ها باید به دو علل اصلی خونریزی پس از زایمان تمرکز کنند: رحم آتونیک و ترومای دستگاه تناسلی و سپس علل یا عوامل خطر برای این دو نوع از خونریزی پس از زایمان را لیست نمایند.

بازخورد

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

در موارد خونریزی پس از زایمان به علت رحم آتونیک، عوامل ذکر شده به وسیله دانشجویان را تحت عناوین ذیل سازماندهی کنید:

- تداخل با توانایی رحم جهت انقباض
- رحم بیش از حد اتساع یافته
- رحم خسته
- عملکرد اشتباه
- عوامل طبی
- عوامل مامایی ذکر نشده در بالا

شما بایستی در انتهای جلسه لیستی از تمامی عواملی که در چک‌لیست وجود دارد، در تخته سیاه نوشته باشید. از این چک‌لیست به عنوان یک راهنما برای عواملی که بایستی ذکر گردد، استفاده کنید.

در مورد خونریزی پس از زایمان ناشی از ترومای دستگاه تناسلی، محل‌های مختلفی که تروما در آن‌ها می‌تواند واقع شود را تعیین کنید و درباره علل یا عوامل خطر آن بحث کنید (چک‌لیست آخر فصل را مشاهده نمایید).

سپس عوامل خطر اجتماعی یا بهداشتی را لیست کنید که احتمال مرگ ناشی از خونریزی پس از زایمان را بیشتر می‌کنند (چک‌لیست را مشاهده نمایید). درباره اعتقادات سنتی درباره خونریزی در مرحله سوم زایمان بحث کنید. در بیشتر کشورها ماماها سنتی و خانواده، خونریزی پس از زایمان را طبیعی و یک چیز خوب تلقی می‌کنند و بعضی جریان "خون بد" را در دوره پس از زایمان با دادن داروها تحریک می‌کنند، بنابراین اگر خانمی خونریزی پس از زایمان داشته باشد، اعضای خانواده او از جدیت عارضه تا دیروقت اطلاع نخواهند داشت.

بر اهمیت دسترسی به تسهیلات بهداشتی و انتقال بیمار در پیشگیری از مرگ ناشی از خونریزی پس از زایمان تأکید کنید. مرگ ناشی از خونریزی پس از زایمان می‌تواند در مقایسه با مرگ ناشی از سایر عوامل اصلی، سریع‌تر اتفاق بیفتد. همانطور که در جلسه اول ذکر کردید، خونریزی پس از زایمان اغلب شایع‌ترین علت مرگ مادران و نسبت بزرگی از مرگ‌های مادری در کشورهای در حال توسعه می‌باشد که در نواحی روستایی زندگی کرده و در منزل زایمان می‌کنند. بنابراین، در صورتی که دسترسی آسان به کارکنان بهداشتی کارآزموده و تسهیلات بهداشتی مناسب امکان‌پذیر نباشد، اکثر زنان به علت خونریزی پس از زایمان خواهند مرد.

مطمئن شوید که دانشجویان می‌دانند که چرا هر عامل منجر به خونریزی می‌شود و یا باعث می‌شود که خونریزی پس از زایمان با احتمال بیشتری خطرناک‌تر شود. در مورد درمان‌های خاص و نادرست مرحله سوم و عملکردهای سنتی مضر بحث کنید، چون این‌ها علل مهم قابل کنترل خونریزی پس از زایمان هستند. یک مثال از اداره نادرست زایمان این است که به زن اجازه دهیم که با ممانه‌ای پر وارد مرحله سوم زایمان شود. زیرا مانع انقباض رحمی شده و در نتیجه خونریزی پس از زایمان با احتمال بیشتری رخ می‌دهد. ماساژ ثابت و فشار دادن رحم در حالی که زایمان جفت هنوز انجام نگرفته است، می‌تواند منجر به جداسدگی نسبی جفت شود و این مثالی دیگر از اداره نادرست مرحله سوم زایمان است.

بالاخره به دانشجویان کمک کنید که از این مسئله آگاه باشند که در بیشتر موارد، خونریزی پس از زایمان قابل پیشگیری است و برای نجات زندگی‌ها لازم است که به عوامل قابل اجتناب پرداخته شود. عوامل قابل اجتناب را تعیین نموده و در مورد "گام‌های پیشگیری از وقوع" بحث کنید که گروه‌ها در بازخورد گرفته شده، اظهار نمودند.

این موارد بایستی شامل پیشگیری از عوامل قابل اجتناب در طی:

- حاملگی
- لیبر (اداره مرحله اول، دوم و سوم زایمان)
- مراقبت بلافاصله پس از زایمان (دو ساعت اول پس از زایمان جفت) باشد.

به دانشجویان کمک کنید تا درک نمایند که عوامل خطر عمومی برای خونریزی پس از زایمان می‌تواند تحت تأثیر آموزش جامعه قرار گیرد، بنابراین ماما نقش مهمی در این زمینه دارد. او باید اعضای جامعه را در مورد خطر خونریزی پس از زایمان، عوامل خطر، و اهمیت مراقبت دوران بارداری آموزش دهد. همچنین ماما می‌تواند در تنظیم برنامه‌های اورژانس بویژه برای انتقال به تسهیلات در صورت نیاز با امدادگران/ ماما‌های تجربی روستا مشارکت نماید، بطوری که آن‌ها قادر باشند که ارجاعات مناسب در موارد خونریزی پس از زایمان انجام دهند.

از دانشجویان بخواهید که اگر سوالی دارند، بپرسند.
خلاصه کرده و بر اهمیت پیشگیری تأکید کنید.

✓ چک‌لیست برای خونریزی پس از زایمان

از این چک‌لیست به عنوان یک راهنما برای عواملی استفاده نمائید که باید در طی بحث اشاره شود.

* عوامل قابل اجتناب

‡ موارد پرخطر بایستی قبل از زایمان شناسایی شده و به موقع ارجاع داده شوند.

+ مطمئن شوید که اداره نامناسب وجود ندارد.

۱. رحم آتونیک

عوامل خطر

تداخل با توانایی رحم جهت انقباض

جفت باقیمانده⁺

پرده‌ها یا بافت جفتی باقیمانده⁺

جداشدگی ناکامل جفت⁺

مثانه پر⁺*

خونریزی قبل از زایمان[‡]

▪ جفت سرراهی (رشته‌های عضلانی مورب کمتر در سگمان تحتانی رحم)، یا

▪ دکولمان جفت (رشته‌های عضلانی به علت خونریزی مخفی رحمی مختل شده‌اند)

رحم بیش از حد اتساع یافته

تعداد زایمان‌های زیاد (از دست دادن خاصیت الاستیسیته رحم)^{‡*}

حاملگی چندقلویی[‡]

پلی هیدرآمیوس[‡]

جنین بزرگ[‡]

فیبروئید* (بررسی سلامتی بین حاملگی‌ها، درمان در صورت تشخیص و تنظیم خانواده در زنان مسن‌تر)

رحم خسته

لیبر طول کشیده* (با استفاده صحیح از پارتوگراف و ارجاع به موقع برای ارزیابی، از آن اجتناب کنید و در صورت عدم وجود کنترااندیکاسیون، لیبر را تقویت نمائید و یا در صورت اندیکاسیون از زایمان جراحی استفاده کنید).

عملکرد اشتباه

عملکردهای سنتی مضر*
درمان های سنتی مضر*
اداره نامناسب مرحله سوم زایمان**

عوامل طبی

کم خونی*
اختلال انعقادی†

عوامل مامایی که در بالا لیست نشده است

سابقه قبلی مشکلات مرحله سوم † (سابقه جفت باقیمانده، خونریزی پس از زایمان)
مرگ داخل رحمی با جنین باقیمانده در رحم به مدت ۳-۴ هفته یا بیشتر †
پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی †
لیبر القا شده یا تقویت شده +
لیبر تسریع شده
زایمان سزارین +
کوریوآمنیونیت یا آندومتريت (به طور بالقوه قابل اجتناب است)
استفاده از داروهای توکولیتیک برای پیشگیری از زایمان زودرس
بیهوشی عمومی +

۲. آسیب به دستگاه تناسلی

محل های آسیب

- پرینه* (آسیب از طریق زایمان توسط افراد ماهر و متخصص و زمان و استفاده صحیح اپی زیاتومی در صورت نیاز قابل پیشگیری است، اما به خاطر داشته باشیم که اپی زیاتومی روتین ضروری نیست و بایستی اجتناب شود. همچنین اپی زیاتومی می تواند منجر به خونریزی شود.)
- دیواره های واژن⁺ (از طریق استفاده غیرماهرانه فورسپس، می تواند ایجاد شود)
- دهانه ی رحم⁺ (در صورت زور زدن زن، قبل از اتساع کامل دهانه ی رحم و استفاده نادرست از فورسپس ایجاد می شود. اگر با پارگی رحم توأم شود - این باید قابل اجتناب باشد)*
- رحم* (اجتناب از لیبر طول کشیده و متوقف شده)

عوامل خطر

- اپی زیاتومی در زمان نامناسب⁺
- لیبر القا شده⁺
- لیبر تسریع شده⁺
- زایمان سزارین⁺

- زایمان با فورسپس⁺
- زایمان طول کشیده/ متوقف شده⁺
- جراحی قبلی رحم⁺
- تاریچه قبلی از لیبر طول کشیده/ متوقف شده
- کم‌خونی.*

۳. عوامل خطر عمومی

- اعتقادات سنتی درباره مرحله سوم لیبر*
- عدم آگاهی درباره اهمیت خونریزی زیاد*
- فاصله زیاد از منزل زن تا تسهیلات بهداشتی
- مشکلات حمل و نقل
- وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین
- جهل و نادانی*
- عدم اعتماد به خدمات بهداشتی رسمی (به طور بالقوه قابل اجتناب است)

۴. عوامل خطر سرویس سلامت (همچنین در جلسه ۷ بحث شده است)

- تأخیر در بیرون آوردن دستی جفت در موارد احتباس جفت*
- تأخیر در شروع روش‌های مناسب احیا به علت برخی از عوامل از قبیل نبود منابع*
- تکنیک معیوب در زایمان سزارین یا در طی زایمان‌های واژینال ابزار*
- تخمین کمتر از حد خونریزی و تأخیر در درخواست کمک یا ارجاع زن*
- عدم دسترسی به داروهای اکسی‌توسیک*
- کارکنان خوب آموزش دیده ناکافی*
- فقدان دستورالعمل‌های مناسب*
- موانع محدود کننده برای ماماها و سایر کارکنان غیرپزشکی، انجام پروسیجرهای اورژانسی نجات‌بخش زندگی*

دستورالعمل کار گروهی

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

۱. خونریزی پس از زایمان را تعریف کنید.
۲. دو تا از شایع‌ترین علت عارضه را نام ببرید.
۳. عوامل خطر خونریزی پس از زایمان آتونیک و تروماتیک را فهرست نمایید.
۴. توضیح دهید که چرا هر یک از عوامل باعث می‌شوند که خونریزی با احتمال بیشتر اتفاق بیفتد یا خطرناک‌تر شود.
۵. عوامل خطری که قابل اجتناب هستند (یا قابل پیشگیری هستند) را علامت بزنید.
۶. گام‌هایی که بایستی جهت پیشگیری از عوامل قابل اجتناب انجام بگیرد را به طور خلاصه بیان نمایید.

برخی مثال‌ها در زیر آورده شده است. از برگه‌های گزارش کار ذیل استفاده کنید و به همان شیوه آن‌ها را به کار ببرید.

شما یک ساعت در گروه‌تان فرصت دارید.

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

مثال‌ها:

پیشگیری از خونریزی پس از زایمان به علت رحم آتونیک

عوامل خطر برای رحم آتونیک	چرا این عامل باعث می‌شود که خونریزی با احتمال بیشتر اتفاق بیفتد یا خطرناک‌تر شود	آیا قابل اجتناب است؟	گام‌ها برای اجتناب از وقوع
کم‌خونی	از دست دادن خون بسیار کمتر نیز می‌تواند کشنده باشد	بلی	توصیه غذایی و مکمل آهن/ فولات در طی حاملگی. درمان عوارض ایجاد کننده کم‌خونی مانند آلودگی انگلی، مالاریا و غیره

پیشگیری از خونریزی پس از زایمان به علت تروما

محل تروما	عوامل خطر برای ترومای دستگاه تناسلی	چرا	آیا قابل اجتناب است؟	گام‌ها برای اجتناب از وقوع
رحم	زایمان متوقف شده	کشیده شدن بیش از حد سگمان تحتانی رحم و مستعد پارگی	بلی	استفاده از پارتوگراف و در صورت غیرعادی بودن پارتوگراف زایمان از طریق جراحی (ارجاع ممکن است نیاز باشد)



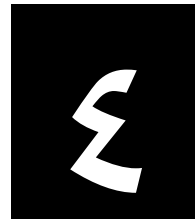
کاربرگ ۱

پیشگیری از خونریزی پس از زایمان به علت رحم آتونیک			
گام‌ها برای اجتناب از وقوع	آیا قابل اجتناب است؟	چرا این عامل باعث می شود که خونریزی با احتمال بیشتر اتفاق بیفتد یا خطرناک تر شود	عوامل خطر برای رحم آتونیک



پیشگیری از خونریزی پس از زایمان به علت تروما				
گامها برای اجتناب از وقوع	آیا قابل اجتناب است؟	چرا؟	عوامل خطر برای ترومای دستگاه تناسلی	محل تروما

شناسایی مشکل



جلسه ۴

شناسایی مشکل

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به درک اهمیت شناسایی و تعریف مشکل خونریزی بعد از زایمان به منظور ارائه مدیریت مناسب.
- توانمند کردن دانشجویان به کسب هنر تشخیص و تشخیص افتراقی در رابطه با خونریزی پس از زایمان.

اهداف درسی

در پایان جلسه چهارم، دانشجویان قادر خواهند بود که:

- گام‌های ارائه درمان موثر را لیست نمایند.
- توضیح دهند که چگونه یک تشخیص و تشخیص افتراقی در ارتباط با خونریزی اولیه پس از زایمان و ثانویه انجام می‌گیرد.
- علائم شوک را توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته، بحث (۲ ساعت)

منابع

نمودار ۱: خونریزی اولیه پس از زایمان: شناسایی مشکل

توضیح دهید که شش گام جهت ارائه مدیریت موثر وجود دارد.

۱. شناسایی مشکل
 ۲. تصمیم گیری در مورد کمک به مدیریت
 ۳. انتخاب بهترین مدیریت
 ۴. ارائه مدیریت، تعیین اولویت‌ها
 ۵. ارزیابی پیامد
- ع ارائه مدیریت بیشتر در صورت ضرورت که ممکن است شامل ارجاع باشد.
- این جلسه در مورد گام ۱ است. لازمه شناسائی مشکل، دادن تشخیص دقیق است که به نوبه خود اغلب شامل مطرح کردن تشخیص-های افتراقی می‌باشد (یعنی تصمیم‌گیری از بین دو یا بیشتر از ۲ وضعیت که ممکن است سبب ایجاد علائم و نشانه‌ها شده باشد). ممکن است فکر کردن در مورد تشخیص بعنوان نوعی "کار تشخیصی" کمک کننده باشد.

از دانشجویان بخواهید که گروه‌های بحث را تشکیل دهند تا تصمیم بگیرند که چگونه خونریزی تشخیص داده می‌شود.

سوالات مناسب برای پرسیدن می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- یک تشخیص چگونه می‌تواند منجر به یک تصمیم اشتباه شود؟
- یک تشخیص چه نتایجی دارد؟

پاسخ‌ها باید مطرح کننده این موارد باشند، که برای یک تشخیص:

- راه حل‌ها را جستجو کنند.
- به دقت مشاهده کنند.
- از تمام حواس (بعنوان مثال بینائی، شنوائی، بویائی و لامسه) استفاده کند.
- سوال بپرسند.
- تمام شریط را در نظر بگیرند.

این را به بحث در مورد مهارت‌های تشخیصی ارتباط دهید.

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

دانشجویان باید از تمام حواس و توان خود در جهت:

- دیدن
- شنیدن
- لمس کردن
- درست فکر کردن و پرسیدن این سوال که: مشکل چیست؟
- در نظر گرفتن تمام اطلاعات موجود استفاده کنند.

یک تشخیص از نتیجه‌گیری از یک راه حل بدست نمی‌آید، اما تمام جوانب آن را در نظر می‌گیرد. دانشجویان باید یاد بگیرند که به همین طریق عمل کنند.

در شناسایی مشکل - خونریزی پس از زایمان - ما نخست باید تصمیم بگیریم که خونریزی اولیه است یا ثانویه.

سوال اساسی که پرسیده می‌شود این است که "کی خونریزی اتفاق افتاد؟"

از دانشجویان بخواهید که تعاریف خونریزی اولیه و ثانویه پس از زایمان را یادآوری کنند.

نوع خونریزی پس از زایمان به این بستگی دارد که چه زمانی اتفاق افتاده است:

- در طول ۲۴ ساعت اول پس از زایمان - خونریزی اولیه پس از زایمان
- بعد از ۲۴ ساعت و در طی ۶ هفته پس از زایمان - خونریزی ثانویه پس از زایمان

تشخیص و تشخیص افتراقی

خونریزی اولیه پس از زایمان

نمودار ۱، در آخر جلسه خلاصه‌ای از علل خونریزی را نشان می‌دهد.

به دانشجویان این اطلاعات را بدهید.

خیلی مهم است که علل خونریزی را درست تشخیص دهیم، چون تشخیص ما نوع مدیریت را تعیین خواهد کرد.

آیا خونریزی اتونیک است یا تروماتیک؟ لازم است که مشخص نماییم که چرا زن خونریزی می‌کند؟

خونریزی اتونیک

از دانشجویان معنی خونریزی اتونیک را بپرسید.

دانشجویان باید بدانند که خونریزی اتونیک، از محل جفت است که به علت عدم توانایی رحم برای انقباض کافی روی می‌دهد.

(فیزیولوژی مرحله سوم زایمان را برای دانشجویان یادآوری کنید. انقباض میومتر، برای کنترل خونریزی لازم است).

از دانشجویان بپرسید:

- چه مقدار خونریزی طبیعی است؟
 - چه مقدار خونریزی شدید است؟
 - خونریزی پس از زایمان چه مقدار است؟
- آنها باید قادر باشند که بیان نمایند که چه زمانی خونریزی واژینال وجود دارد:
- تا حداکثر ۱۵۰ میلی‌لیتر خونریزی طبیعی است.
 - ۳۰۰ میلی‌لیتر خونریزی شدید است.
 - خونریزی پس از زایمان ۵۰۰ میلی‌لیتر است.
 - هر مقدار از دست دادن خون، خونریزی پس از زایمان است اگر وضعیت زن رو به وخامت گذارد (بویژه هنگامی که زن کم‌خون باشد، این امر ممکن است اتفاق بیفتد).

به دانشجویان یادآوری کنید که تحقیقات نشان داده‌اند که میزان خونریزی غالباً کمتر از حد تخمین زده می‌شود و بنابراین توجه و

سنجش دقیق خونریزی مهم است).

کدام علائم نشان می‌دهد که خونریزی اتونیک است؟

اگر خونریزی آتونیک باشد، مهم است که مشخص نمائیم که زایمان جفت انجام شده است یا نه. هنگامی که مرحله سوم زایمان به شکل فعال اداره شده باشد، جفت در عرض ۱۰-۵ دقیقه بعد از تولد نوزاد خارج می‌شود. در طی اداره فیزیولوژیک جفت دیرتر جدا می‌شود و ممکن است ۳۰-۲۰ دقیقه طول بکشد.

دانشجویان باید به خاطر داشته باشند که اگر زایمان جفت در عرض ۱ ساعت پس از تولد نوزاد صورت نگیرد، احتیاس جفت روی داده است.

اگر زایمان جفت هنوز صورت نگرفته است، آیا خونریزی وجود دارد؟

اگر جفت از دیواره رحم کنده نشده باشد، ممکن است هیچ خونریزی وجود نداشته باشد. مهم است که بدانیم که خونریزی می‌تواند هر زمانی شروع شده و شدید باشد. اگر جفت به طور نسبی جدا شده باشد، خونریزی وجود خواهد داشت. به دانشجویان یادآوری کنید که گاهی اوقات خون در رحم جمع می‌شود.

اگر زایمان جفت انجام شده باشد، از دانشجویان بپرسید که آیا آن کامل به نظر می‌رسد.

معاینه سریع جفت از نزدیک ثابت می‌کند که جفت کامل خارج شده است یا نه. به دانشجویان یادآوری کنید که باقی ماندن تکه کوچکی از بافت جفت در رحم می‌تواند منجر به خونریزی شود.

آیا خونریزی آتونیک علائم مهم دیگری هم دارد؟

از دانشجویان بپرسید؟

■ چه عواملی باعث شل شدن رحم می‌شوند؟

■ چه عوامل دیگری ممکن است مستعد کننده خونریزی پس از زایمان آتونیک باشد؟

مفید خواهد بود که در مورد ایده های مطرح شده بحث کنید. از چک‌لیست فصل ۳ که در مورد علل و عوامل خطر خونریزی پس از زایمان است، به عنوان راهنما استفاده کنید.

از دانشجویان بپرسید که آیا سوالی در رابطه با خونریزی پس از زایمان آتونیک دارند؟

ممکن است بحث در مورد ایده‌ها در این قسمت مفید باشد. از چک‌لیست موجود در جلسه ۳ در مورد علل و عوامل خطر خونریزی پس از زایمان، بعنوان راهنما استفاده کنید.

از دانشجویان بخواهید هر سوالی در مورد خونریزی پس از زایمان دارند، بپرسند.

حقایق مرتبط با خونریزی پس از زایمان که هم‌اکنون بحث شده بود را خلاصه نمایید.

خونریزی تروماتیک

دانشجویان باید قادر باشند که خونریزی تروماتیک را تشخیص دهند.

خونریزی تروماتیک به علت آسیب یا صدمه به مجرای تناسلی روی می‌دهد.

از دانشجویان بخواهید:

■ علائم خونریزی تروماتیک را بگویند.

آن‌ها باید قادر باشند اظهار نمایند که خونریزی زمانی تروماتیک است که:

■ خونریزی واژینال وجود داشته باشد، و

■ رحم کاملاً منقبض باشد.

مهم است که منشأ خونریزی را مشخص کنیم.

از دانشجویان بپرسید که منشأ خونریزی از کجا ممکن است باشد، آن‌ها باید قادر باشند که موارد ذیل را بیان نمایند:

- پیرینه- پارگی یا زخم ایپی‌زیاتومی
- ولو- واریس‌های پاره شده، پارگی یا هماتوم می‌تواند واقع شود (هماتوم ممکن است بلافاصله بعد از زایمان مشهود نباشد، اما می‌تواند ایجاد درد شدید و شوک نماید).
- واژن- پارگی دیواره‌های واژن یا واریس‌ها
- دهانه‌ی رحم- پارگی می‌تواند واقع شود.
- رحم- پارگی یا وارونگی رحم می‌تواند اتفاق بیافتد و با درد مشخص و شوک همراه شود. محل خونریزی ممکن است قابل رویت باشد یا نباشد.
- اگر خونریزی از پیرینه، ولو یا قسمت تحتانی واژن باشد ممکن است محل خونریزی سریعاً پیدا شود.
- اگر محل خونریزی به آسانی قبل رویت نیست، لازم خواهد بود که:
- برای مشاهده قسمت فوقانی واژن و دهانه‌ی رحم اسپکولوم گذاشته شود.
- علائم رحم پاره شده را جستجو کنیم.

رحم پاره شده

- از دانشجویان بپرسید که کدام علائم ما را نسبت به رحم پاره شده مشکوک می‌کند.
- آن‌ها باید تاریخچه قبلی را بیان نمایند.
- اسکار رحمی به علت زایمان سزارین
- عدم تناسب سر جنین و لگن مادر (¹CPD) (سر بچه نسبت به لگن مادر بزرگ است)
- پرزانتاسیون غیرطبیعی، برای مثال ابرو، شانه یا صورت خلفی
- زایمان متوقف شده
- شواهد:
- شوک شدید (نبض سریع و ضعیف، فشار خون پایین، رنگ پریدگی، تعریق، تنفس سریع، اضطراب، گیجی یا عدم هوشیاری، برون‌ادراری کم)
- کلاپس
- تندرئس مشخص شکمی
- شکل غیرطبیعی رحم (در طی لیبر یا زایمان)
- لمس آسان اعضای جنین (در طی لیبر یا زایمان)
- فقدان صدای قلب جنین و حرکات جنین (در طی لیبر یا زایمان)
- تاکی‌کادری مادر
- پارگی دهانه‌ی رحم ممکن است در طی زایمان به سگمان تحتانی رحم گسترش یابد.
- پارگی واژن ممکن است در طی زایمان به دهانه‌ی رحم و سگمان تحتانی رحم گسترش یابد.
- از دانشجویان بخواهید که سوالات خود را بپرسند.
- خونریزی تروماتیک را به شکل خلاصه بیان نمایند.

کواگولوپاتی (نارسایی در تشکیل لخته) و عفونت

دو عامل دیگری که ممکن است اتفاق بیفتند چه خونریزی آتونیک باشد و چه تروماتیک، شامل:

■ کواگولوپاتی (نارسایی در تشکیل لخته)

■ عفونت (سپسیس نفاسی)

مهم است که همیشه شواهدی از این دو عامل را جستجو کنیم، چرا که خطر خونریزی پس از زایمان را بیشتر می‌کنند.

به دانشجویان چگونگی تشخیص نقص در تشکیل لخته را یادآوری کنید.

خون به طور طبیعی تقریباً در عرض ۵ دقیقه لخته می‌شود. اگر در عرض ۷ دقیقه لخته نشد، نقص در تشکیل لخته وجود دارد. نارسایی در تشکیل لخته هم می‌تواند علت خونریزی باشد و هم ناشی از خونریزی شدید مامایی باشد. نقص در تشکیل لخته می‌تواند به وسیله دکولمان جفت، مرگ داخل رحمی جنین، شوک سپتیک، پره‌اکلامپسی شدید و اکلامپسی، آمبولی مایع آمنیوتیک و علل دیگر ایجاد شود. در صورتی که تأخیر در زمان تشکیل لخته وجود داشته باشد باید به کواگولوپاتی مشکوک شد و در خانمی با یکی از عوارض فوق الذکر، خونریزی به طور ناگهانی از محل‌های متعدد (برای مثال واژن، بینی، لثه‌ها، پوست) شروع می‌شود.

اگر کاهش حجم خون سریعاً با انفوزیون مایعات وریدی (سالین نرمال یا رینگر لاکتات) اصلاح شود، در بسیاری از بیماران با خونریزی شدید می‌توان از ایجاد کواگولوپاتی پیشگیری کرد.

درمان نارسایی در تشکیل لخته شامل درمان علل کواگولوپاتی و انفوزیون خون برای جایگزینی عوامل انعقادی و گلبول‌های قرمز است. اگر خون سالم در دسترس نباشد، یک فرآورده خونی مناسب باید استفاده شود.

سپسیس نفاسی (همچنین به عنوان متریت شناخته شده است) ممکن است خونریزی پس از زایمان را دچار عارضه کند. این خونریزی معمولاً بعد از ۲۴ ساعت اول پس از زایمان اتفاق می‌افتد، اما ممکن است در عرض ۲۴ ساعت اول یا حتی در حین زایمان (کورویوآمینونیت) واقع شود. در صورتی که خانمی تب، درد قسمت تحتانی شکم، ترشح چرکی، لوشیا با بوی بد و تدرنس رحمی داشت به سپسیس نفاسی مشکوک می‌شوید و در این خانم احتمال ایجاد شوک سپتیک هم وجود دارد.

برای دانشجویان مهم است که بفهمند که چگونه مشکل را تشخیص دهند. تشخیص صحیح پایه مدیریت موثر است.

نحوه تشخیص خونریزی اولیه پس از زایمان را خلاصه نمائید.

همزمان با این کار، نمودار شماره ۱ را نشان دهید.

خونریزی ثانویه یا "تأخیری" پس از زایمان

از دانشجویان بپرسید:

چه چیزی ممکن است سبب خونریزی ثانویه پس از زایمان شود؟

دانشجویان باید قادر باشند که موارد ذیل را بیان نمایند:

■ محصولات باقی مانده (پرده‌های جنینی یا بافت جفتی)

■ ریزش بافت مرده متعاقب زایمان متوقف شده (این ممکن است شامل دهان‌ری رحم، واژن، مثانه یا رکتوم باشد)

■ عفونت

■ جداشدگی زخم رحم بعد از زایمان سزارین یا رحم پاره شده

از دانشجویان بپرسید:

چگونه شما خونریزی پس از زایمان را تشخیص می‌دهید؟

آنها بایستی نکات زیر را توضیح دهند:

- خونریزی از مجرای تناسلی زمانی وجود دارد که لوشیای نرمال بعد از ۲۴ ساعت و در طی ۶ هفته اول پس از زایمان زیاد شود.
- رحم در مقایسه با آنچه که برای آن مدت زمان پس از زایمان انتظار می‌رود، بزرگتر و نرمتر باشد. برای مثال عدم بازگشت رحم اگر عفونت (سپسیس نفاسی) وجود داشته باشد، موارد ذیل اغلب مورد توجه واقع می‌شود:

■ لوشیای عفونی

■ تب

■ نبض سریع

■ کم خونی

سپسیس نفاسی خطر خونریزی ثانویه پس از زایمان را بیشتر می‌کند.

تأکید کنید که خونریزی ثانویه پس از زایمان خیلی خطرناک است زیرا:

■ می‌تواند سبب دوره‌های تکراری از خونریزی شدید شود..

■ اغلب با سپسیس نفاسی همراه است.

■ می‌تواند منجر به مرگ مادر شود.

شوگ

هنگامی که خانمی خونریزی پس از زایمان دارد، می‌تواند خیلی سریع خونریزی کرده و به علت هیپوولمی وارد شوگ شود. دانشجویان

باید علائم شوگ را بشناسند و نحوه ارزیابی شدت آن را هم بدانند.

از دانشجویان بپرسید: علائم شوگ چیست؟ از جدول زیر به عنوان راهنما استفاده کنید.

جدول ۱: علائم شوگ

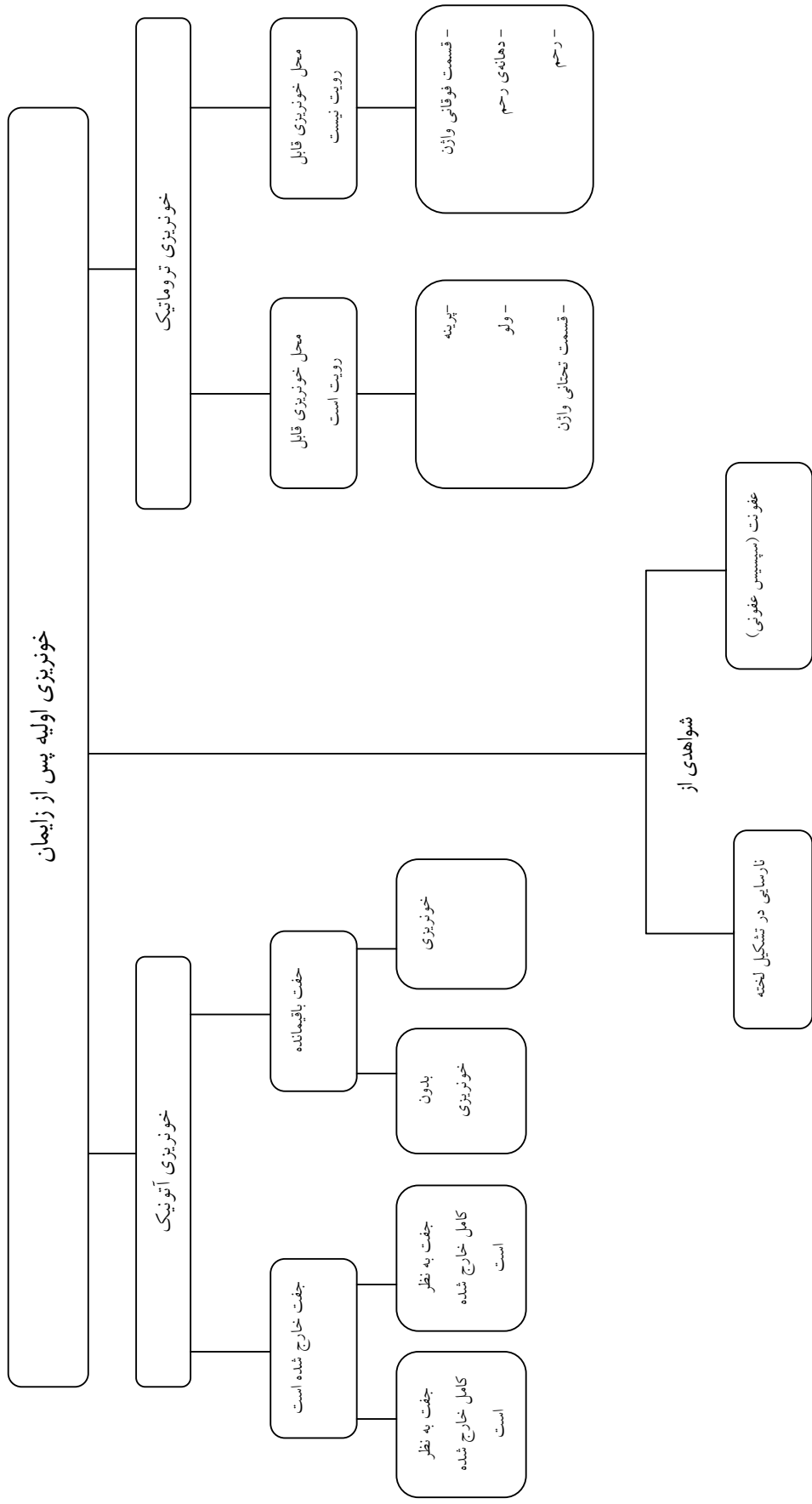
شوگ زودرس	شوگ دیررس
بیدار، آگاه، مضطرب	گیج یا عدم هوشیاری
نبض سریع	نبض خیلی سریع و ضعیف
تنفس مختصر سریع	تنفس سریع و کم عمق (تعداد ۳۰ عدد در دقیقه یا بیشتر)
رنگ پریده	رنگ پریدگی واضح، بویژه داخل پلک چشم، کف دستها یا اطراف دهان
تعریق	پوست سرد و مرطوب
فشارخون پایین	فشارخون خیلی پایین
برون ادراری ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت یا بیشتر	برون ده ادراری کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در دقیقه

از دانشجویان بخواهید که سوالات خود را بپرسند.

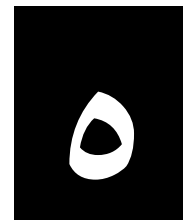
تمامی فصل را خلاصه کنید. به دانشجویان توصیه کنید که اطلاعات ارائه شده در نمودار ۱ را یاد بگیرند.

شما ممکن است بخواهید که آگاهی و درک دانشجویان را از جلسه با گرفتن یک امتحان بسنجید. مطالب یادگرفته شده در جلسات ۲ تا ۴ این بخش را در امتحان خود بگنجانید. همچنین ممکن است مروری بر فیزیولوژی و اداره مرحله سوم داشته باشید. مثالی از یک امتحان در آخر جلسه ۱ ارائه شده است.

نمودار ۱: خونریزی اولیه پس از زایمان: شناسایی مشکل



اداره‌ی خونریزی اولیه پس از زایمان



جلسه ۵

اداره‌ی خونریزی اولیه پس از زایمان

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان برای اداره موثر خونریزی اولیه پس از زایمان.
- توانمند کردن دانشجویان برای درک گام‌های فوری که جهت قطع خونریزی و احیاء زن انجام می‌گیرد و فهمیدن زمان و چگونگی دادن ترتیب ارجاع و نحوه انتقال ایمن در موارد ضروری.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۵ دانشجویان باید قادر باشند:

- اقدامی را که ماما بایستی جهت متوقف کردن خونریزی اولیه پس از زایمان، اتخاذ نماید، توضیح دهد.
- اداره خونریزی پس از زایمان ناشی از آتونی زمانی که جفت خارج شده را شرح دهد.
- اداره خونریزی پس از زایمان ناشی از آتونی زمانی که جفت خارج نشده را شرح دهد.
- اداره خونریزی‌های تروماتیک پس از زایمان را شرح دهد.
- مراقبت‌ها و گزارشات ضروری را که باید در طی انتقال ثبت گردند، توضیح دهد.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته (۲ ساعت)

منابع

اداره مشکلات در بارداری و زایمان: راهنمایی برای ماماها و پزشکان، ژنو، سازمان بهداشت جهانی،

۲۰۰۳ (WHO/RHR/00.7).

به دانشجویان شش مرحله اداره موثر در صفحه ۶۹ را یادآوری کنید.
توضیح دهید که در این بخش چگونگی اداره خونریزی اولیه پس از زایمان ناشی از آتونمی یا تروما مورد بحث قرار می‌گیرد.

اصول اداره خونریزی پس از زایمان عبارتند از:

- سرعت
- مهارت
- مقدمات

مقدمات در اداره‌ی خونریزی پس از زایمان عبارتند از:

- درخواست کمک (برای کمک به کنترل خونریزی)
- ارزیابی سریع شرایط زن
- یافتن علت خونریزی
- متوقف کردن خونریزی
- تثبیت وضعیت یا احیاء زن
- جلوگیری از خونریزی بیشتر

این‌ها مقدمات هستند. این بدان معناست که موارد فوق باید در ابتدا و قبل از هر کار دیگری انجام گیرند.

برای عملی ساختن موارد فوق که بسیار مهم می‌باشند، اغلب نیاز است که:

- آنچه که بطور معمول انجام می‌گیرد، تغییر یابد (برای مثال بطور معمول زن از سر تا پا معاینه می‌شود. اگر هم‌اکنون که شما بر بالین بیمار فراخوانده شده‌اید، وی در حال خونریزی است، لازم است شما سریعاً رنگ، نبض، فشارخون، سطح هوشیاری و حجم خون از دست داده را بررسی کرده و فوراً رحم او را لمس کرده و مشخص کنید که خونریزی ناشی از آتونمی رحم است یا خیر. این کارها در چند ثانیه می‌تواند انجام گیرد. سایر اجزاء معاینه می‌تواند دیرتر انجام گیرد). **بخاطر داشته باشید تأخیر به معنای مرگ است.**

- تعیین کنید که برای حفظ زندگی او چه باید کرد.

زن خواهد مرد، مگر این‌که:

- خونریزی قطع گردد.
- زن احیاء گشته یا شرایط وی تثبیت گردد. این مستلزم حفظ حجم خون در گردش و اداره شوک می‌باشد.

به دانشجویان اهمیت شناسایی مشکل را یادآوری کنید.

سوال: خونریزی پس از زایمان چیست؟

پاسخ: از دست دادن ۵۰۰ میلی‌لیتر یا بیشتر خون از دستگاه تناسلی بعد از تولد نوزاد

سوال: (در صورتی که پاسخ شامل تعاریف ارائه شده نباشد) ما چه زمانی خونریزی کمتر از ۵۰۰ میلی‌لیتر را خونریزی پس از زایمان در نظر می‌گیریم؟

پاسخ: اگر شرایط زن وخیم‌تر شود مانند موارد کم‌خونی

سوال: ما چگونه خونریزی اولیه پس از زایمان را تعریف می‌کنیم؟

پاسخ: خونریزی که در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان اتفاق افتد.

اداره خونریزی پس از زایمان ناشی از آتونی رحم

سوال: خونریزی ناشی از آتونی چیست؟

پاسخ: خونریزی از محل جفت بعلت فقدان تونیسیتة رحم

سوال: چه علائمی به شما می‌گوید که خونریزی ناشی از آتونی است؟

پاسخ: رحم خوب منقبض نشده، نرم و مستع بوده و قوام ضعیفی دارد.

توضیح دهید اداره‌ی این خونریزی بستگی به خارج شدن یا باقی ماندن جفت دارد.

خونریزی پس از زایمان - جفت خارج شده

در صورت در دسترس بودن، مراقب سلامت حرفه‌ای دیگری را فرا بخوانید. از فرد دیگری که از نظر فرهنگی برای جامعه و خانواده قابل قبول است، جهت متوقف نمودن خونریزی کمک بخواهید. نفر سوم باید از نوزاد مراقبت کند.

جهت قطع خونریزی ایجاد انقباض رحم و خالی کردن آن بسیار اساسی است.

۱. رحم را جهت ایجاد انقباض و خارج ساختن لخته‌ها، ماساژ دهید. زیرا لخته‌های خون به تله افتاده در داخل رحم، از انقباض موثر رحم جلوگیری خواهند کرد.

۲. ده واحد اکسی‌توسین به شکل عضلانی تجویز کنید.

۳. شرایط زن را ارزیابی کنید (نبض، فشارخون، رنگ، هوشیاری، قوام رحم) و حجم خونی که در حال حاضر از دست می‌رود را تخمین بزنید.

۴. انفوزیون داخل وریدی شروع نمایید. موقع جاگذاری کاتول، نمونه خون جهت کراس مچ و تعیین هموگلوبین گرفته و سپس با سالین نرمال یا رینگر لاکتات انفوزیون را انجام دهید. در صورتی که زن در شوک باشد انفوزیون را سریع‌تر انجام دهید (۱ لیتر در ۱۵ دقیقه) تا زمانی که شرایط بیمار تثبیت شود^{۱۹} (ممکن است جهت اصلاح شوک نیاز به انفوزیون ۳ لیتر مایع باشد).

۵. مثانه را خالی نموده و آن‌را خالی نگه دارید. اگر زن قادر به دفع ادرار نیست کاتتر در مثانه جاگذاری نمایید.

^{۱۹} علائم تثبیت وضعیت زن شامل افزایش فشارخون (منظور فشارخون سیستولیک حداقل ۱۰۰ میلی‌متر جیوه و تثبیت ضربان قلب (منظور تعداد نبض زیر ۹۰) است.

۶. بررسی کنید که جفت و پرده‌ها کامل باشند.

۷. دهانه‌ی رحم، واژن و پرینه را از نظر پارگی معاینه کنید.

اگر خونریزی ادامه یابد:

۸. برای اینکه رحم خوب منقبض شود، ۲۰ واحد اکسی‌توسین به ۱ لیتر مایع وریدی اضافه کرده و با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه انفوزیون نمایید. برای درمان شوک ممکن است راه وریدی دومی برای انفوزیون سریع‌تر مایع مورد نیاز باشد. سعی کنید نوزاد را به پستان مادر بگذارید و در صورتی که نوزاد نمی‌تواند آن را بمکد، از تحریک نوک پستان استفاده کنید.

۹. با ماساژ دو دستی رحم یا فشردن آئورت سعی کنید خونریزی را کنترل نمایید. **شکل ۷.۶، شکل ۷.۷ و شکل ۷.۸** در جلسه ۷ را ببینید.

۱۰. وضع لخته بستن خون را بررسی کنید. نقص در شکل‌گیری لخته بعد از هفت دقیقه با لخته نرمی که به راحتی می‌شکند، مطرح‌کننده اختلال انعقادی است. ترانسفوزیون خون یا محصولات خونی مورد نیاز خواهد بود.

۱۱. اگر در آن محل، امکان ترانسفوزیون خون وجود نداشته باشد، ترتیب ارجاع اورژانسی بیمار را به مرکز تسهیلات سطح بالاتر، فراهم سازید.

۱۲. گزارشات را به دقت ثبت کنید.

۱۳. زن را تا مرکز تسهیلاتی سطح بالاتر همراهی کنید. در ضمن ترتیبی اتخاذ کنید تا از وابستگان وی / کسی را که قابلیت اهداء خون را دارد، با او همراه شود.

اگر خونریزی ادامه یابد:

۱۴. بستن عروق رحمی و رحمی - تخمدانی ممکن است نیاز باشد.

۱۵. اگر با این کار هم خونریزی کنترل نشده هیستریکتومی ساب‌توتال لازم خواهد شد.

ادامه مدیریت

شرایط زن را در طی ۴۸ - ۲۴ ساعت به دقت کنترل کنید.

این موارد شامل:

- کنترل کنید که رحم سفت و بخوبی منقبض باشد.
- از دست رفتن خون را کنترل کنید (برای تخمین دقیق خون، پوشک بهداشتی یا پارچه تمیزی را زیر باسن بیمار قرار داده و از او بخواهید پاهایش را دراز نموده و از مچ پا، آن‌ها را روی هم بیاندازد. در مدت ۳۰ - ۲۰ دقیقه در این حالت بماند. در این صورت خون خارج شده در سطح مثلث پوییس جمع خواهد شد).

▪ دما

▪ نبض

▪ تنفس

▪ فشارخون

▪ شرایط عمومی (مثل رنگ، سطح هوشیاری)

▪ دریافت مایع (بعد از تثبیت وضعیت زن، مایع وریدی به میزان ۱ لیتر در ۴ تا ۶ ساعت باید داده شود).

- ترانسفوزیون خون بایستی مونیتور شده و حجم خون ترانسفوزیون شده بعنوان بخشی از مایعات دریافتی، ثبت گردد.
 - برون‌ده ادراری
 - ثبت صحیح گزارشات
- قبل از رفتن زن به خانه، هموگلوبین وی باید چک شده و در صورت وجود اندیکاسیون، مکمل آهن داده شود (زیرا از دست دادن خون منجر به تخلیه ذخایر آهن بدن می‌گردد).

در محل‌هایی که وجود کرم‌های قلابدار آندمیک باشد یکی از موارد زیر را تجویز نمایید:

- آلبندازول ۴۰۰mg یک عدد خوراکی، یا
- مبندازول ۵۰۰mg یک عدد خوراکی و یا ۱۰۰ mg دوبار در روز بمدت ۳ روز

کارهایی که باید از آنها اجتناب شود

زن را هرگز تنها نگذارید تا زمانی که:

- خونریزی کنترل شده و
 - وضعیت عمومی وی خوب گردد.
- در خونریزی پس از زایمان ناشی از آتونی، هرگز از پک واژینال استفاده نکنید.

ارجاع و انتقال

اگر شما در منزل یا مرکزی بدون مهارت و/ یا تسهیلات لازم هستید، باید در صورت وجود شرایط زیر ترتیب ارجاع به بیمارستان را فراهم سازید:

- زن در شوک باشد.
 - خونریزی تحت کنترل نباشد
 - شک به اختلال انعقادی داشته باشید.
 - نیاز به جستجو و تخلیه برای خارج سازی محصولات احتباس یافته حاملگی در داخل رحم باشد
- از سریع‌ترین نحوه انتقال در دسترس استفاده کنید.

بخاطر داشته باشید تأخیر به معنای مرگ است. در زمان انتقال چند مورد اساسی است که باید به خاطر سپرد (جدول

(۲

از دانشجویان بخواهید هر سوالی دارند، بپرسند.
مطالب تاکنون تدریس شده را خلاصه کنید.

جدول ۲: در زمان انتقال زن مبتلا به خونریزی پس از زایمان، با جفت خارج شده

آنچه که باید حفظ و نگهداری شود	آنچه که باید استفاده شود
انقباض رحم	ماساژ فوندوس، فشار دو دستی رحم یا فشار بر آئورت تکرار اکسی توسین ۱۰ واحد عضلانی در صورت نیاز
مثانه خالی	سوند ثابت
حجم خون	مایعات وریدی
ارزیابی شرایط	رنگ، نبض، فشارخون، از دست دادن خون، سطح هوشیاری و زمان لخته بستن خون را چک کنید
گرم کردن بیمار	پتوها
گزارش صحیح و دقیق	چارت‌ها، یادداشت‌ها
وابستگان آماده برای اهداء خون به بیمار، بایستی وی را همراهی کنند.	

خونریزی پس از زایمان - جفت احتباس یافته

اصول اداره، مشابه موارد ذکر شده در مورد جفت خارج شده است. اما در اینجا، باید جهت قادر ساختن رحم برای انقباض موثر، هر چه زودتر جفت خارج شود.

۱. شرایط زن را بررسی کنید (نبض، فشارخون، رنگ، هوشیاری، قوام رحم) و حجم خون از دست رفته را تخمین بزنید.
۲. ده واحد اکسی‌توسین بطور عضلانی تجویز کنید.
۳. جهت کراس میچ و هموگلوبین خون‌گیری نموده و یک راه وریدی برای انفوزیون مایعات وریدی باز کنید. در ابتدا سالین - نرمال یا رینگر لاکتات شروع کنید و در صورتی که زن در شوک باشد سرعت انفوزیون را بیشتر کنید. (یک لیتر در ۱۵ دقیقه) تا شرایط زن تثبیت شود.* (ممکن است برای اصلاح شوک نیاز به ۳ لیتر مایع باشد)
۴. مثانه را خالی کنید.
۵. در حالی که رحم به خوبی منقبض است، جفت را با کشش کنترل شده بند ناف خارج سازید.
۶. رحم را برای ایجاد انقباض و خارج ساختن لخته‌ها، ماساژ دهید.

۷. جفت و پرده‌ها را جهت اطمینان از کامل بودن معاینه کنید
 ۸. به یک لیتر سالین نرمال یا رینگر لاکتات ۲۰ واحد اکسی‌توسین اضافه کرده و با سرعت ۴۰ قطره در دقیقه انفوزیون کنید. در موارد شوک راه دوم وریدی برای سریع‌تر انفوزیون کردن مایع ممکن است لازم باشد.
 ۹. در صورتی که با کشش کنترل شده بندناف موفق به خارج کردن جفت نشدید به آرامی معاینه واژینال انجام دهید. اگر احساس شود که جفت در حال بیرون آمدن از دهانه‌ی رحم است، با انگشتان باید گرفته شده و بطور یکنواخت و پیوسته از رحم بیرون کشیده شود. همزمان با انجام اینکار باید دست دیگر از روی شکم رحم را گرفته و آن را حمایت نماید.
 ۱۰. اگر جفت با این روش خارج نگردد باید از روش دو دستی خارج کردن جفت استفاده شود. (فصل ۹ را ببینید).
 ۱۱. بعد از خارج کردن دستی جفت، انفوزیون داخل وریدی اکسی‌توسین را همانطور که در شماره ۸ در بالا ذکر شد ادامه دهید.
 ۱۲. ولو، واژن و دهانه‌ی رحم را از نظر پارگی معاینه کنید.
- اگر خونریزی ادامه داشت مانند شماره ۱۲-۸ قسمت (زایمان جفت) عمل کنید.

ادامه مدیریت

نکات ذکر شده در صفحات ۸۱ و ۸۲ برای ادامه اداره خونریزی در اینجا کاربرد دارد. از دانشجویان بپرسید هر سوالی دارند بپرسند مطالب تدریس شده در خونریزی پس از زایمان ناشی از آتونی را خلاصه کنید.

اداره خونریزی‌های تروماتیک بعد از زایمان

سوال: خونریزی تروماتیک چیست؟

پاسخ: خونریزی از دستگاه تناسلی وجود داشته اما رحم بخوبی منقبض باشد.

سوال: این خونریزی ممکن است از کجا منشأ بگیرد؟

پاسخ:

- پرینه- پارگی یا زخم اپی‌زیاتومی
- ولو- پارگی واریس‌ها، پارگی‌ها یا هماتوم‌ها ممکن است اتفاق بیافتد (هماتوم ممکن است بلافاصله پس از زایمان مشخص نشود ولی می‌تواند موجب درد شدید و شوک شود).
- واژن- پارگی دیواره‌های واژن یا پاره شدن واریس‌ها
- دهانه‌ی رحم- پارگی‌ها ممکن است اتفاق بیافتد
- رحم- پارگی رحم یا وارونه شدن رحم نیز ممکن است رخ داده و با درد واضح و شوک همراه شود.

۱. جهت کراس میچ و تخمین هموگلوبین خون‌گیری نمایید.

۲. یک راه وریدی را جهت انفوزیون سالین نرمال یا رینگر لاکتات برقرار نمایید.

۳. زن را در وضعیت لیٹاتومی قرار داده و نورکافی را فراهم کنید.

۴. نقاط خونریزی دهنده را پیدا کرده و در صورت مشاهده آن را کلامپ نمایید. پارگی را در صورت در دسترس بودن، بخیه بزنید. در غیر اینصورت، زن را آماده ارجاع به مرکز با تسهیلات سطح بالاتر نمایید.

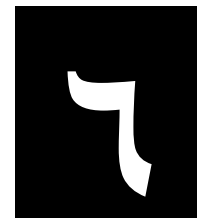
* علائم تثبیت وضعیت زن شامل افزایش فشارخون (منظور فشارخون سیستولیک حداقل ۱۰۰ میلی‌مترجیوه و تثبیت ضربان قلب (منظور تعداد نبض زیر ۹۰) است.

۵. حجم خون از دست رفته را تخمین زده و گزارش نمایید.
۶. نبض، فشار خون را چک نموده و علائم عمومی را مشاهده و ثبت نمایید.

اگر خونریزی ادامه یابد:

۷. زمان لخته بستن را آزمایش کنید. اگر تأخیر تا ۷ دقیقه یا بیشتر بود، یا لخته خیلی شکننده بود، احتمال نقص در لخته بستن خون وجود دارد. بیمار را به مرکز با تسهیلات سطح بالاتر برای ترانسفوزیون خون انتقال دهید.
۸. بر آئورت فشار وارد کنید (شکل ۷.۸ در جلسه ۷ را مشاهده کنید).
۹. گزارشات را صحیح و دقیق ثبت نمایید.

اداره‌ی خونریزی ثانویه پس از زایمان



جلسه ۶

اداره‌ی خونریزی ثانویه پس از زایمان

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان برای اداره‌ی موثر خونریزی ثانویه پس از زایمان
- توانمند کردن دانشجویان برای درک گام‌های فوری که در جهت حفظ زندگی و جلوگیری از عوارض شامل پیشگیری از عفونت

اهداف درسی

در پایان جلسه ۶ دانشجویان قادر خواهند بود:

- تغییرات لوشیای طبیعی را شرح دهند.
- اقدامی را که ماما بایستی جهت متوقف کردن خونریزی ثانویه پس از زایمان انجام دهد را شرح دهد..
- اداره خونریزی ثانویه پس از زایمان را شرح دهد.
- تمرین‌های کاربردی پیشگیری از عفونت در اداره خونریزی اولیه و ثانویه پس از زایمان را شرح دهد.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته (۳/۱ ساعت)

منابع

اداره مشکلات در بارداری و زایمان: راهنمایی برای ماماها و پزشکان، ژنو، سازمان بهداشت جهانی،

۲۰۰۳ (WHO/RHR/00.7).

خونریزی ثانویه یا "تاخیری" پس از زایمان، شامل تمامی موارد خونریزی پس از زایمان است که بین ۲۴ ساعت پس از زایمان نوزاد تا ۶ هفته پس از زایمان، اتفاق می‌افتد.

پرسش‌هایی مانند موارد زیر درک دانشجویان از مطالب را چک خواهد کرد:

سوال: شما خونریزی ثانویه پس از زایمان را چگونه تشخیص می‌دهید؟

پاسخ: دانشجویان باید بفهمند که مقدار خون از دست رفته بیشتر از مقدار لوشیای طبیعی است.

سوال: لوشیا در روز اول پس از زایمان چه رنگی است؟

پاسخ: قرمز

سوال: چه مدت لوشیا بطور طبیعی قرمز باقی می‌ماند؟

پاسخ: ۳ تا ۴ روز

سوال: کی و چگونه رنگ لوشیا عوض می‌شود؟

پاسخ: در روزهای ۵ تا ۹ لوشیا صورتی شده و در ۳ - ۲ هفته بعدی زرد یا سفید رنگ می‌شود.

دانشجویان باید تغییرات طبیعی لوشیا را بدانند (اگر زنان در روز اول پس از زایمان مرخص شوند و دانشجویان کم تجربه یا بی-تجربه مراقبت‌های پس از زایمان آن‌ها را در خانه را برعهده داشته باشند، در این صورت با تغییرات طبیعی و فیزیولوژیک لوشیا آشنا نخواهند شد. در صورتی که آن‌ها درباره آنچه طبیعی است اطمینان نداشته باشند تشخیص موارد غیرطبیعی برایشان بسیار سخت خواهد بود).

تغییرات در لوشیای طبیعی

بوی لوشیای طبیعی بعنوان یک بوی "غلیظ" اما نه بوی متعفن شرح داده شده است. اگر لوشیا بوی تعفن بدهد می‌تواند دلالت بر عفونت داشته و عفونت می‌تواند منجر به سپتی‌سمی یا خونریزی ثانویه پس از زایمان شده که هر دوی آن‌ها منجر به مرگ مادر می‌شوند.

مقدار طبیعی لوشیا ممکن است مانند خونریزی قاعدگی شدید در روزهای اول تعریف شود، اما در زنان مختلف ممکن است متفاوت باشد. با این وجود لوشیا نباید شدید باشد. در صورتی که لوشیا شدید بود، باید دو سوال مهم پرسیده شود.

۱. آیا از دست دادن شدید خون بطور ناگهانی اتفاق افتاده است؟

۲. آیا از دست دادن شدید خون بطور مداوم بوده است (بعضی اوقات بطور مداوم لخته‌های خونی دفع شده است)؟

مقدار لوشیا باید با پیشرفت روزهای پرپیروم بطور پیشرونده‌ای کاهش یابد.

نیاز است دانشجویان تجارب زیادی را با دیدن زنانی که لوشیای طبیعی دارند، کسب نمایند تا زمان مواجهه با لوشیای غیرطبیعی بتوانند بلافاصله آن را تشخیص دهند.

از دانشجویان بپرسید:

▪ علل خونریزی ثانویه پس از زایمان چیست؟ (دانشجویان در جلسه ۲ با این موضوع آشنا شده‌اند)

آن‌ها باید علل زیر را به خاطر داشته باشند.

▪ باقی ماندن تکه‌هایی از جفت یا پرده‌ها

▪ عفونت

▪ ریزش بافت مرده بدنبال زایمان متوقف شده (در دهانه‌ی رحم، واژن، مثانه، رکتوم)

▪ تجزیه شدن زخم رحم (بعد از سزارین یا رحم پاره شده)

اداره‌ی خونریزی ثانویه پس از زایمان

سوال: هدف چیست؟

پاسخ: حفظ زندگی و سلامت زن

برای انجام این هدف، اصول کلی راکه در اداره خونریزی اولیه پس از زایمان فرا گرفتیم را بایستی بکار گیریم.

از دانشجویان بخواهید:

▪ سرعت عمل

▪ مهارت

▪ مقدمات را فراهم کنند.

مقدمات اداره خونریزی ثانویه پس از زایمان

۱. زن را مثل یک مورد اورژانسی در مرکز تسهیلات سلامت سطح بالاتر پذیرش کنید.

۲. اگر هنوز رحم قابل لمس است با ماساژ دادن آن انقباض بوجود آورید.

۳. شرایط زن را بررسی کرده و اگر در جای دورافتاده‌ای باشد، در صورت امکان اداره خونریزی را قبل از انتقال شروع کنید.

۴. ده واحد اکسی‌توسین را به شکل وریدی تجویز کنید.

۵. برای تعیین هموگلوبین، گروه خونی و کراس میچ خون‌گیری نمایید.

۶. راه وریدی برای انفوزیون باز نمایید. نرمال‌سالین یا رینگر لاکتات شروع نمایید. اگر زن در حالت شوک باشد تا تثبیت شدن

شرایط، سریع انفوزیون نمایید (یک لیتر در ۱۵ دقیقه). (مراقب سلامتی ممکن است برای اصلاح شوک نیاز به انفوزیون ۳ لیتر

مایع داشته باشد).

۷. اگر خونریزی شدید است، ۲۰ واحد اکسی‌توسین به ازای هر لیتر سرم به شکل وریدی با سرعت ۴۰ قطره در دقیقه انفوزیون

نمایید (ممکن است نیاز باشد تا مراقب سلامتی، راه دوم وریدی را نیز برقرار نماید).

۸. در کم‌خونی شدید، برای ترانسفوزیون خون آماده شوید.

۹. اگر علائم عفونت وجود داشته باشد (تب، بوی بد ترشحات واژن) به ترتیب زیر آنتی بیوتیک تجویز کنید.

آمی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت، و

جنتامایسین ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت، و

مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم IV هر ۸ ساعت

درمان را تا ۴۸ ساعت پس از قطع تب ادامه دهید.

۱۰. اگر دهانه‌ی رحم باز باشد، با دست داخل رحم را جستجو کرده و محصولات و لخته‌های باقی مانده را تخلیه کنید. اگر دهانه‌ی رحم باز نباشد آماده اسپیراسیون مکشی برای تخلیه رحم باشید. در صورتی که امکانات در دسترس نباشد، به مرکز مناسب ارجاع دهید.

۱۱. در صورت نیاز پروفیلاکسی ضدکزاز را انجام دهید.

۱۲. اگر با اقدامات فوق بهبودی حاصل نشد، ممکن است به ارجاع اورژانسی، جهت ارزیابی و احتمال انجام عمل جراحی نیاز باشد.

اگر علائمی از پرتیونیت عمومی وجود داشته باشد، پزشک برای تخلیه چرک، لاپاراتومی انجام خواهد داد. در صورتی که رحم نکروزه و عفونی شده باشد، هیستریکتومی ساب‌توتال انجام خواهد گرفت.

امتحان

شرایط زن را به دقت کنترل کنید. موارد شامل:

- دمای بدن
- نبض
- تنفس
- فشار خون
- خون از دست رفته / لوشیا شامل مقدار (آیا لخته، پرده یا بافت بوده است)، بو، غلظت، وجود چرک
- شرایط عمومی شامل (رنگ، سطح هوشیاری، تهوع، استفراغ)
- جذب مایع و برون‌ده ادراری
- درد، توجه به محل و شدت آن
- گزارشات را به دقت ثبت کنید.

مراقبت مامایی خوبی را فراهم سازید که شامل:

- راحتی فیزیکی و بهداشتی
- حمایت روحی
- انجام دستورالعمل پزشکی
- گزارش هرگونه تغییر به پزشک

هر سوالی دارند بپرسند

خلاصه کنید

اطلاعاتی درباره پیشگیری از عفونت

پروسیجرهای پیشگیری از عفونت برای اداره هر گونه مشکل در بارداری و زایمان امری مهم تلقی می‌شوند. با این وجود، اگر این بخش شامل مطالب ذکر شده است که اخیراً در مدل تکنیکی قبلی آورده شده بود، لذا فقط مرور اطلاعات در اینجا مورد نیاز خواهد بود.

زنان چه با خونریزی اولیه و چه از نوع ثانویه پس از زایمان، در معرض خطر زیادی قرار دارند، زیرا نه تنها بر روی آن‌ها مداخلات زیادی انجام می‌گیرد بلکه از دست دادن خون و آنمی نیز به عوامل خطر آن‌ها، اضافه می‌گردد. 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 تخته سیاه بنویسید که بایستی شامل موارد زیر باشد:

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

به دانشجویان یادآوری نمایید که "احتیاط‌های کلی" بر این فرض استوار است که تمامی خون‌ها صرف نظر 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

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

دست‌ها را باید در زمان‌های ذکر شده‌ی زیر شست:

قبل از معاینه‌ی فیزیکی یا لگنی یا سایر پروسیجرها

قبل از پوشیدن دستکش‌ها

بعد از دست زدن به وسایل 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 پروسیجرهای 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 به جا می‌مانند می‌توانند عفونت‌های منتقل شونده از طریق خون را به بیماران و کارکنان منتقل نمایند. برای کاهش خطر انتقال عفونت، وسایل و سطوح باید به خوبی ضدعفونی شوند.

فرآیندی که برای تمیز نمودن سطوح و وسایلی که مورد استفاده‌ی مجدد قرار می‌گیرند بستگی به این دارد که آن‌ها با چه چیزی در تماس بودند، یا با چه چیزی در تماس خواهند بود. وسایل آلوده به خون یا سایر مایعات بدن باید همیشه بلافاصله پس از استفاده با محلول کلرین ۰.۵ درصد ضدعفونی شوند. ضدعفونی کردن با از بین بردن بسیاری از پاتوژن‌ها، وسایل و سطوح را قبل از شستشوی اصلی بی‌خطر می‌کند و تمیز نمودن وسایل را آسان می‌کند.

وسایل و دستکش‌های استفاده شده بلافاصله پس از استفاده باید به مدت ۱۰ دقیقه در محلول کلرین ۰.۵ درصد قرار 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 آن چه که هنگام استفاده با آن در تماس خواهند بود.

تمیز کردن

بعد از ضدعفونی کردن، تمام وسایل را باید با آب گرم (نه داغ) و مایع پاک کننده شست. زمانی که ضدعفونی سطح بالا انجام خواهد شد، شستشو با آب آخرین شانس برای از بین بردن اسپور باکتری‌ها می‌باشد که با ضدعفونی سطح بالا از بین نمی‌روند.

آب گرم و مایع پاک کننده برای تمیز کردن پیشنهاد شده است. چون آب داغ باعث انعقاد پروتئین شده و پاک کردن آن را مشکل می‌کند. مایع پاک کننده 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 اسپیکلوم، 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 پاک کننده برای شستشوی معمولی کف، تختخواب‌ها، دستسویی‌ها، دیوارها و ملافه‌های نایلونی به کار می‌رود. تمامی پارچه‌های کتانی آلوده تا حد امکان باید در محل مراقبت از بیمار کمتر جا به جا شوند. پارچه‌های کتانی آلوده با خون و سایر مایعات بدن باید در کیسه‌های ضدنشست جا به جا 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، ضد عفونی سطح بالا تنها جایگزین مورد قبول می‌باشد. وسایل موجود در این گروه شامل کانولا، کورت‌ها، دیلاتورها، سرسوزن‌ها، سرنگ‌ها و فورسپس‌ها می‌باشند.

روش‌های استریلیزه کردن و ضد عفونی سطح بالا شامل موارد ذیل است:

- اتوکلاو (بخار تحت فشار)
- استریل کردن با گاز (استفاده از اکسید اتیلن)
- جوشاندن
- غوطه ور کردن در ضد عفونی کننده‌های شیمیایی سطح بالا

روش مناسب استریل کردن و ضد عفونی 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 امکان پذیر نباشد، جوشاندن، ساده‌ترین و قابل اعتمادترین روش برای غیرفعال نمودن اکثر میکروب‌های بیماری‌زا مثل ویروس هپاتیت B و HIV می‌باشد.

ضد عفونی سطح بالا با غوطه ور کردن وسایل در محلول سفید کننده‌ی هیپوکلریت [۵ دقیقه تماس در دمای ۲۵-۲۰ درجه‌ی سانتی‌گراد با بافر هیپوکلریت (pH=7-8) در غلظت 500ppm کلرین در دسترس]، یا گلو تار آلدئید تازه [۵ ساعت تماس در دمای ۲۵-۲۰ درجه‌ی سانتی‌گراد با آلکالین فعال ۲٪ (pH=7.5-۹)]. ضد عفونی 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 ضد عفونی سطح بالا ایجاد نمی‌کند. وسایل باید بعد از ضد عفونی در آب استریل آبکشی شوند.

ضد عفونی حد واسط

اگر ضد عفونی سطح بالا ممکن نباشد، برای وسایلی که با خون یا بافت زیر جلدی 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 حد واسط کرد. هر دو این محلول‌ها به وسیله‌ی مواد ارگانیک غیرفعال می‌شوند، بنابراین در صورت کدر شدن 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/ ضد عفونی سطح بالای وسایل باید آن‌ها را بطور مناسب نگهداری نمود. وسایلی (مثل کانولا) 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 بسته بندی 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 جا به جا نمودن وسایل حفظ شود. ظرف استریل باید تاریخ دار 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 نوک تیز آلوده است. اکثر زخم‌های ایجاد شده با وسایل نوک تیز که حاوی ویروس HIV هستند، زخم‌های عمیق ایجاد شده با سرسوزن‌های توخالی هستند. چنین زخم‌هایی 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 زباله سوز باید دستکش‌های کار ضخیم پوشید.

دور ریختن زباله‌ها

زباله‌های جامد یکبار مصرف مثل گاز و پنبه، زباله‌های آزمایشگاهی و پاتولوژی باید در ظروف ضد نشت یا کیسه‌های پلاستیکی مشخص شده گذاشته شده و سپس در چاله‌ای به عمق ۷ فوت و حداقل ۳۰ فیت دور از منبع آب سوزانده یا دفن شوند.

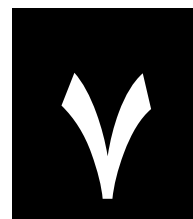
مواد زاید مایع مثل خون، بافت و ترشحات بدن باید با دقت به کانالی که به سیستم فاضلاب مرتبط است یا به چاه دستشویی ریخته شوند.

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

هر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه نمایید.

یادگیری مهارت‌های بالینی



جلسه ۷

یادگیری مهارت‌های بالینی

هدف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان جهت کسب صلاحیت و قابلیت اعتماد در استفاده از مهارت‌های بالینی که جهت اداره خونریزی پس از زایمان ضروری هستند.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۷ دانشجویان قادر خواهند بود:

- شناسایی عواملی که در تمرین، زن را در معرض افزایش خطر خونریزی پس از زایمان قرار می‌دهند. شرح این که عامل خطر چیست و چگونه باید آن را کاهش داد.
- اداره خونریزی مرحله سوم زایمان، شناسایی علایم مشکلات و واکنش نسبت به آن‌ها
- انجام معاینه جفت و پرده‌ها، شناسایی ناهنجاری‌ها. تخمین میزان خون از دست رفته و ثبت دقیق مواردی که در طول مرحله سوم زایمان انجام شده است.
- دلایل سوندگذاری داخل مثانه در لیبر را بیان کرده و شرح دهند که چگونه این عمل می‌تواند سبب پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان گردد.
- تکنیک سوندگذاری را با تأکید بر اهمیت رعایت تکنیک آسپتیک با رعایت آرام بودن در عمل و حساس بودن در رویکرد نشان دهند.
- مشاهداتی را که بایستی به منظور بررسی شرایط زن در اداره خونریزی پس از زایمان ثبت شوند و نیز تفسیر اهمیت این مطالب را اجرا نمایند.
- ماساژ رحمی که می‌تواند سبب بهبود انقباض رحم شود، را نشان داده و اندیکاسیون‌ها و دلایل انجام این عمل را شرح دهند.
- نحوه خونگیری جهت دستیابی به خون برای آنالیز آزمایشگاهی را نشان داده و فرم‌های درخواست لازم را تکمیل نمایند.
- گام‌هایی را شرح دهند که برای حفاظت از کارکنان و بیماران در پیشگیری از عفونت و مخصوصاً مایعات بدن لازم است.
- یک مسیر وریدی برقرار کرده و اندیکاسیون‌های انجام آن را شرح دهند. احتیاطاتی را که بایستی در نظر گرفته شده و مستنداتی که باید نگهداری شوند را نیز شرح دهند.
- مایعات داخل وریدی که می‌توانند به منظور جایگزینی مایعات از دست رفته در گردش خون بدنال خونریزی پس از زایمان شوند را شناسایی کرده و در مورد هر کدام بحث کنند.
- در مورد اندیکاسیون‌های ترانسفوزیون خون بحث کرده و مراقبت‌هایی را ذکر نمایند که در حین تزریق بایستی به دقت پایش شوند.
- در مورد استفاده از فشار دودستی در کنترل خونریزی پس از زایمان آتونیک بحث کرده و تکنیک استفاده از آن را با استفاده از یک کمک آموزشی و در صورت مناسب بودن در یک تمرین بالینی نشان دهند.
- تکنیک فشار دستی بر آئورت را نشان دهند.
- اصول عمومی تمرین ایمن در رابطه با ترمیم پرینه بدنال زایمان را نشان دهند.
- توانایی ترمیم پارگی پرینه بدنال تروما را نشان دهد.

- پروسیجرهای اپی‌زیاتومی و ترمیم آن را نمایش دهند.
- نسخه، دستورات، نگاهداری و تجویز داروها را توضیح داده و توانایی تجویز داروهای مورد نیاز را نشان دهند.
- توانایی نگاهداری مستندات را نشان دهند.

طرح درسی

سخنرانی (۲ ساعت)

تدریس بالینی (۲ ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان بسته به مهارت، بطوری که زمان کاملاً مناسبی برای ارزیابی شایستگی فراگیر در هر مهارت، فراهم شود).

منابع

اداره مشکلات در بارداری و زایمان: راهنمایی برای ماماها و پزشکان، ژنو، سازمان بهداشت جهانی،

۲۰۰۳ (WHO/RHR/00.7).

نشان دادن وسایل در صورت نیاز

چک لیست مهارت‌ها

مهارت‌های بالینی ذکر شده در این بخش جزء مهم و حیاتی مدل را تشکیل می‌دهد. در تدریس این مهارت‌ها ممکن است شما همکاری سایر مربیان مامایی یا ماماها یا بالین‌کار یا دست‌اندرکار پزشکی را بطلبید. در موقع یادگیری این مهارت‌ها، دانشجویان بایستی تحت نظارت آماده شوند.

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 آن-ها 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. مثالی از چک‌لیست مهارت‌ها در انتهای فصل ۱ وجود دارد، اما ممکن است شما بخواهید خودتان چک‌لیست طراحی کرده یا چک‌لیست را با محل مورد استفاده تطبیق داده و/ به روز نمایید.

این مهارت‌ها، "شناسایی عوامل خطر"، "اداره‌ی مرحله سوم زایمان" و "معاینه جفت و پرده‌ها" که در فصل ۲ و ۱ تدریس شده‌اند، در اینجا در قسمت اداره‌ی خونریزی پس از زایمان باید مرور شوند.

به دانشجویان یادآوری کنید که تمرین پیشگیری از عفونت در مورد اداره‌ی خونریزی اولیه و ثانویه پس از زایمان که قبلاً توضیح داده شده است (فصل ۶) به مهارت‌های این فصل نیز قابل تعمیم هستند.

مهارت: تشخیص عواملی که زن را در معرض افزایش خطر خونریزی پس از زایمان قرار می‌دهد

روش آموزشی: معاینات بالینی زنی در مرحله پس از زایمان برای یک گروه کوچک. قبل از رفتن به بالین، جلسه ۳ را با دانشجویان مرور کنید.

محتوای آموزشی:

۱. دانشجویان را به گروه‌های ۲ تا ۳ نفره تقسیم کنید.
۲. آن‌ها را به بالین ببرید که می‌تواند شامل موارد زیر باشد:
 - درمانگاه قبل از زایمان
 - بخش قبل از زایمان
 - بخش زایمان

۳. دستورالعمل‌های زیر را در اختیار آن‌ها قرار دهید:

الف. زنی را که هنوز زایمان نکرده انتخاب نمایند.

ب. کسب اجازه نمایند از

– نرس / مامای مسئول مراقبت

– از خود زن و

– اقوام زن (در صورت امکان)

ج. تاریخچه پزشکی ثبت شده زن را در پرونده مطالعه کنند.

د. با زن درباره به روز کردن جزئیات موجود در پرونده صحبت کنند.

ه. بر روی زن یک معاینه بالینی کامل انجام دهند.

و. عواملی را شناسایی کنند که زن را در معرض خطر بیشتری برای خونریزی پس از زایمان قرار می‌دهند.

۴. در کنار تخت، یافته‌های دانشجویان را کنترل کنید.

این تمرین به دانشجویان کمک می‌کند تا عوامل پیشگویی کننده خطر خونریزی پس از زایمان را در حاملگی فعلی و عواملی

که در حاملگی فعلی در حال افزایش هستند را شناسایی کنند (جدول ۴)

بعضی وقت‌ها علائم خطر با اخذ تاریخچه دقیق و معاینه فیزیکی قابل تشخیص هستند. این عوامل از این نظر مهم هستند که نشان می‌دهند کدام زن در معرض خطر بیشتری برای خونریزی پس از زایمان قرار دارد و به این ترتیب عملکرد مناسبی اتخاذ می‌گردد تا اطمینان حاصل گردد که در صورت بروز خونریزی، زایمان در یک مرکز تسهیلات با قابلیت اداره‌ی خونریزی پس از زایمان صورت گیرد.

متأسفانه، ارزش پیشگویی بعضی از عوامل پیش از بارداری، کم است، بخصوص عواملی که خیلی رایج هستند مانند پاریته بالا. فقط تعداد کمی از زنانی که خونریزی پس از زایمان دارند، در زمان بارداری عوامل خطر قابل تشخیص داشته‌اند. در اکثر موارد عامل خطر قابل تشخیص وجود ندارد و زن ممکن است خونریزی زیاد نیز داشته باشد.

عاملی که بنظر می‌رسد بطور ویژه در تشخیص زنی که احتمال خونریزی پس از زایمان دارند، مفید باشد، داشتن سابقه جفت احتباس یافته یا سابقه خونریزی پس از زایمان در زایمان قبلی باشد.

همچنین شناسایی عوامل خطری که احتمال خونریزی پس از زایمان را زیاد نمی‌کند ولی آن‌را بسیار خطرناک می‌سازند، حائز اهمیت است. چنین عواملی شامل شرایطی مثل عفونت رحمی (کورویوآمیونیت) و کم‌خونی می‌باشند.

دانشجویان باید عواملی را تشخیص دهند که زن را در معرض افزایش خطر خونریزی پس از زایمان قرار می‌دهند یا عواملی را که خونریزی پس از زایمان را بیشتر خطرناک‌تر می‌کنند.

جدول ۴: عواملی که زن را معرض افزایش خطر خونریزی پس از زایمان قرار می دهند

قبل از شروع بارداری فعلی وجود داشته است	در طی بارداری فعلی رخ داده است	در طی زایمان رخ داده است
پاریتی بالا (+۵)	جفت سرراهی	زایمان القا شده
	دکولمان جفت	زایمان طول کشیده / متوقف شده
فیبروتید	پلی هیدرآمیوس	زایمان سریع
سابقه جفت احتباس یافته، سابقه خونریزی پس از زایمان	حاملگی چندقلویی	زایمان با فورسپس
جراحی قبلی بر روی رحم شامل سزارین در حاملگی قبلی	مرگ داخل رحمی	سزارین
سابقه زایمان طول کشیده / متوقف شده	اکلامپسی	بی‌هوشی عمومی / بی‌حسی اپی‌دورال کوریوآمیونیت
اختلالات طبی مثل ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک	استفاده از داروهای توکولیتیک در بارداری برای جلوگیری از زایمان زودرس	وارونه شدن رحم
کم‌خونی	هر شرایطی که با کم‌خونی مرتبط باشد مثل مالاریا، کرم‌های قلابدار	کواگولوپاتی (نقص در تشکیل لخته)

برای کنترل آنچه دانشجویان یاد گرفته‌اند از آن‌ها سوال کنید که چرا هر عاملی شانس بروز خونریزی پس از زایمان را افزایش می‌دهد.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجویان قادر به شناسایی عوامل خطر می‌باشد؟
 - از مستندات ثبت شده؟
 - از تاریخچه‌ای که خودش از بیمار گرفته است
 - از معاینات بالینی
۲. آیا دانشجویان می‌توانند توضیح دهند که چرا خطر وجود دارد؟

۳. آیا دانشجوی می‌داند به منظور اطمینان از اجتناب از خطر و یا کاهش آن، چه باید بکند؟

مهارت: اداره مرحله سوم زایمان

روش آموزشی:

بدیهی است که این مهارت در طی مراقبت واقعی از زن در مرحله سوم زایمان انجام می‌گیرد. فرض بر این است که دانشجوی قبلاً مراقبت از زن را در مرحله اول و دوم انجام داده است. ضرورت دارد که اداره مرحله سوم فعال باشد، زیرا این روش بعثت از دست دادن خون کمتر و مرحله سوم کوتاه‌تر ترجیح داده می‌شود.

محتوای آموزشی:

از چک لیست معرفی شده در اداره مرحله سوم در جلسه ۱ بعنوان راهنمایی برای تدریس و ارزیابی دانشجویان استفاده کنید.

ارزیابی صلاحیت:

به منظور تایید صلاحیت یک دانشجوی، پاسخ به این سوالات باید مثبت باشد.

۱. آیا دانشجوی توانایی‌اش را برای تکمیل وظایف لیست شده در چک لیست الف و ب در انتهای جلسه ۱ را نشان می‌دهد؟

۲. آیا دانشجوی این وظایف را بطور کامل انجام می‌دهد؟

- با مهارت؟

- به آرامی؟

- با سرعت مناسب؟

۳. آیا دانشجوی مشکلات را پیش‌بینی کرده و گام‌هایی برای کاهش دادن آن‌ها برمی‌دارد؟

مهارت: معاینه جفت و پرده‌ها و تخمین خون از دست رفته

روش آموزشی و محتوای آموزشی

معاینه جفت در جلسه ۱ (شکل ۱۰۱۷) نشان داده شده است. در صورتی که دانشجویان به طور منظم در اداره لیبر تجربه کسب کنند هم‌اکنون باید با این مهارت پایه بسیار آشنا باشند.

تخمین خون از دست رفته در جلسه ۲ مورد بحث قرار گرفته است.

زمان مناسب این ارزیابی بلافاصله پس از "اداره مرحله سوم لیبر" است.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تایید صلاحیت یک دانشجوی، پاسخ به این سوالات باید مثبت باشد.

۱. آیا دانشجوی معاینه را بطور صحیح و سیستماتیک انجام می‌دهد؟

۲. آیا دانشجوی می‌داند که چگونه ناهنجاری‌ها را تشخیص دهد؟

۳. آیا دانشجوی می‌داند مهم‌ترین قسمت‌های معاینه چه هستند؟

۴. آیا دانشجوی می‌تواند توضیح دهد که چرا معاینه مهم است؟

۵. آیا دانشجوی مقدار خون از دست داده شده را به درستی تخمین می‌زند؟

۶. آیا گزارشات دانشجوی بدرستی، مشاهداتش را منعکس می‌کند؟

مهارت: سوندگذاری ادراری

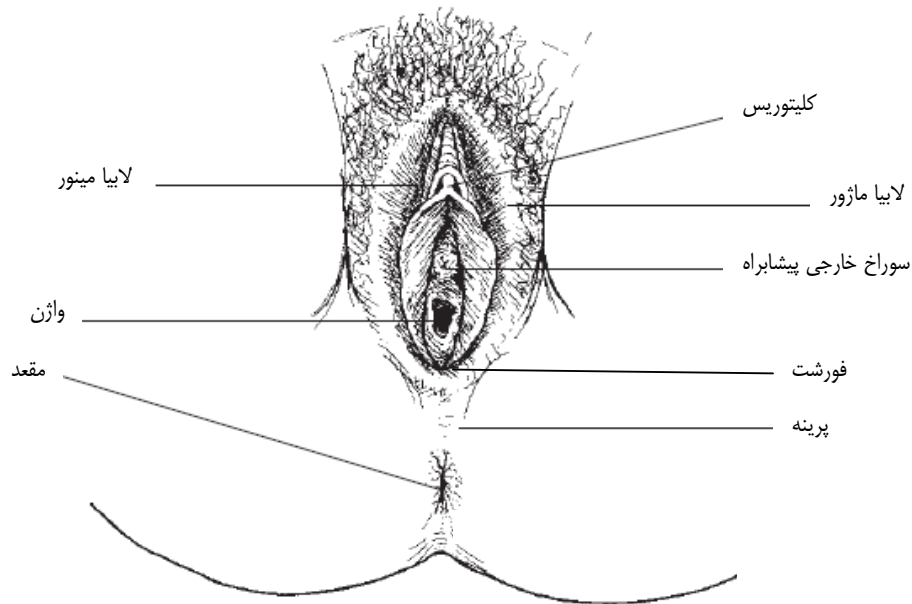
روش آموزشی:

این کار بطور واضح بایستی در طی مراقبت اصلی زن انجام شود. لذا اگر فرصت مناسب دیگری وجود دارد، لازم نیست که آموزش و ارزیابی در طول مرحله سوم لیبر اتفاق بیافتد.

باید تاکید شود که زن نباید هرگز به منظور آموزش یا ارزیابی تحت سوندگذاری قرار بگیرد. سوندگذاری بایستی تنها در صورت وجود اندیکاسیون‌های بالینی مورد نیاز بیمار انجام شود.

محتوای آموزشی:

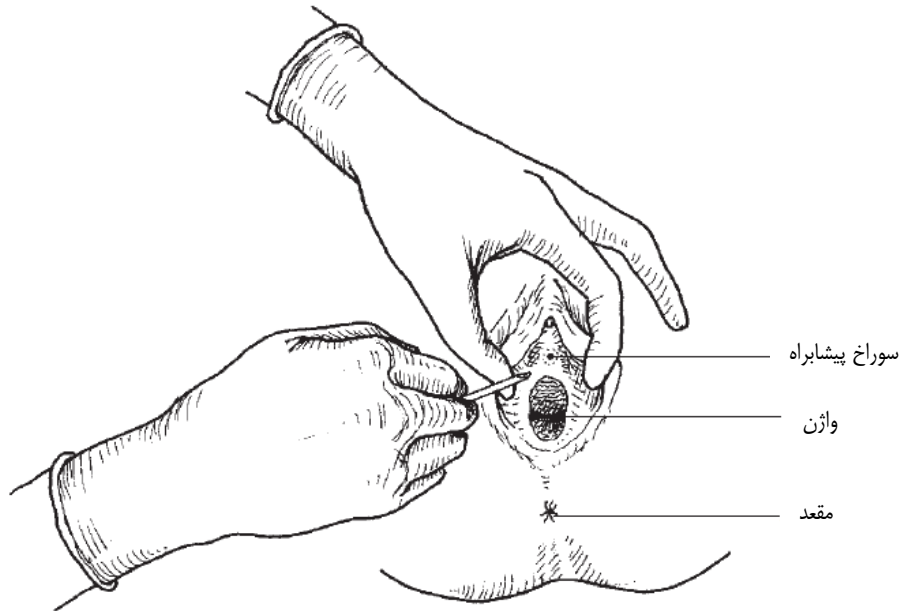
لندمارک‌های آناتومیکی: اگر شما احساس می‌کنید دانشجویان نیاز دوباره به آشنایی با لندمارک‌های اندام تناسلی خارجی زن دارند از شکل ۷.۱ استفاده کنید.



شکل ۷.۱. اندام تناسلی خارجی زن

مراحل انجام کار:

ناحیه تناسلی را با آب تمیز شستشو دهید. دست‌ها را شسته و اسکراب نمایید. دستکش استریل بپوشید. لایبیا را با انگشتان دست چپ جدا کنید. کاتتر را با دست راست به داخل سوراخ ادراری وارد کنید (شکل ۷.۲). اگر هنگام وارد کردن کاتتر با مشکل مواجه شدید، انگشت اشاره دارای دستکش استریل دست چپ را باید در داخل واژن قرار داده و در امتداد دیواره قدامی واژن قرار دهید. به این ترتیب نوک کاتتر می‌تواند احساس شود و اگر به موازات انگشت در واژن قرار داده‌اید، آن را هدایت کنید. کاتتر بدون وارد کردن آسیب به مجرای ادراری، وارد مثانه خواهد شد.



شکل ۷.۲. سوندگذاری ادراری. لایبیا را جدا کنید. کاتتر را به داخل سوراخ مجرای ادراری وارد کنید.

به نیازهای زیر تاکید کنید:

- تکنیک آسپتیک برای جلوگیری از عفونت
- دقت و مهارت در روش اجرا
- ملایمت در انجام روش برای جلوگیری از آسیب به مجرای ادرار
- رویکرد حساس
- مثانه خالی در لیبر، بخصوص در رابطه با پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان
- توضیح روشنی به زن از آنچه در حال انجام است، بدهید.

عوارض:

از آنجا که باکتری‌ها به طور معمول در قسمت بیرونی مجرای خروج مثانه یافت می‌شوند، کاتتریزاسیون ممکن است باکتری‌ها را به داخل مثانه وارد کند. جایی که در آن موجودات زنده شرایط ایده‌آل برای تکثیر را پیدا می‌کنند، بویژه در طول دوره نفاس (مثانه

در اثر زایمان و تخلیه ناقص ادرار و یا باقی ماندن ادرار صدمه می‌بیند) بنابراین سوندگذاری می‌تواند سبب عفونت دستگاه ادراری از جمله پیلونفریت شود، بخصوص در صورتی که کاتتر برای ساعت‌های زیادی در مثانه باقی بماند.

اندیکاسیون‌های سوندگذاری:

موارد سوندگذاری ادراری تنها زمانی بایستی انجام شود که کاملاً ضروری است. زیرا خطر ابتلا به عفونت همراه، وجود دارد. به محض اینکه دیگر نیازی نباشد، سوند باید درآورده شود.

سوندگذاری ادراری هنگامی انجام می‌شود که خالی نگه داشتن مثانه مهم بوده و زن خودش قادر به انجام این کار نیست:

- در طی مراحل اول و دوم لیبر، مثانه پر ممکن است باعث تاخیردر نزول سر، انقباضات ضعیف رحمی، و در نتیجه آسیب به مجاری ادراری در مرحله سوم لیبر شود
- در طی مرحله سوم لیبر، یک مثانه پر ممکن است از جدا شدن مناسب جفت جلوگیری کرده، با توانایی انقباضات رحمی مداخله کند و منجر به خونریزی پس از زایمان شود
- در طی اداره خونریزی پس از زایمان ناشی از آتونی، مثانه باید خالی شده و خالی نگه داشته شود. در این مورد کاتتر ممکن است در جای خود باقی گذاشته شود
- قبل از انجام دستکاری جراحی واژن (بعنوان مثال فورسپس، کشش با واکيوم و سمفیزوتومی)، مثانه به منظور کاهش خطر آسیب باید تخلیه شود
- در اداره اکلامپسی نظارت بر دفع ادرار مهم است که در این صورت یک سوند فولی باید تعبیه شود.

بررسی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر به توجیه است که چرا سوندگذاری برای این زن لازم است؟

۲. آیا دانشجو روش سوندگذاری را ماهرانه انجام می‌دهد یا توجه به:

- روش آسپتیک؟

- دقت در محل دهانه پیشابراه؟

- ملایمت؟

- حساسیت به نیازهای زن؟

۳. آیا دانشجو تخلیه مثانه را به اندازه کافی انجام داده و توضیح می‌دهد که چرا او تصمیم دارد که کاتتر را بردارد و یا در جای

خود باقی بگذارد؟

۴. آیا دانشجو ادرار را اندازه‌گیری و آزمایش می‌کند و اهمیت یافته‌های خود را توضیح می‌دهد؟

مهارت: گرفتن و ثبت مشاهدات

روش آموزشی

گروه‌های کوچک در بالین.

محتوای آموزشی:

۱. دانشجویان را به گروه‌های دو یا سه نفره تقسیم کنید.
 ۲. آن‌ها را به بالین بفرستید. این محیط می‌تواند:
 - درمانگاه قبل از زایمان
 - بخش قبل از زایمان، یا
 - بخش پس از زایمان باشد.
 ۳. مشاهدات ذکر شده در صفحه بعدی را نشان دهد.
 ۴. دانشجویان می‌توانند برخی از مشاهدات را بر روی هم‌دیگر قبل از انجام این کار بر روی مددجویان تمرین کنند.
 ۵. مشاهدات را برای آزمایش صحت آن چک کنید.
 - ع. از دانشجویان بپرسید که به شما:
 - محدوده نرمال در خواندن یا مشاهده مورد انتظار
 - اهمیت خواندن‌های غیرطبیعی در متن مربوط به خونریزی پس از زایمان را بیان کنند.
- توجه: اگر دانشجویان، در حال حاضر، پرستاران آموزش دیده‌اند، آن‌ها قادر به انجام برخی از مشاهدات خواهند بود. اما نیاز به یادگیری در مورد اهمیت آن‌ها در مراقبت مامایی در طول مرحله سوم لیبر خواهد بود.
- این همیشه خوب است که آموزش و ارزیابی بافرایند طبیعی مراقبت‌دهی صورت گیرد، نه با ایجاد وضعیت مصنوعی.
- مدتی را صرف نگاه کردن به نمودارهایی که توسط ماماها نگهداری می‌شوند، اختصاص دهید.
- از دانشجویان بخواهید مشاهدات خود را بر روی نمودارهای مناسب ثبت کنند و آن‌ها را چک کنید. آن‌ها همچنین باید اهمیت یافته‌های خود و این‌که به دنبال چه مسائلی هستند را بیان کنند. این‌ها باید شامل موارد زیر باشد:
- **دما:** افزایش دما ممکن است وجود عفونت را نشان دهد.
 - **نبض:** افزایش نبض یکی از نشانه‌های خونریزی است نبض ضعیف و سریع نشانه شوک ناشی از دست دادن خون است.
 - **تنفس:** تنفس در شوک در ابتدا کم عمق و سریع است و بعد از آن عمیق و نامنظم می‌شود.
 - **فشار خون:** در مراحل اولیه شوک فشار سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه است و در شوک بسیار شدید غیر قابل گزارش می‌شود.
 - **وضعیت عمومی:**
 - رنگ: در موارد شوک رنگ پریده و یا خاکستری
 - سطح هوشیاری: (این کار را می‌توان با صحبت کردن با زن و گوش دادن به پاسخ‌های او ارزیابی کرد). این یک نشانه سریع از این واقعیت است که او هوشیار است.
 - قوام رحم، که آیا نرم و متسع، و یا سفت و به خوبی منقبض شده است، به راحتی می‌تواند با همکاری مادر تازه زایمان کرده تشخیص داده شود. در این زمان مهارت بعدی "ماساژ رحم برای خروج لخته‌ها"، اگر وضعیت زن به این عمل نیاز داشته باشد، را می‌توان نشان داد و ارزیابی کرد.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو می‌تواند با دقت مشاهدات را انجام دهد؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند با دقت مشاهدات را ثبت کند؟
۳. آیا مستندات دانشجو کامل است؟
۴. آیا دانشجو می‌داند که چه چیزی نرمال است / محدوده نرمال برای هر مشاهده را می‌داند؟
۵. آیا دانشجو می‌تواند اهمیت مشاهدات انجام شده را توضیح دهد؟
۶. آیا دانشجو می‌تواند توضیح روشنی از آنچه غیرطبیعی است و این که آن‌ها چه مشکلاتی را در مرحله سوم لیبر نشان می‌دهند، را ارائه دهد؟
۷. آیا دانشجو می‌تواند بیان کند که زمانی که زنی در حال خونریزی بعد از زایمان است، چطور به طور منظم و چه مشاهداتی باید مورد استفاده قرار گیرد؟

مهارت: ماساژ رحم و خروج لخته‌ها

روش آموزشی

و محتوای آموزشی

این روش در طول مراقبت به بهترین شکل یاد گرفته می‌شود.

۱. دانشجویان را به گروه‌های دو یا سه نفره تقسیم کنید.
۲. آنها را به بالین زنان تازه زایمان کرده که نیاز به مشاهده و مراقبت دارند ببرید.
۳. نشان دهید که چگونه رحم باید به آرامی اما محکم برای خروج لخته‌ها ماساژ داده شود.
۴. اطمینان حاصل کنید که دانشجویان از روی تجربه می‌دانند که حس یک رحم به خوبی منقبض شده شبیه چیست.
۵. دانشجویان را به لمس آرام رحم زن بلافاصله پس از زایمان جفت و با توجه به موقعیت و سفتی آن ترغیب کنید.
۶. به دانشجویان در مورد آشنایی با حس رحم خوب منقبض شده نرمال و همچنین با رحم بزرگ، نرم یا انقباض ضعیف بلافاصله بعد از زایمان کمک کنید.
۷. دانشجویان را در مورد لمس آرام رحم زن بعد از زایمان تعلیم دهید، زمانی که مثانه‌اش پر است و بعد از آن دوباره زمانی که مثانه‌اش خالی است. آن‌ها باید به هرگونه تغییر در موقعیت رحم و نیز تغییر در ارتفاع رحم توجه داشته باشند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو با مهارت و به آرامی قادر به ماساژ رحم و خارج کردن لخته‌ها هست؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند اهمیت ماساژ رحم را توضیح دهد؟

۳. آیا دانشجو می‌تواند رحمی را که به خوبی منقبض شده و رحمی که به خوبی منقبض نشده را تشخیص داده و در مورد دلایل احتمالی آن به درستی بحث کند؟

مهارت: گرفتن نمونه خون برای تجزیه و تحلیل

روش آموزشی:

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 ۷.۳) باشند.

به دانشجویان برای تشخیص این رگ‌ها بر روی بازوی خودشان کمک کنید این کار زمانی آسان‌تر خواهد بود که فشار بر قسمت بالای بازو به کار برده شود یا از یک تورنیکت استفاده گردد (شکل ۷.۴).

قبل از تلاش برای انجام کار و یا رگ‌گیری جهت انفوزیون داخل وریدی (IVI) در اورژانس در ابتدا بهتر است که به دانشجویان کمک شود تا نمونه خون از زنان سالم گرفته شود.

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 کراس مچ باشد.

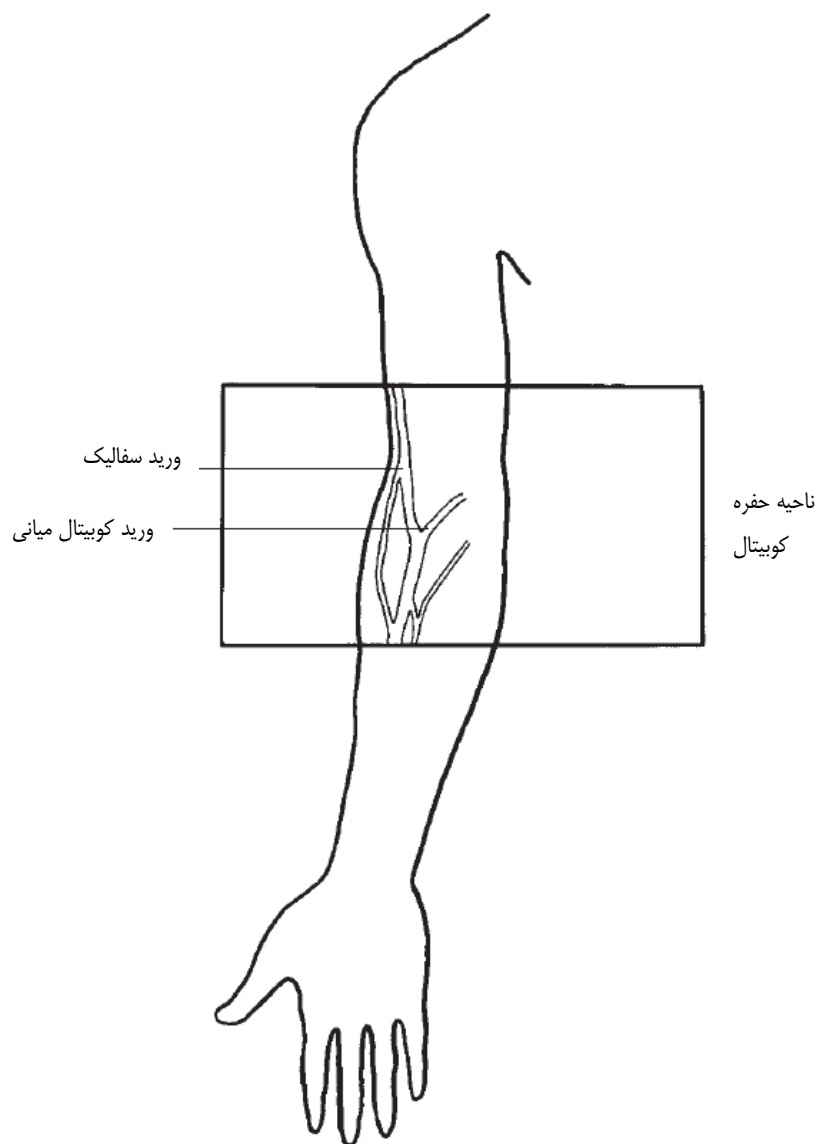
همچنین دانشجویان باید در مورد لوله‌های آزمایش ضروری برای انتقال خون به آزمایشگاه و فرم‌های درخواست و چگونگی پر کردن آن‌ها آموزش ببینند. بر اهمیت دقیق و خوانا بودن برچسب لوله تأکید کنید.

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

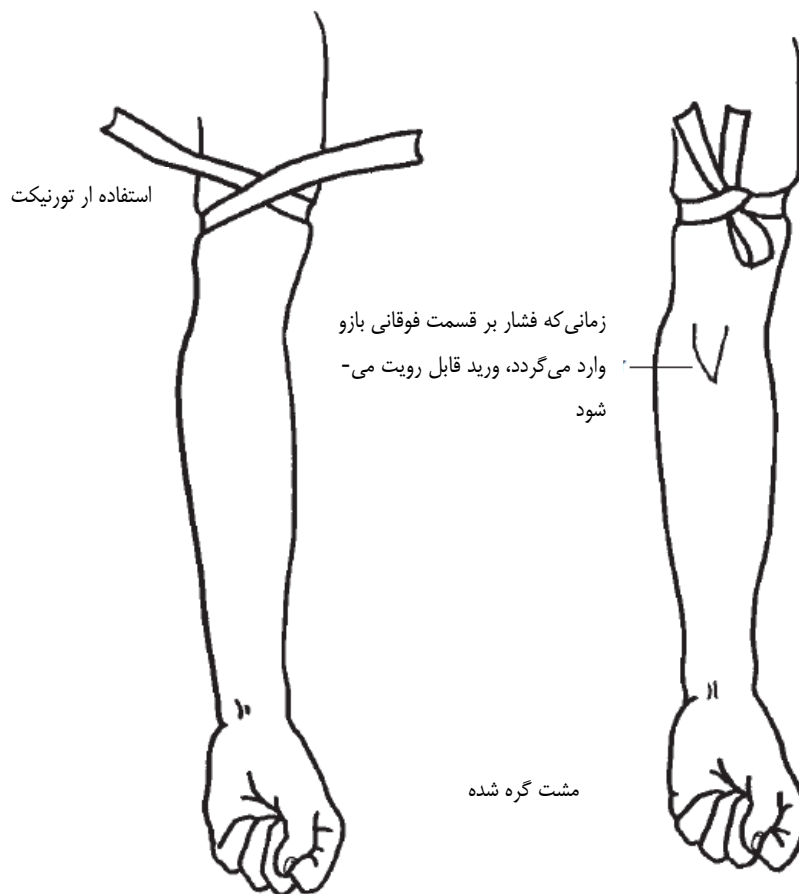
عاقلاًنه است که با کارکنان آزمایشگاه در مورد این روش مشورت بشود و دوباره برخی از آموزش‌های عملی و مشاهدات توسط آن‌ها توضیح داده شود.

همچنین شما بایستی روش روتین بخش یا سیاست‌های موجود را به عنوان مرجع در نظر بگیرید.

در نهایت، دانشجویان باید در مورد ضرورت حفاظت از خودشان و دستیاران در برابر بیماری‌های عفونی تصادفی ایجاد شده توسط خون بخصوص HIV، در هنگام نمونه گرفتن یا کار با نمونه خون تذکر داده شوند.



شکل ۷.۳: وریدهای مهم حفره کوبیتال (بازوی راست)



شکل ۷.۴: استفاده از تورنیکت برای پیدا کردن ورید

محتوای آموزشی:

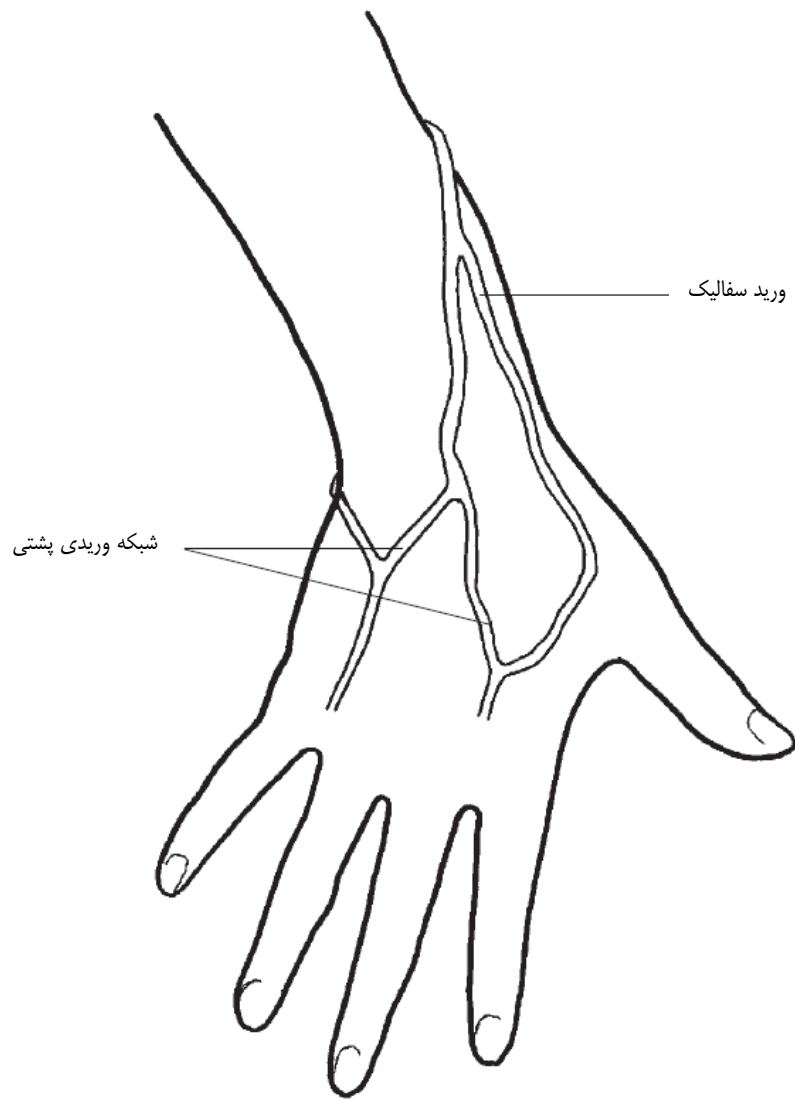
- تدریس باید نکات زیر را پوشش دهد:
۱. درک دلایل برای آزمایشات خونی خاص.
 ۲. اهمیت گرفتن نمونه خون برای تعیین گروه‌های خونی / کراس میچ، زمان برقراری مسیر انفوزیون وریدی
 ۳. آماده کردن تمام تجهیزات، از جمله:
 - سرنگ، سوزن و لوله‌های آزمایش برای انتقال نمونه‌ها
 - تکمیل فرم‌های درخواست آزمایشگاهی به شکل درست و دقیق
 - تورنیکت یا دستیار برای فشردن بالای بازو.
 ۴. موقعیت 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 وسط عضله دوسربازو در سطح بالاتر از آرنج (همانطور که در شکل ۷.۴ نشان داده شده است)
- فشار درست برای فشردن عروق خونی و محدودکردن گردش خون بدون ایجاد فشار بیش از حد و آزار پوست.
- ۷. محل صحیح رگ‌گیری
- ۸. به کار بردن روش استریل: تمیز کردن محل با یک سواب تمیز، استفاده از سوزن استریل.
- ۹. احتیاطات در برابر صدمات: استفاده از دستکش در صورتی که زن در گروه پرخطر است، مثلاً آلوده با ویروس تضعیف کننده سیستم ایمنی (HIV)، هپاتیت.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر است یک نمونه خون را بدون ایجاد آسیب غیرضروری به دست آورد؟
۲. آیا تکنیک انجام شده توسط دانشجو به درستی و مطابق با اولویت‌هاست؟
۳. آیا دانشجو زن و خودش را و هر دستیاری را از عفونت حفاظت می‌کند؟
۴. آیا دانشجو لوله آزمایش مناسب را برای انتقال نمونه‌ها به آزمایشگاه انتخاب کرده و آن‌ها را بدون تاخیر با فرم‌های درخواست صحیح ارسال می‌کند؟
۵. آیا دانشجو آزمایشات گرفته شده را ثبت می‌کند؟
۶. آیا دانشجو محدودیت‌های مهارتش را تشخیص داده و در زمان نیاز، کمک درخواست می‌کند؟
۷. آیا دانشجو سرنگ‌ها و سرسوزن‌های استفاده شده را بصورت ایمن دور می‌اندازد؟



شکل ۷.۵: وریدهای مهم ساعد و پشت دست

مهارت: برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی

روشن آموزشی

دانشجویان باید با محل آناتومیکی وریدهای ساعد قابل استفاده برای انفوزیون داخل وریدی آشنا باشد. از گرفتن وریدهای نزدیک مفصل پرهیز کنید. ساعد و پشت دست، بهترین‌ها هستند (به شکل ۷.۵ نگاه کنید).

از دانشجویان بخواهید تا شبکه وریدی بازوی خود را ارزیابی کنند. اگر درحالی که دست اکستانسیون دارد به بالای بازو فشار اعمال شود با جمع شدن گردش خون، این کار راحت‌تر می‌شود (به شکل ۷.۴ نگاه کنید).

نشان دادن تکنیک الزامی است. از دانشجویان بخواهید در هنگام برقراری مسیر داخل وریدی، با فشار دادن بازو در قسمت فوقانی محل تزریق، شما را یاری کنند. با دقت آن چه را که انجام می‌دهید توضیح دهید. بهتر است به دانشجویان این مهارت را در وهله اول در وضعیت بالینی یاد بدهید که وضعیت اورژانسی نیست.

محتوای آموزشی

انتخاب مایع مناسب:

سالین نرمال یا رینگر لاکتات باید قبل از انتقال خون داده شود، چرا که این مایعات می‌توانند به سرعت داده شوند و همچنین برای اصلاح سریع حجم خون و فشار خون مفید هستند. در حالی که خون در حال کراس می‌شوند می‌توان آن‌ها را بدون تأخیر داد.

خون در موارد شوک شدید به دنبال خونریزی، به دنبال از دست دادن حجم زیادی از خون در طی زایمان از طریق جراحی، برای اصلاح نارسایی لخته شدن خون و برای درمان کم خونی شدید در اواخر حاملگی یا در صورت همراهی با نارسایی قلبی داده می‌شود. خون، و فرآورده‌های خونی چسبیده هستند و نمی‌توانند به سرعت انفوزه شوند.

آموزش باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. شناسایی کردن نیاز به تزریق داخل وریدی، وقتی مایع بدن به دلیل خونریزی، عفونت، کم آبی بدن یا شوک از دست رفته است.

۲. آماده کردن تجهیزات، شامل:

- لوله داخل وریدی استریل
- انتخاب یک سرسوزن بزرگ (شماره ۱۸) یا کانولا
- انتخاب مایع مناسب
- به جریان انداختن مایع مسیر داخل وریدی از طریق لوله برای اطمینان از این که هیچ هوایی در لوله وجود ندارد
- نوار چسب، قبلاً به صورت نوارهایی بریده شده باشند.
- پایه سرم یا گیره در دیوار
- تورنیکت پلاستیکی

- آتل همراه با بانداژ اگر زن بی‌قرار یا بیهوش است
- سواب تمیز برای تمیز کردن محل تزریق داخل وریدی
- دستکش.

۳. مطمئن شوید که زن (و بستگانش در صورت حضور) می‌داند که چرا به جاگذاری مسیر داخل وریدی نیاز دارد، و طرز کار را توضیح دهید. اطمینان حاصل کنید که او در یک پوزیشن راحت با بازوی اکستانسیون یافته است.

۴. محل صحیح تزریق: رگ‌ها معمولاً در پشت دست و ساعد راحت‌تر دیده می‌شوند. از وریدی که از روی مفصل عبور می‌کند استفاده نکنید، زیرا سوزنی که آنجا قرار بگیرد، با هربار حرکت مفصل، حرکت کرده و ممکن است بیرون بیاید.

۵. روش استریل: دست‌های خود را با آب و صابون بشویید، با استفاده از سواب تمیز محل تزریق را تمیز کنید (در صورتی که زن در گروه پرخطر است: HIV، هپاتیت؛ از دستکش برای محافظت خودتان استفاده کنید).

۶. اگر بعد از دو یا حداکثر سه تا تلاش ماما در قرار دادن مسیر داخل وریدی موفق نبود، باید یکی از همکاران با تجربه‌تر را صدا کند.

۷. در پایان برقراری راه داخل وریدی، آن را با نوار چسب محکم ثابت کنید. برای جلوگیری از حرکت نزدیکترین مفصل به رگ از آتل استفاده کنید.

۸. اگر زن در شوک است، ۱ لیتر از سالین یا رینگر لاکتات را در اسرع وقت تزریق کنید. ۱ لیتر در هر ۱۵ دقیقه تکرار کنید تا نشانه‌هایی از بهبودی مشاهده شود (یعنی نبض شروع به آهسته شدن کند، فشار خون شروع به بالا رفتن کند)، سپس ۱ لیتر هر 4-6 ساعت بدهید.

۹. نظارت بر تعادل مایعات، از دست دادن خون، نبض، فشار خون، تنفس و برون‌ده ادرار.

۱۰. با هدف:

- فشار خون حداقل ۱۰۰ میلی‌متر جیوه
- تعداد نبض زیر ۹۰ ضربه در دقیقه
- برون‌ده ادراری حداقل ۱۰۰ میلی‌لیتر در ۴ ساعت.

۱۱. عوارض انفوزیون داخل وریدی:

- مشکلات موضعی:

ترومبوفلیت (عفونت ورید) و تورم در محل تزریق (به علت نشست مایع به داخل بافت‌ها). اگر این مشکلات رخ دهد، سوزن باید خارج شود و انفوزیون داخل وریدی از رگ دیگری دوباره شروع شود.

- مشکلات عمومی:

سپتی سمی (عفونت خون): می‌توان با استفاده از سوزن‌ها، لوله و مایعات داخل وریدی استریل از این مشکل جلوگیری کرد.

اضافه بار گردش خون:

دادن بیش از حد مایعات داخل وریدی با سرعتی بیش از حد، می‌تواند باعث نارسایی قلب شود و ریه‌ها ممکن است توسط مایع پر شود. معمولاً هر ۴-۶ ساعت، ۱ لیتر داده می‌شود، اما در موارد شوک، مایعات به سرعت برای اصلاح شوک تزریق می‌شوند.

در این موارد زن باید به دقت از نظر گسترش مشکلات تنفسی و تورم صورت، به ویژه در اطراف چشم‌ها مراقبت شود. این‌ها ممکن است نشانه‌های مایع بیش از حد باشد. فشار خون و نبض باید هر ۱۵ دقیقه بررسی شود.

۱۲. برای تزریق مایع با سرعت مناسب، نکات زیر باید در نظر گرفته شود:

- مقدار مایعی که داده می‌شود.
- دوره زمانی که طی آن مایع داده می‌شود.
- نوع لوله و اندازه قطره آن. اندازه قطرات هر نوع لوله‌ای کمی تفاوت دارد. به عنوان مثال، برخی از لوله‌ها ۲۰ قطره در هر میلی‌لیتر، در حالی که نوع دیگری ممکن است فقط ۱۰ قطره در هر میلی‌لیتر داشته باشد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که چه میزان از قطرات در هر دقیقه باید به منظور دادن مقدار معینی از مایع طی یک دوره زمانی ثابت داده شود. برای استفاده از جدول، شما باید تعداد قطرات در هر میلی‌لیتر را بدانید، که به نوع لوله مورد استفاده بستگی دارد.

جدول ۵: سرعت مایع داخل وریدی

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

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

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

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

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر به راه اندازی یک مسیر داخل وریدی، انتخاب دقیق محل و وارد کردن سوزن/کانولا بدون ایجاد آسیب غیرضروری است؟

۲. آیا تکنیک دانشجو به درستی و با توجه به اولویت‌ها انجام می‌گیرد؟

۳. آیا دانشجو از زن، خودش و دستیارش در برابر عفونت محافظت می‌کند؟

۴. آیا دانشجو مایع داخل وریدی مناسبی را انتخاب می‌کند و به مقدار کافی و با سرعت صحیح می‌دهد؟
۵. آیا دانشجو بر وضعیت زن نظارت دارد، نشانه‌هایی را که بهبود و وخامت اوضاع را نشان می‌دهند را شناخته و دقیق تفسیر می‌کند؟
۶. آیا دانشجو طریقه انجام کار را به زن توضیح می‌دهد؟
۷. آیا دانشجو مستندات مناسب را نگهداری می‌کند؟
۸. آیا دانشجو محدودیت مهارت خویش را تشخیص داده و در هنگام نیاز درخواست کمک می‌کند؟

مهارت: نظارت بر ترانسفوزیون خون

روش آموزشی

اگر دانشجویان تا به حال هیچ آموزش قبلی ندیده‌اند، آن‌ها را در کلاس با دانش نظری آشنا کنید، و در ادامه به آموزش بالینی بپردازید. از هر مراجعه‌کننده دریافت ترانسفوزیون خون، جهت مراقبت استفاده کنید. لازم نیست این‌ها مراجعه‌کنندگان مامایی باشند، اما اصول انتقال خون و کاربرد آن‌ها را برای مراقبت‌های مامایی آموزش دهید.

محتوای آموزشی

دانشجویان باید با موارد زیر آشنا باشند:

۱. اندیکاسیون‌های ترانسفوزیون خون:
 - شوک شدید ناشی از خونریزی پس از زایمان
 - از دست دادن حجم زیادی از خون در زایمان از طریق جراحی
 - درمان نارسایی در تشکیل لخته.
 - کم خونی شدید در حاملگی اخیر، یا اگر همراه نارسایی قلبی باشد.
۲. خطرات همراه با انتقال خون:
 - امکان انتقال عوامل عفونی (به عنوان مثال ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)، هپاتیت B و C، سیفلیس، مالاریا و بیماری شاگاس)
 - ناسازگاری و واکنش‌های همولیتیک جدی ترانسفوزیون خون
 - هر محصول خون می‌تواند با باکتری آلوده شود و اگر بطور نادرست تولید یا ذخیره شود، بسیار خطرناک است. ترانسفوزیون پلاسما همان مقدار از خطرات انتقال خون را دارد، بنابراین اندیکاسیون‌های واضح کمتری برای ترانسفوزیون آن وجود دارد.
۳. ایمنی خون. خطرات مرتبط به ترانسفوزیون خون می‌تواند کاهش یابد با:
 - انتخاب موثر اهدا کننده خون، از جمله کنار گذاشتن و خروج کسانی که نامناسب هستند
 - غربالگری عفونت‌هایی که می‌توانند در میان جمعیت اهدا کننده خون منتقل شوند

– برنامه‌های تضمین کیفیت در تمام زمینه‌های مرتبط با خون و محصولات خونی برای انتقال خون، به عنوان مثال انتخاب اهدا کننده، جمع‌آوری خون، غربالگری، تعیین گروه‌خونی و تست‌های دیگر، ذخیره‌سازی، حمل و نقل و نگهداری خون و محصولات خونی

– تعیین گروه خونی با کیفیت بالا، تست سازگاری، تفکیک جزء و ذخیره‌سازی و حمل و نقل خون و فرآورده‌های خون

– استفاده بالینی مناسب از خون و محصولات خونی.

۴. غربالگری برای عوامل عفونی. همه خون‌های اهدا شده باید برای عفونت‌های زیر غربالگری شوند، که می‌تواند با انتقال خون منتقل شود:

– HIV-1 و HIV-2

– هپاتیت B

– آنتی بادی تریپونما پالیدوم (سیفلیس).

در صورت امکان نیز باید برای موارد زیر غربالگری صورت گیرد :

– هپاتیت C

– بیماری شاگاس، در کشورهایی که شایع است، به عنوان مثال آمریکای مرکزی و جنوبی. (این انگلی است که در مدفوع حشرات خانه، بیشتر در خانه‌های قدیمی و در حیوانات اهلی یافت می‌شود. ورود اغلب از طریق ملتحمه بوده و منجر به یک حالت تب عمومی و لنفادنوپاتی، اسپلنومگالی و درگیری سیستم اعصاب مرکزی می‌شود). و ممکن است منجر به مرگ شود

– مالاریا. در مناطق با شیوع بالای مالاریا، انتقال خون باید همراه با پیشگیری از مالاریا باشد

هیچ خون یا محصولات خونی تا زمانی که همه آزمایشات منفی بودن را نشان دهند، نباید برای ترانسفوزیون توزیع شود.

آزمایشات سازگاری خون نیز باید بر روی همه اجزای خون انجام شود، حتی در شرایط اضطراری تهدید کننده حیات، آن‌ها بعد از تحویل، انجام می‌شوند.

۵. گروه‌های خونی اصلی و فاکتور RH.

– چهار گروه خونی اصلی باید مطرح شود، یعنی A، B، O و AB.

علاوه بر این فاکتور RH باید شناسایی شود.

۶. اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از انتقال خون نامتناسب ضروری است. در اینجا مروررتین بخش زایمان یا پروتکلی که قوانین مدیریت خون و اجتناب از حوادث را مشخص می‌کند می‌تواند عاقلانه باشد.

۷. نظارت دقیق در طول ترانسفوزیون خون برای تشخیص نشانه‌های زود هنگام و علائم عوارض جانبی ضروری است. این- کار بایستی در مراحل زیر انجام شود:

– قبل از شروع ترانسفوزیون خون

– در شروع ترانسفوزیون خون

– ۱۵ دقیقه بعد از شروع ترانسفوزیون خون

– حداقل هر ساعت در طی ترانسفوزیون خون

– در فواصل ۴ ساعته پس از اتمام ترانسفوزیون خون.

۸. مشاهداتی که در طی ترانسفوزیون باید انجام شده و با دقت ثبت شوند به شرح زیر است:

- ظاهر کلی
 - درجه حرارت
 - نبض
 - فشار خون
 - تنفس
 - برون‌ده ادرار
 - تعادل مایعات در بدن (مصرف خوراکی و مایعات تزریقی و دفع ادرار)
 - نشانه‌ها و علائم سوء، به عنوان مثال احساس سوزش در امتداد وریدی که در آن ترانسفوزیون خون انجام می‌شود، گرگرفتگی صورت، لرز و تب، سردرد، کمر درد، راش، ادرار قرمز، خس خس سینه و شوک.
- در صورت بروز شوک آنافیلاکتیک احیای فوری نیاز است.

۹. در پاسخ به واکنش ترانسفوزیون خون:

- بلافاصله ترانسفوزیون خون را متوقف کنید
 - مسیر داخل وریدی را با نرمال سالین یا رینگر لاکتات باز نگه دارید
 - به دنبال مشاوره با فرد ماهری باشید
- اگر واکنش خفیف است، با پرومتازین خوراکی ۱۰ میلی گرم درمان کنید و از نزدیک به دقت مشاهده کنید.
- در مورد شوک آنافیلاکتیک، درمان به شرح زیر است:

- مدیریت مشابه با هر نوع شوک دیگر
- ۰.۱ میلی لیتر محلول آدرنالین ۱:۱۰۰۰ را در ۱۰ میلی لیتر نرمال سالین داخل وریدی آهسته بدهید
- پرومتازین ۱۰ میلی گرم داخل وریدی بدهید
- در صورت نیاز ۱ گرم هیدروکورتیزون داخل وریدی هر ۲ ساعت بدهید
- برونکواسپاسم را با آمینوفیلین ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰ میلی لیتر نرمال سالین داخل وریدی آهسته درمان کنید
- علاوه بر این، در صورت نیاز اقدامات احیا انجام داده خواهد شد
- عملکرد سیستم‌های کلیه، ریه و قلب و عروق را بررسی کنید
- اگر در چنین تسهیلاتی نباشید، هنگامی که فرد وضعیت ثباتی دارد به مرکز بهداشتی سطح بالاتری انتقال دهید.

۱۰. واکنش ناشی از ترانسفوزیون خون را ثبت کنید. بلافاصله پس از واکنش، نمونه‌های زیر را گرفته و با فرم‌های درخواست برای بررسی‌های آزمایشگاهی به بانک خون ارسال کنید:

- نمونه‌های خون بلافاصله بعد از ترانسفوزیون خون، یک نمونه لخته و یک نمونه ضد انعقاد: EDTA / از ورید مقابل محل تزریق تهیه گردد
- کشت خون
- واحد خون و مجموعه ارائه شده (شامل گلبول قرمز و پلاسما) باقی مانده از خون اهدایی ترانسفوزیون شده

– اولین نمونه ادرار زن پس از واکنش.

فرم واکنش ترانسفوزیون خون باید تکمیل شود.

پس از بررسی‌های اولیه واکنش ترانسفوزیون خون، نمونه‌های بیشتر درخواست شده را برای تست‌های آزمایشگاهی به بانک خون ارسال کنید. هم مسئول مرکز بهداشتی و هم بانک خون که خون را تامین کرده، باید فوراً از بروز هرگونه واکنش حاد به ترانسفوزیون خون مطلع شوند.

اطلاعات زیر را در چارت زن ثبت کنید:

- نوع واکنش ترانسفوزیون خون
- مدت زمانی که پس از شروع ترانسفوزیون خون واکنش رخ داده است
- حجم و نوع محصولات خونی منتقل شده
- شماره اهدای منحصر به فرد تمام محصولات خونی.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو اندیکاسیون‌های ترانسفوزیون خون را می‌داند؟
۲. آیا دانشجو خطرات همراه با ترانسفوزیون خون را می‌داند؟
۳. آیا دانشجو قبل از شروع ترانسفوزیون خون برای اطمینان از اینکه خون منتقل شده برای زن صحیح است، توجه زیادی دارد؟
۴. آیا دانشجو در طول و بعد از ترانسفوزیون خون با مراقبت شدید بر وضعیت زنان، همان طور که قبلاً اشاره شد، نظارت دارد؟
۵. آیا دانشجو می‌تواند علائم و نشانه‌های یک واکنش منفی به ترانسفوزیون خون را به دقت توضیح دهد در زنی که ممکن است این واکنش رخ دهد؟
۶. آیا دانشجو می‌داند که چگونه به نحو مناسب به واکنش جانبی ترانسفوزیون خون، عکس‌العمل نشان دهد؟
۷. آیا دانشجو می‌داند که چگونه یک واکنش ترانسفوزیون خون منفی را ثبت کند؟
۸. آیا دانشجو مستندات لازم را نگه می‌دارد؟
۹. آیا دانشجو کیسه‌ها/بطری‌های خالی را بدون شستن آن‌ها نگه داشته و این‌ها را به آزمایشگاه برمی‌گرداند؟
۱۰. آیا دانشجو محدودیت مهارت‌های خویش را تشخیص داده و در صورت لزوم درخواست کمک می‌کند؟

مهارت: استفاده از فشار دودستی بر رحم

روش آموزشی

به دانشجویان یادآوری کنید که خونریزی از محل جفت کنترل نخواهد شد مگر اینکه رحم منقبض شود. اگر بعد از روش‌های معمول تخلیه رحم و دادن داروهای اکسی‌توسیک این اتفاق نیفتاد، آنگاه فشردگی با دو دست می‌تواند بسیار مفید باشد. فشردگی با دو دست می‌تواند خارجی یا داخلی باشد.

این جزئیات می‌تواند در کلاس درس آموزش داده شود. از یک کیسه کوچک پر از دانه برای نشان دادن رحم استفاده کنید. این کار دانشجویان را قادر خواهد ساخت تا درک کنند چطور می‌توانند رحم را بین دو دست بگیرند.

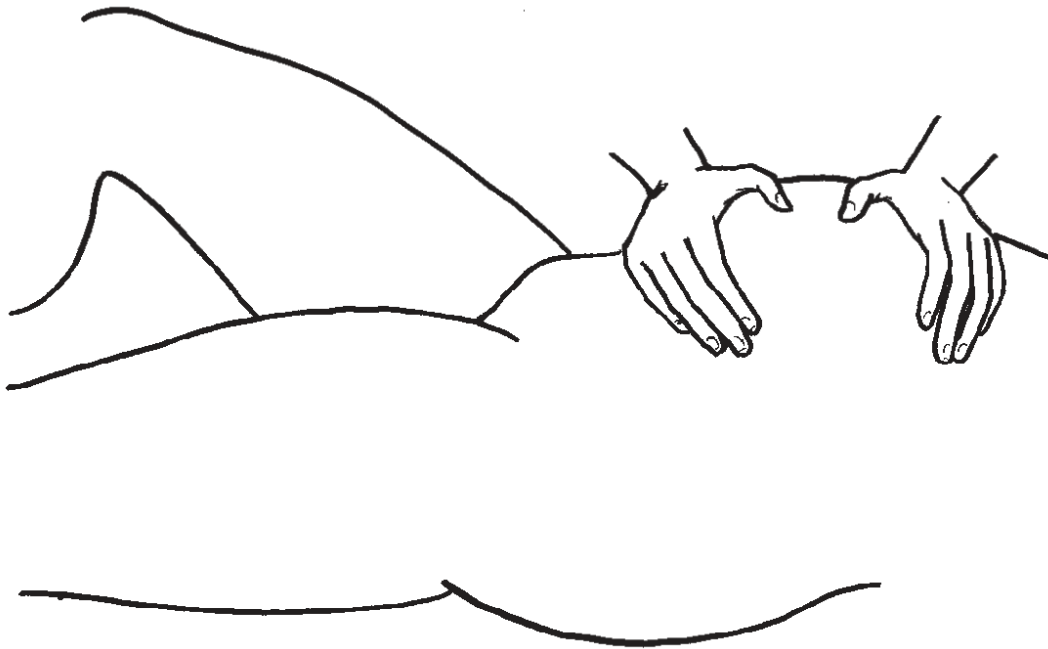
تکنیک را شرح دهید. آن را با استفاده از "مدل آموزشی" نشان دهید. در وضعیت بالینی، ممکن است تا فشردگی دودستی خارجی را روی زنی نشان دهید که به دلیل خونریزی پس از زایمان به این تکنیک نیاز دارد.

روی یک زن تازه زایمان کرده، در زنان چندزایا با دیواره‌های شکمی شل آسان‌تر است. نمایش تجربی در این مورد باید فقط برای نشان دادن وضعیت دست‌ها و جهت فشار انجام شود. هرگز زنی را تنها برای اهداف آموزشی مجبور به تحمل ناراحتی غیرضروری نکنید.

محتوای آموزشی

فشار دودستی خارجی

۱. دست چپ را روی فوندوس قرار داده و آن را تا آنجا که ممکن است به پشت رحم پایین ببرید.
۲. کف دست راست را روی شکم بین ناف و سمفیز پوبیس قرار دهید.
۳. به منظور فشردگی با دو دست و در نتیجه رگ‌های خونی در محل جفت، دست‌ها را به سمت یکدیگر فشار دهید (شکل ۷.۶).



شکل ۷.۶: موقعیت‌های دست برای فشردگی خارجی رحم

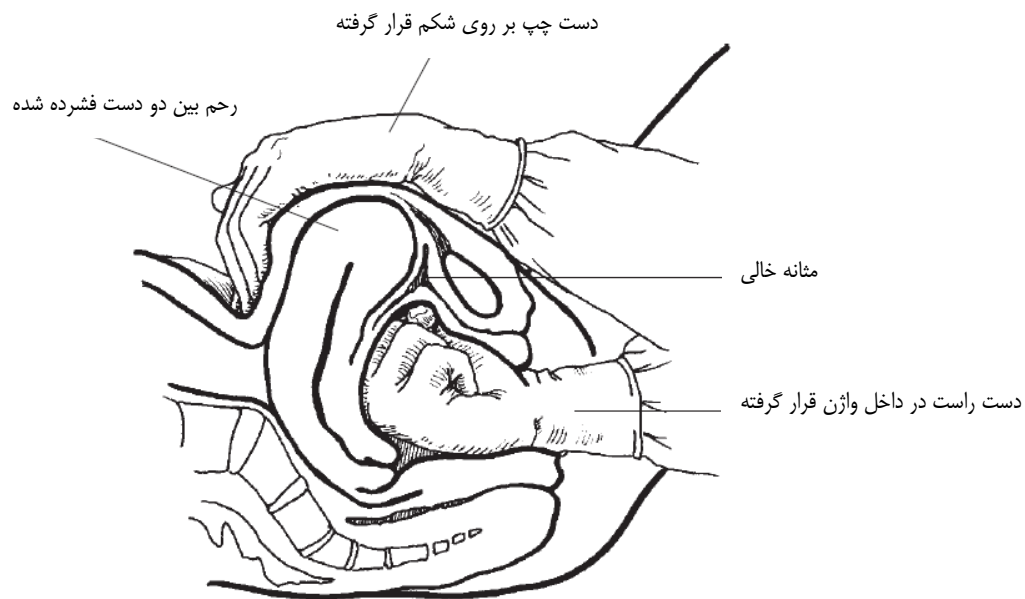
فشردگی داخلی دودستی داخلی

این خیلی موثرتر از فشردگی خارجی است (شکل ۷.۷).

۱. دست‌ها را شسته و اسکراب کنید.
۲. دستکش استریل بپوشید، ترجیحاً دستکش بلند تا آرنج.
۳. یک دست دستکش‌پوشیده را در واژن داخل کرده و به شکل مشت در فورنیکس قدامی واژن جای دهید. بر روی دیواره قدامی رحم فشار وارد کنید.
۴. همزمان، دست دیگر عمیقاً روی شکم، پشت فوندوس رحم قرار گرفته و بر روی دیواره خلفی رحم اعمال فشار می‌شود.
۵. فشردگی تا کنترل خونریزی و انقباض رحم نگه‌داشته می‌شود.

فشردگی داخلی دودستی داخلی بهتر است (توصیه می‌شود):

- در خونریزی شدید اگر فشردگی خارجی موثر نباشد.
- زمانی که زن زیر بیهوشی است
- اگر خونریزی همچنان پس از خارج سازی دستی جفت ادامه دارد.



شکل ۷.۷: فشرده‌سازی دودستی داخلی رحم با مثانه خالی

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو می‌داند:

- چه هنگام از فشرده‌سازی خارجی دودستی استفاده کند؟
- چگونه از فشرده‌سازی خارجی دودستی استفاده کند؟
- چرا فشرده‌سازی دو دستی خارجی می‌تواند موثر باشد؟

۲. آیا دانشجو می‌داند:

- چه هنگام از فشرده‌سازی دودستی داخلی استفاده کند؟
- چگونه از فشرده‌سازی دودستی داخلی استفاده کند؟
- چرا فشرده‌سازی دودستی داخلی می‌تواند موثر باشد؟

۳. اگر فرصت عمل داده شود، آیا دانش آموز به طور موثر در جهت کنترل خونریزی، رحم را فشار می‌دهد؟

مهارت: اعمال فشار دستی بر روی آئورت

روش آموزشی

تکنیک را توصیف کنید. نمایش بر روی ماکت یا بر روی هر زن تازه زایمان کرده‌ای، می‌تواند نشان داده شود. ولی در این صورت، فقط بایستی موقعیت دست‌ها و مسیر فشار، نشان داده شود.

محتوای آموزشی

از فشردن سازی دستی آئورت می‌توان در موارد خونریزی شدید به جای فشار دو دستی رحم استفاده کرد. ای روش نسبت به فشردن سازی دو دستی داخلی کمتر تهاجمی بوده و موثرتر است. همچنین به دلیل این که اقدامات آسپتیک برای آن در نظر گرفته نمی‌شود، بسیار سریع‌تر به کار برده می‌شود (شکل ۷.۸).

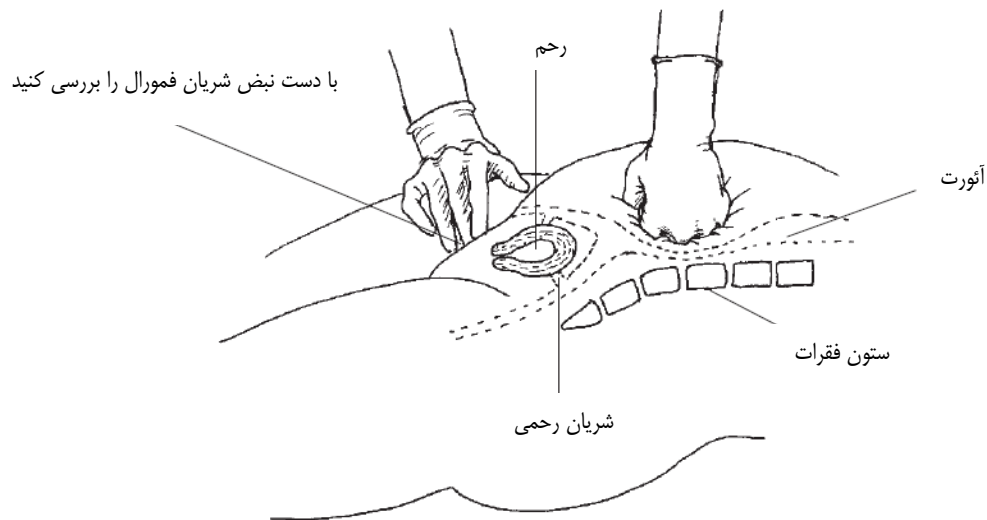
روش به شرح زیر انجام می‌شود:

- فشار رو به پایین از طریق دیواره شکم با مشت بسته بر روی آئورت شکمی به کار برده می‌شود، نقطه فشار دقیقاً بالای ناف و کمی به سمت چپ است. ضربان‌های آئورت را اغلب می‌توان به راحتی از طریق دیواره شکمی بلافاصله در دوره پس از زایمان احساس (لمس) کرد.
- با دست دیگر نبض فمورال برای بررسی کفایت فشردن سازی، لمس کنید. اگر نبض فمورال در حین فشردن سازی لمس شود، فشار، غیر موثر است. موقعیت مشت را بررسی کرده و فشار بیشتری اعمال کنید تا زمانی که ضربان فمورال قابل لمس نباشد.
- حفظ فشردن سازی تا خونریزی کنترل شود.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانش آموز درک می‌کند چه وقت و چگونه فشردن سازی دستی آئورت می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد؟
۲. آیا دانش آموز دلیل لمس نبض فمورال و واکنش مناسب زمانی که نبض فمورال قابل لمس است را می‌داند؟
۳. آیا دانش آموز موقعیت صحیح مشت بر روی آئورت شکمی را می‌تواند نشان دهد؟
۴. آیا دانش آموز می‌تواند پروسیجر را به درستی بر روی مدل نشان دهد؟



شکل ۷.۸: فشار دستی بر آنورت

مهارت: ترمیم پارگی‌های پرینه

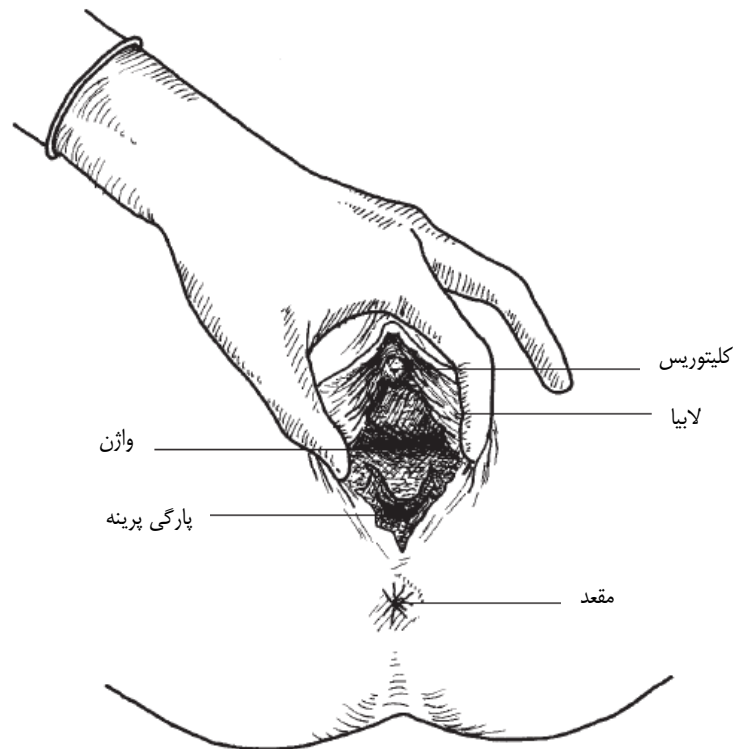
عنوان	کجا؟	چگونه؟
۱	کلاس فضای بالینی	سخنرانی تعدیل شده نمایش عملی
۲. طبقه‌بندی ترومای پرینه	کلاس	سخنرانی تعدیل شده
۳. انتخاب نوع مواد بخیه	کلاس فضای بالینی	سخنرانی تعدیل شده نمایش عملی
۴. اصول گره (بخیه) زدن	کلاس فضای بالینی	سخنرانی تعدیل شده نمایش عملی
۵. تجهیزات مورد نیاز	کلاس فضای بالینی	نمایش عملی
۶. تزریق بی‌حسی موضعی	کلاس فضای بالینی	سخنرانی تعدیل شده نمایش عملی
۷. تکنیک ترمیم	کلاس فضای بالینی	سخنرانی تعدیل شده نمایش عملی
۸. مراقبت بعد از پروسیجر	کلاس فضای بالینی	نمایش عملی

محتوای آموزشی

به خاطر داشته باشید، این زنی است که در حال خونریزی است و کسی است که نیاز به توجه فوری خواهد داشت.

۱. اصول کلی:

- زن در موقعیت لیٹوتومی
- استفاده از نور خوب
- ارائه خوب آناتومی و انجام معاینه دقیق واژن، پرینه و دهانه رحم برای ارزیابی میزان تروما (شکل ۷.۹)
- اهمیت به سرعت وقتی که خونریزی وجود دارد.
- تکنیک آسپتیک (شستشو و مالش دادن دست ها، استفاده کردن از دستکش، روش صحیح تمیز کردن زخم از بالا به پایین با استفاده از هر سواب فقط یک بار و غیره)
- کار کردن با ملایمت
- استفاده دقیق از سواب به طوری که هیچ یک در مهبل (واژن) "گم" نشود
- تزریق بی‌حسی موضعی قبل از شروع بخیه زدن یعنی حداقل ۲ دقیقه زودتر جهت تأثیر بهتر
- رویکرد حساس داشتن و توضیح دادن به خانم در هنگام انجام پروسیجر
- اهمیت پیگیری به منظور ارزیابی روش و انتخاب نوع مواد برای بخیه زدن



شکل ۷.۹: ارائه آناتومی زن: نشان دادن پارگی پرینه

۲. طبقه‌بندی ترومای پرینه:

- پارگی‌های درجه اول (بیشتر آنها خودبخود بدون نیاز به بخیه بسته می‌شوند)

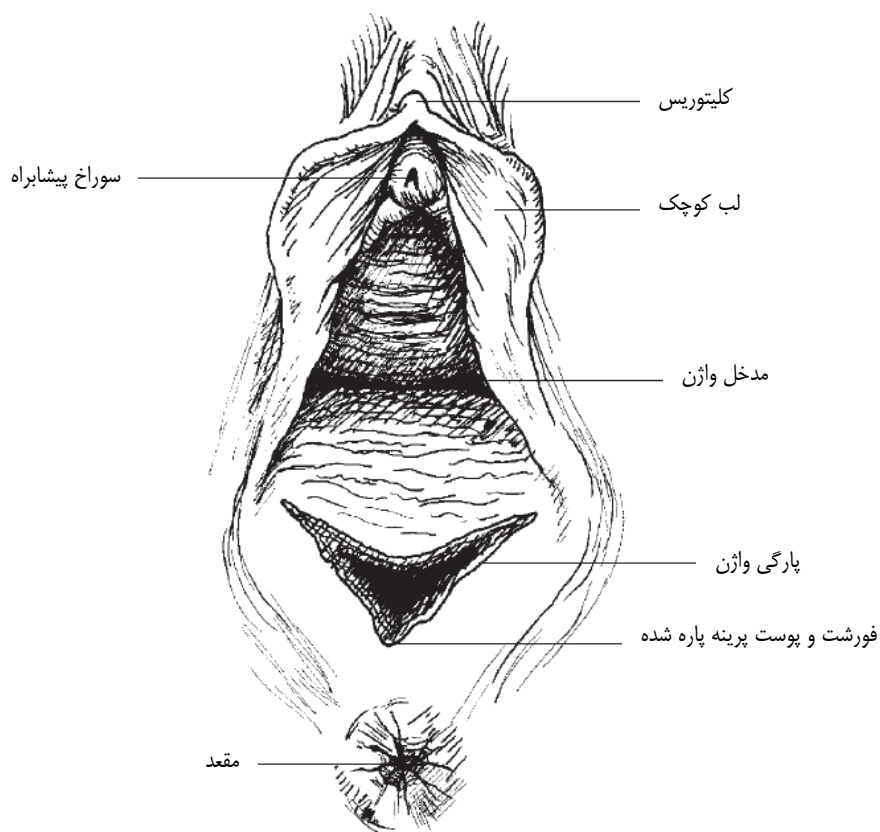
- پارگی‌های درجه دوم

- پارگی‌های درجه سوم

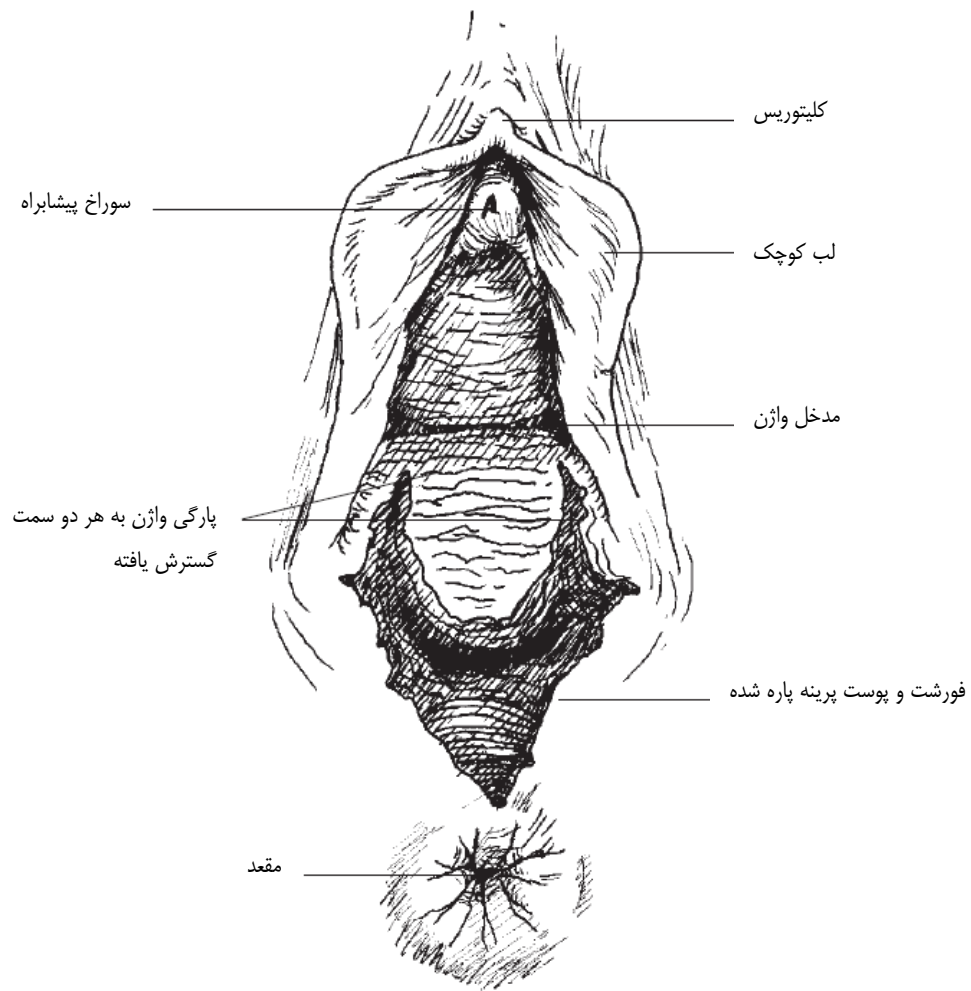
- پارگی‌های درجه چهارم.

(استفاده از اشکال ۷.۱۰، ۷.۱۱ و ۷.۱۲).

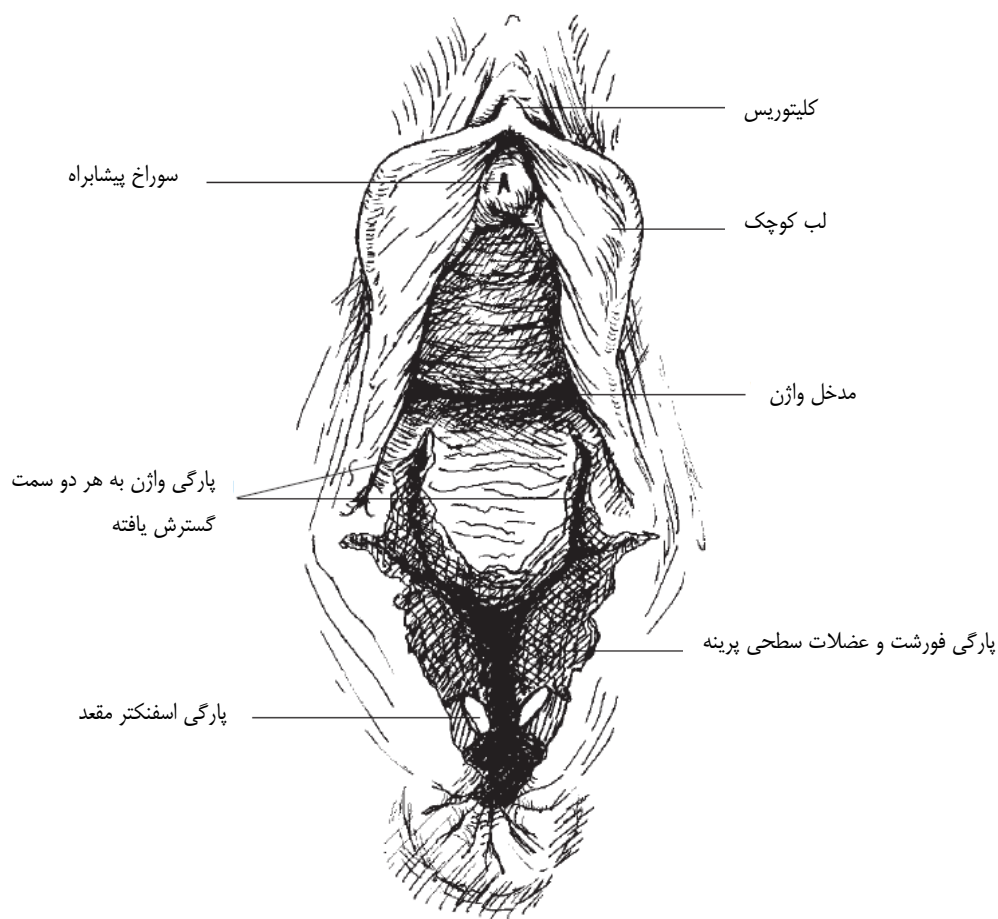
۳. مواد لازم جهت بخیه زدن.



شکل ۷.۱۰: پارگی درجه اول (شامل تنها فورشت، واژن و پوست پرینه پاره شده، عضلات سالم هستند)



شکل ۷.۱۱: پارگی درجه دوم (شامل فورشت و عضلات سطحی پرینه، پارگی واژن اغلب با گسترش به هر دو طرف همراه است)



شکل ۷.۱۲: پارگی درجه سوم (شامل فورشت و عضلات سطحی پرینه و اسفنکتر مقعد): وقتی آسیب به مخاط رکتوم گسترش یابد، گاهی اوقات پارگی درجه چهار گفته می‌شود.

بخیه‌های قابل جذب باید برای بستن استفاده شود. نخ‌های بخیه پلی‌گلیکولیک نسبت به نخ کاتگوت کرومیک، به خاطر استحکام کششی خود، غیرآلرژیک بودن، احتمال کمتر عوارض عفونی، درد کمتر پرینه در دوره نفاس و شیوع پایین مقاربت دردناک در مراحل بعد، ترجیح داده می‌شود. نخ کاتگوت کرومیک یک جایگزین قابل قبول است، اما ایده آل نیست.

- بخیه‌ها در دو نوع قابل جذب و غیرقابل جذب موجود هستند. بخیه‌های قابل جذب که اغلب به نام کاتگوت ساده نامیده می‌شود، معمولاً از بافت همبند روده کوچک گوسفند ساخته می‌شوند. این نخ‌ها در عرض یک هفته جذب می‌شود. با این حال، کاتگوتی که در اکسید کرومیک خیسانده شده، مقاوم در برابر جذب بوده و برای ۱۰-۴۰ روز توانایی حفظ دارد. این نخ اغلب

کاتگوت کرومیک نامیده می‌شود. در صورت استفاده از نخ کاتگوت، به دلیل استحکام بالاتر و میزان جذب تدریجی بیشتر کاتگوت کرومیک نسبت به کاتکوت ساده، انتخاب ارجحی است.

مواد بخیه ساخته شده توسط انسان یا نخ بخیه مصنوعی که قابل جذب هستند، شامل بخیه‌های اسید پلی‌گلیکولیک مثل ویکریل^{۲۲} یا دکسون^{۲۳} هستند. آن‌ها به طور کامل در طی ۶۰ تا ۹۰ روز جذب می‌شوند، اما گاهی اوقات لازم است بخیه‌های محکمی را که باعث تحریک و یا ناراحتی بیش از حد در ابتدا می‌شوند را برید یا برداشت که معمولاً در حدود ۱۰ روز است.

بخیه غیرقابل جذب ممکن است از پنبه، ابریشم، ساخته شده از بافت گیاهی، فلز، یا از الیاف تهیه شده توسط انسان ساخته شده باشد. آن‌ها تمایل به ایجاد برخی از واکنش‌های بافتی (مثل التهاب به همراه تورم یا قرمزی) دارند. اگر هیچ‌گونه بخیه قابل جذب موجود نباشد، از بخیه‌های غیر قابل جذب استفاده شود.

به یاد داشته باشید، یک پارگی ترمیم نشده می‌تواند به خونریزی، کم‌خونی و حتی مرگ منجر شود.

نخ بخیه با اندازه ۳/۰ - به معنی ۰۰۰ درجه‌بندی شده است. صفر بیشتر نشان دهنده کوچکتر بودن پهنای رشته (نخ) است.

بنابراین، ۲/۰ و یا ۳/۰ محکم بوده و برای ترمیم پارگی دستگاه تناسلی مناسب است، ۶/۰ برای ترمیم زخم روی صورت خوب است و ۹/۰ برای عمل جراحی چشم بسیار خوب است.

با این حال، اگر در وضعیتی باشید که نخ پلی‌گلیکولیک، کاتگوت و مواد بخیه دیگر در دسترس نباشند، در مواقع اورژانسی از آنچه در دسترس دارید به عنوان مثال نخ پنبه قوی با یک سوزن دوخت معمولی استفاده کنید. به خاطر داشته باشید، زن می‌تواند بخاطر خونریزی سنگین از یک پارگی ساده تشخیص داده نشده یا ترمیم نشده، بمیرند.

۴. اصول گره زدن^{۲۴}

زمانی که گره کامل شد، باید بصورتی محکم زده شود که نتواند بلغزد. بنابراین ساده‌ترین نوع گره ترجیح داده می‌شود.

باید گره تا جایی که امکان دارد برای جلوگیری از واکنش بافتی (به عنوان مثال التهاب) کوچک باشد. طول انتهای گره باید در حدود نیم اینچ کوتاه شود.

هنگام بستن هر گره، از مالش بین دو رشته (گاهی اوقات به نام اره) باید اجتناب شود. این کار می‌تواند سبب تضعیف و شکست در بخیه زدن شود.

مراقب باشید هنگامی که بخیه را لمس می‌کنید، به آن آسیب نرسد. اگر شما با سوزن‌گیر یا فورسپس روی آن کلامپ کنید، می‌توانید نخ را پاره یا ضعیف کنید.

هنگامی که بافت را با بخیه بهم می‌رسانید، مراقب باشید بیش از حد محکم نکشید. این کار می‌تواند میزان گردش خون را به بافت‌ها کاهش دهد. محکم کشیدن بیش از حد همچنین سبب شکست (پارگی) بخیه می‌شود.

^{۲۲} Vicryl

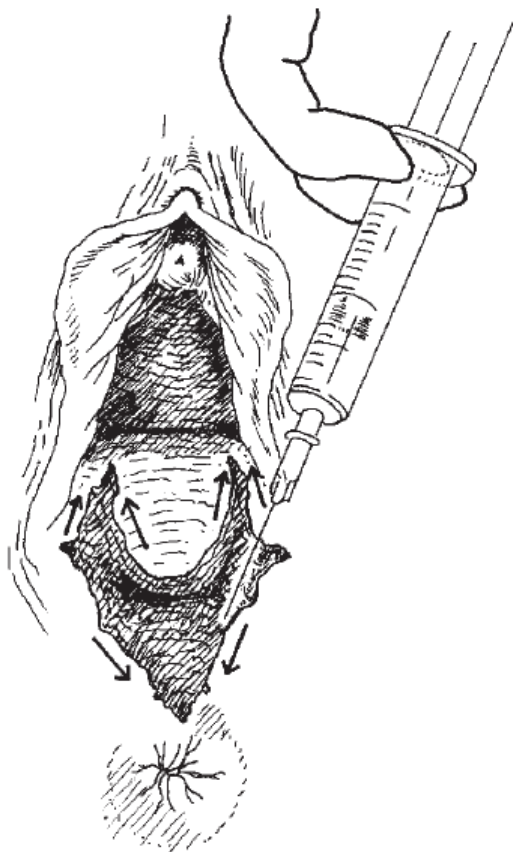
^{۲۳} Dexon

^{۲۴} برخی از مطالب با اجازه از کتابچه راهنمای مهارت نجات دادن زندگی برای ماماها، مدل ۴ استخراج شده است: اپی زیاتومی و ترمیم پارگی، اصول گره زدن. ویرایش دوم. کالج آمریکایی پرستار-ماماها، واشنگتن، DC، ۱۹۹۱.

گره مربع و گره جراحی بهترین نوع گره است. آن‌ها مسطح قرار می‌گیرند، در حداقل فضا و خوب به هم می‌چسبند. هیچ‌گاه از گره گرانی^{۲۵} برای ترمیم پارگی یا اپی‌زیاتومی استفاده نکنید.

۵. تجهیزات مورد نیاز

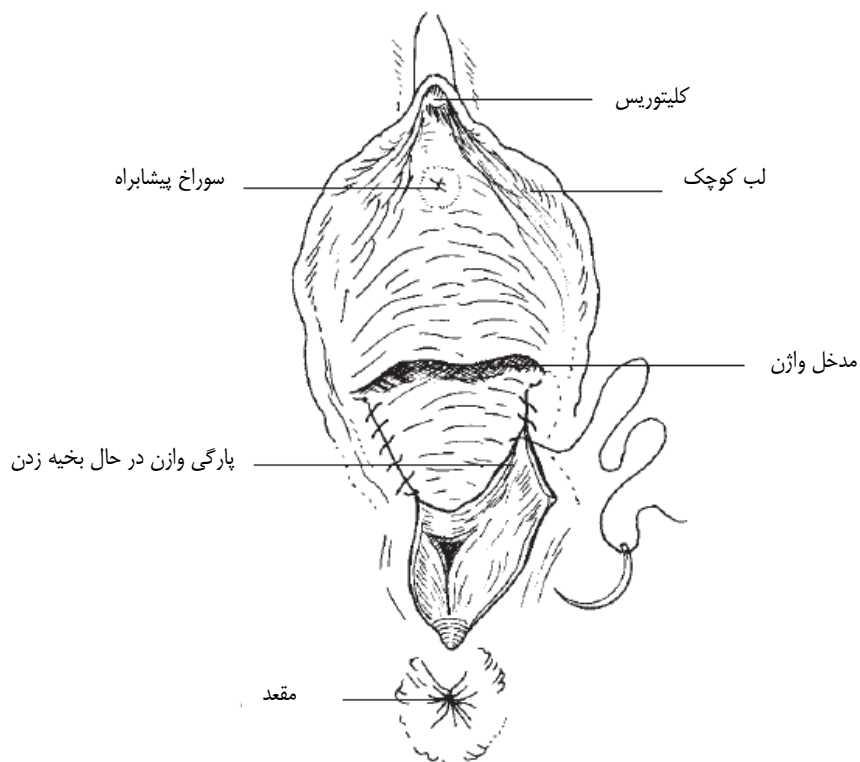
- محلول ضدعفونی کننده
 - دستکش‌ها
 - سوزن گیر یا کلامپ دنداندار
 - ۲ عدد فورسپس اسپونژ
 - بخیه با سوزن (به صفحه قبل مراجعه کنید)
 - فورسپس انگشت شستی (فورسپس بافتی)
 - بی‌حس کننده موضعی مانند لیدوکائین ۱٪
 - سرنگ ۲۰ سی‌سی
 - سوزن ۱/۲ اینچ (۳ سانتی‌متر) با شماره ۲۲ ایده‌آل است، اما شما از آنچه دارید استفاده کنید.
 - گاز
۶. تزریق بی‌حسی موضعی:
- انتخاب داروی بی‌حسی (معمولا لیدوکائین)
 - مقدار داروی بی‌حسی (۲۰-۳۰ میلی‌لیتر)
 - چک کردن داروی بی‌حسی (نام، قدرت و دوز قبل از تجویز)



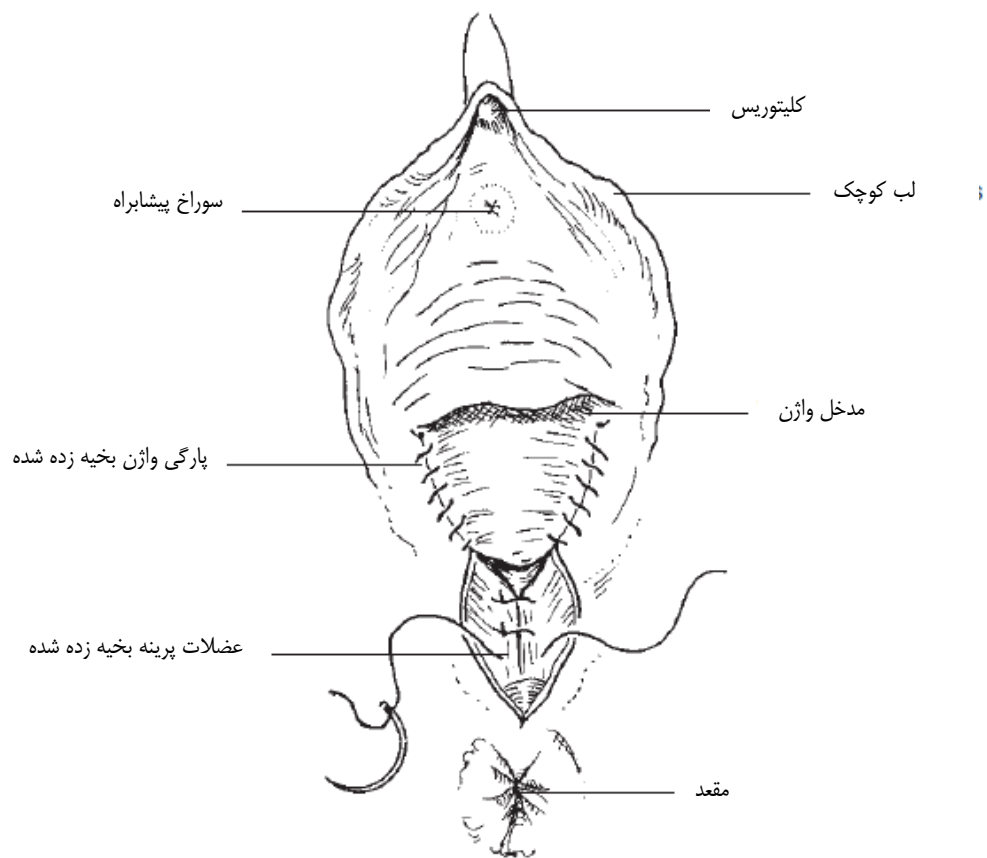
شکل ۷.۱۳: روش تزریق بیحس کننده موضعی قبل از ترمیم پارگی

- پوست اطراف ناحیه پارگی را با محلول ضد عفونی تمیز کنید
 - سوزن 1/2 اینچ (۳ سانتی متر) با قطر ۲۲ را روی سرنگ ۲۰ سی سی قرار دهید
 - سرنگ را با لیدوکائین ۰.۵٪ یا ۰.۱٪ پر کنید
 - بی حسی موضعی را در زیر مخاط واژن، در زیر پوست پرینه و بطور عمیق بداخل عضلات پرینه در سرتاسر محل پارگی با وارد کردن تمام طول سوزن و انجام تزریق بآرامی به همراه آسپیره کردن سرنگ، تزریق کنید (شکل ۷.۱۳). قبل از تزریق بی حسی موضعی، در هر حال، هر زمان که سوزن را در ناحیه جدید فرو بردید پیستون سرنگ را به عقب کشیده و از نظر خون چک کنید (اگر بی حسی موضعی مستقیم به داخل یک رگ خونی تزریق شود می تواند سبب آریتمی قلبی، تشنج و مرگ شود). تقریباً بطور معمول حدود ۱۰-۳۰ میلی لیتر از بی حسی موضعی مورد نیاز است.
 - مجموعه ای از تزریقات به داخل مخاط واژن، زیر پوست و بطور عمیق به عضلات پرینه در هر دو طرف پارگی، مورد نیاز است
 - جهت تأثیر تزریق، به مدت حداقل دو دقیقه برای تأثیر بی حسی موضعی صبر کنید. برای ارزیابی تأثیر بی حسی موضعی، ناحیه را با فورسپس نیشگون بگیرید، اگر خانم نیشگون را احساس کند، مجدداً دو دقیقه دیگر صبر کنید، سپس دوباره امتحان کنید.
۷. تکنیک ترمیم:
- خونریزی را توسط کلامپ و بستن نقاط خونریزی دهنده، کنترل کنید.

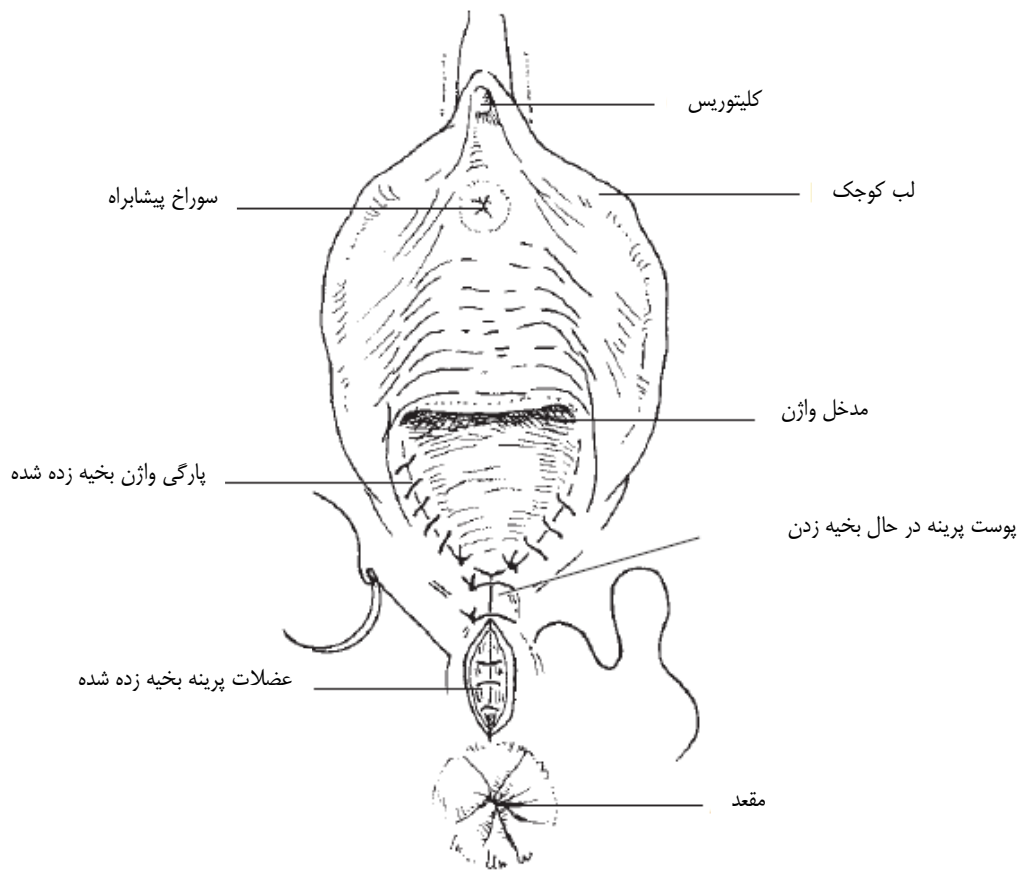
- از سوآپ‌هایی جهت در معرض دید قرار گرفتن وسعت آسیب قسمت فوقانی پارگی استفاده کنید.
- هر آسیب گسترده‌ای که ممکن است نیاز به جراحی پیشرفته داشته باشد را شناسایی کنید (بعنوان مثال پارگی‌های درجه ۳ یا ۴، فیستول وزیکوواژینال یا وجود بافت نکروزه شده)
- بافت‌ها را به همدیگر فشار دهید. قسمت‌های ناهموار بایستی در کنار یکدیگر قرار داده شوند.
- ابتدا واژن را با استفاده از نخ بخیه ۰-۲ به روش مداوم بخیه بزنید (شکل ۷.۱۴)، از ۱ سانتی‌متر بالاتر از نوک زخم شروع کرده و بخیه زدن را به روش مداوم به سمت مدخل واژن ادامه دهید.
- در قسمت مدخل واژن، لبه‌های آن را به همدیگر نزدیک کنید.
- سوزن را زیر مدخل واژن آورده و از پارگی پرینه بیرون آورده و گره بزنید.
- لایه عضلانی پرینه را با استفاده از نخ بخیه ۰-۲ به روش منقطع ترمیم کنید؛ اگر پارگی عمیق باشد، از لایه دوم بخیه‌ها برای بستن فضا استفاده کنید (شکل ۷.۱۵).
- در نهایت پوست پرینه توسط نخ بخیه از جنس پلی‌گلیکولیک به روش منقطع (یا زیر جلد) که از مدخل واژن شروع می‌شود، بخیه زده می‌شود (شکل ۷.۱۶).
- یک معاینه مقعد برای اطمینان از عدم وجود بخیه در رکتوم انجام دهید، اگر بخیه‌ها در رکتوم باشند، بایستی بخیه زدن قطع شده و بخیه زدن مجدداً انجام شود. مراقب باشید که به رکتوم بخیه زده نشود.



شکل ۷.۱۴: ترمیم پارگی پرینه (بخیه زدن پارگی واژن)



شکل ۷.۱۵: بخیه زدن عضلات پرینه



شکل ۷.۱۶: بخیه زدن پوست

۸. مراقبت بعد از ترمیم:

به زن توصیه کنید که ناحیه ژنیتال که شامل خط بخیه نیز می‌باشد را با آب تمیز دو بار در روز و نیز بعد از هر بار اجابت مزاج تمیز کند.

بخیه‌های پرینه را از نظر بهبودی و هر نوع علامتی از عفونت بعنوان مثال وجود التهاب، تورم بیش از حد، چرک معاینه کنید.

اگر زخم عفونی شود:

اگر عفونت خفیف باشد، نیازی به آنتی‌بیوتیک نیست.

اگر عفونت شدید باشد اما به بافت‌های عمقی گسترش نیافته باشد، آنتی‌بیوتیک ترکیبی تجویز نمایید.

یک آنتی‌بیوتیک ترکیبی شامل:

آمی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی سه بار در روز به مدت ۵ روز بعلاوه مترونیدازول ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز می باشد.

اگر عفونت عمیق بوده و عضلات را درگیر کرده و سبب نکروز شود، آنتی بیوتیک ترکیبی را تا زمانی که بافت های نکروزه خارج شده و تب زن به مدت ۴۸ ساعت قطع شود، ادامه دهید:

پنی سیلین G، ۲ میلیون واحد وریدی هر ۶ ساعت؛

بعلاوه جنتامایسین ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت وریدی؛

بعلاوه مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی هر ۸ ساعت؛

زمانی که تب زن به مدت ۴۸ ساعت قطع شد:

آمی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی چهار بار در روز به مدت ۵ روز بعلاوه مترونیدازول ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز بدهید.

نکته: خیلی مهم است که دانشجویان در زمان بخیه زدن، توسط شخصی که در این زمینه مهارت و صلاحیت کافی دارد، آموزش دیده و ارزیابی شده باشند. این شخص ممکن است یک مامای باتجربه یا یک پزشک با مهارت های مامایی باشد.

ارزیابی صلاحیت

برای تأیید این که یک دانشجو صلاحیت کافی را دارد، پاسخ به سوالات زیر بایستی مثبت باشد.

- ۱- آیا دانشجو اصول تکنیک ترمیم را می داند؟ (اصول عمومی در صفحه ۱۲۹ را ببینید).
- ۲- آیا دانشجو می تواند تجهیزات لازم را بطور صحیح آماده کند؟
- ۳- آیا دانشجو قادر است اطراف محل پارگی را بطور موثر توسط محلول بیحسی موضعی انفیلتره کند، بطوری که سبب ایجاد کمترین درد ممکن شود؟
- ۴- آیا دانشجو سرنگ را برای کنترل خون قبل از تزریق بیحسی موضعی آسپیره می کند و علت انجام این اقدامات محافظتی را می داند؟
- ۵- آیا دانشجو نقاط خونریزی دهنده را به سرعت شناسایی و خونریزی را کنترل می کند؟
- ۶- آیا دانشجو تکنیک آسپتیک را حفظ می کند؟
- ۷- آیا دانشجو شدت آسیب را شناسایی کرده و بطور مناسب می تواند تصمیم گیری کند که چه زمانی باید ترمیم کامل را انجام داده و یا ترتیب ارجاع جهت جراحی های بیشتر را بدهد؟
- ۸- آیا دانشجو مواد بخیه مناسب را انتخاب می کند؟
- ۹- آیا دانشجو در هنگام برخورد با زن ملایم بوده و در رویکرد نیز حساس است؟
- ۱۰- آیا دانشجو پارگی را بطور صحیح در لایه های مختلف با استفاده از روش های بخیه زدن ویژه هر لایه ترمیم می کند؟
- ۱۱- آیا دانشجو تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف زمانی که بخیه ناحیه پرینه عفونی شده باشد را شرح می دهد/ ارزیابی می کند؟

مهارت: اپی زیوتومی و ترمیم^{۲۶}

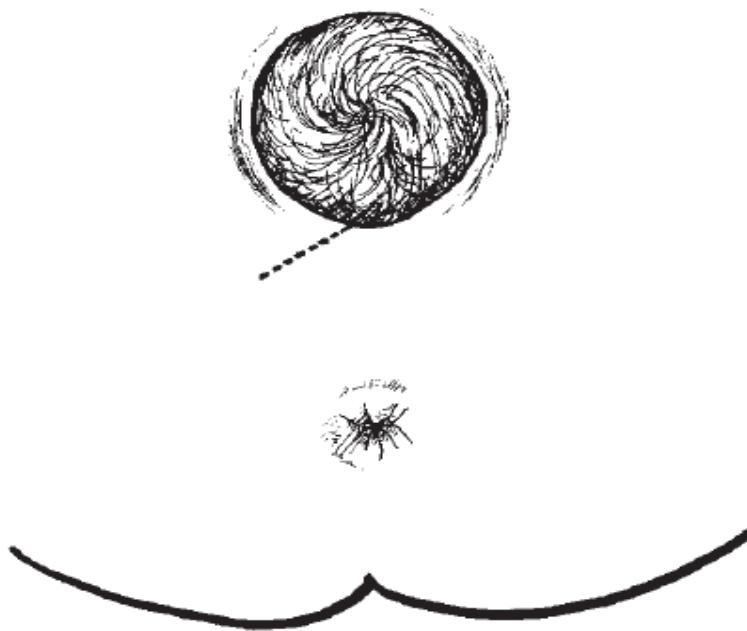
روش آموزشی

آموزش روش‌ها و عناوین همانند "بخیه زدن پارگی پرینه" ضروری است، به استثنای نکته دوم که هم‌اکنون باید خوانده شود: طبقه‌بندی اپی زیوتومی.

انواع برش:

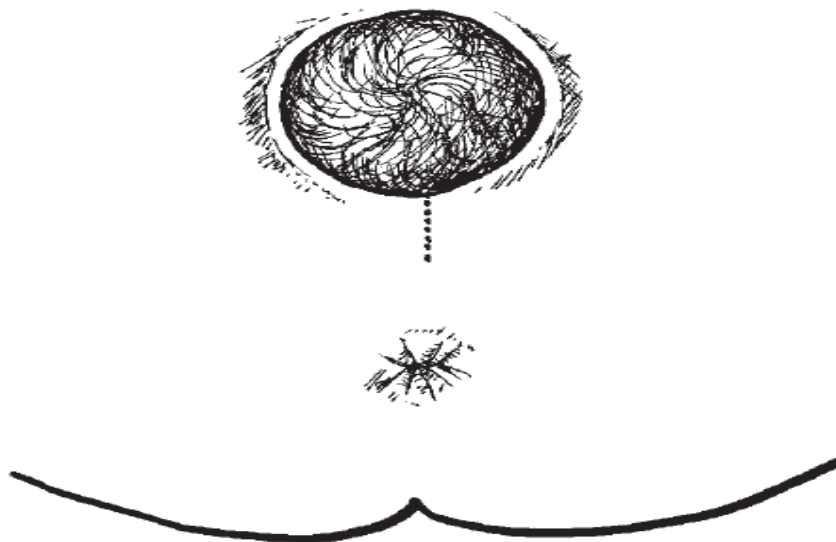
مدیولترال (شکل ۷.۱۷)

مدین (شکل ۷.۱۸)



شکل ۷.۱۷: اپی زیوتومی مدیولترال

^{۲۶} قسمت‌های این جلسه برگرفته از مهارت‌های حفظ حیات برای ماماها، مدل ۴: اپی زیوتومی و ترمیم پارگی‌ها؛ روش دادن بیحسی موضعی، دلایل انجام برش اپی-زیوتومی، چگونگی انجام اپی زیوتومی. چاپ دوم، کالج پرستاری- مامایی آمریکا. واشنگتن، DC، ۱۹۹۱: ۳-۵ می‌باشد.



شکل ۷.۱۸: اپی زیوتومی مدین

دانشجویان بایستی مزایا و معایب هر دو روش را دانسته و در دادن برش همانند ترمیم آن صلاحیت کافی داشته باشند.

محتوای آموزشی

دلایل انجام اپی زیوتومی

اپی زیوتومی نبایستی بطور روتین استفاده شود. این پروسیجر تنها بایستی برای اندیکاسیون های زیر انجام گیرد:

- ۱- دیسترس جنینی در مرحله دوم لیبر، برای تسریع بخشیدن به زایمان کودک
- ۲- پارگی درجه ۳ یا ۴ (ترمیم شده) قلبی
- ۳- زایمان واژینال مشکل دار بعنوان مثال دیستوشی شانه، بریچ و زایمان به کمک فورسپس یا واکيوم
- ۴- استرس مادر بعلت خستگی یا نارسایی قلبی
- ۵- یک پرینه خیلی سفت که مانع زایمان شود.

برش مدیولترال

مزایا:

- خطر کمتر گسترش به سمت اسفنکتر مقعد
- پیشگیری از آسیب غدد بارتولن
- سهولت انجام
- سهولت ترمیم

- نیاز به مدت زمان طولانی‌تر جهت ترمیم
- بهبود آهسته‌تر
- از دست دادن خون بیشتر
- درد بعد از عمل بیشتر

برش مدین

مزایا

- مراحل بهبود سریع‌تر
- سهولت انجام
- سهولت ترمیم
- خط مدین ناحیه پرینه عروق خونی خیلی کمتر داشته و خونریزی کمتر خواهد بود.
- کوفتگی کمتر
- از سرگیری مقاربت سریع‌تر از زنانی خواهد بود که اپی‌زیوتومی از نوع مدیولترال دارند.

معایب

- گسترش برش مدین ممکن است اسفتکتر مقعد را درگیر کند.

زمان انجام اپی‌زیوتومی

اپی‌زیوتومی نباید خیلی زود یا خیلی دیر انجام شود. اگر خیلی زود انجام گیرد، خونریزی از محل برش خیلی زیاد بوده و اگر خیلی دیر انجام گیرد، انجام پروسیجر بطور ایمن خیلی مشکل خواهد بود، زیرا سر بچه پرینه را به مقدار زیادی متسع کرده است. بهترین زمان برای انجام اپی‌زیوتومی وقتی است که پرینه نازک و برآمده شده و عضو نمایش حدود ۳-۴ سانتی‌متر قابل رویت است.

دادن برش

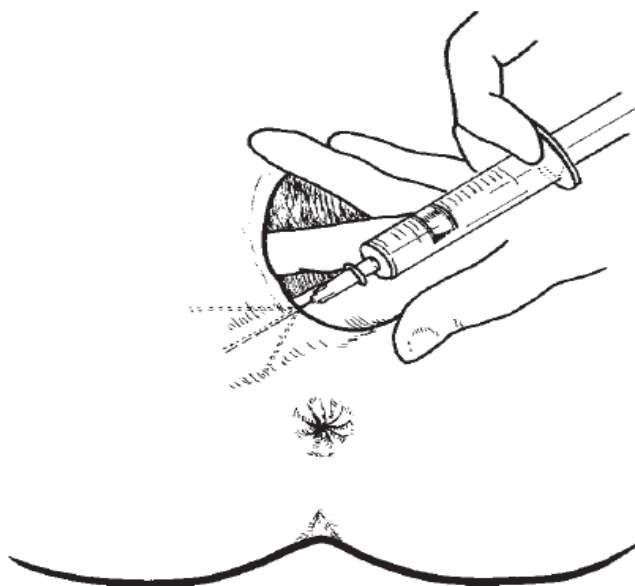
(اپی‌زیوتومی مدیولترال)

بیحسی موضعی بدهید:

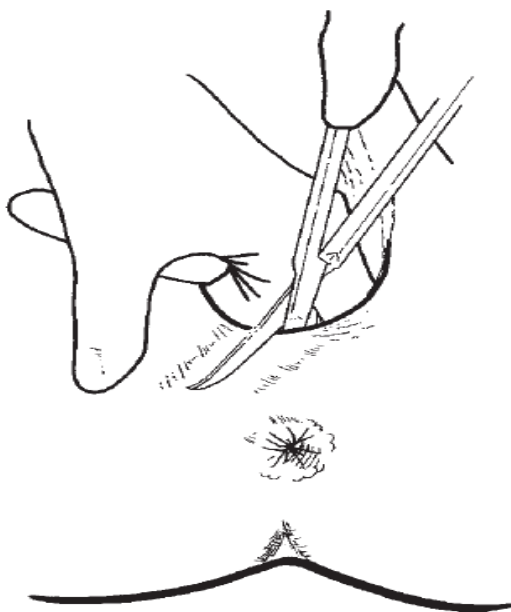
- یک سرسوزن شماره ۲۲ بطول ۱.۵ اینچ (۳ سانتی‌متر) بر روی سرنگ ۲۰ سی‌سی قرار دهید.
- سرنگ را با لیدوکائین پر کنید.
- سر بچه را با قرار دادن ۲ انگشت بین سر بچه و پرینه محافظت کنید (تزریق بیحسی به سر بچه می‌تواند منجر به مرگ شود).
- تمام طول سرسوزن را از طریق فورشت درست در زیر پوست پرینه با زاویه ۴۵ درجه وارد کنید (شکل ۷.۱۹). پیستون سرنگ را به عقب کشیده و از نظر خون چک کنید (اگر بیحسی موضعی بطور مستقیم به خون تزریق شود می‌تواند منجر به بی‌نظمی‌های قلبی، تشنج و مرگ شود). تزریق در هر بار بایستی پس از آسپیره کردن سرنگ انجام گردد.

▪ سپس زاویه سرسوزن را از مرکز به یک سمت تغییر داده و این عمل را تکرار کنید. این عمل را در سمت دیگر نیز تکرار کنید. شما بایستی تا این زمان حدود ۱۰ سی سی از بیحسی را تزریق کرده باشید. باید به خاطر داشته باشید که سر بچه را بوسیله دو انگشت در هنگام تزریق محافظت کنید.

▪ از یک فیچی دارای دو لبه تیز و انتهای کند استفاده نمایید. ۲ انگشت دست دیگر را داخل واژن و بین فیچی و سر بچه قرار دهید. این عمل از آسیب تصادفی بچه جلوگیری می‌کند. ابتدا فیچی را در مرکز پرینه قرار داده و سپس زاویه آن را ۴۵ درجه تغییر دهید (کج کنید). اگر شما راست دست هستید به سمت باسن راست مادر برش دهید و اگر چپ دست بودید به سمت چپ باسن مادر برش بزنید (شکل ۷.۲۰).



شکل ۷.۱۹: تزریق بیحسی موضعی به بافت‌ها



شکل ۷.۲۰: انجام برش در حالی که دو انگشت سر بچه را محافظت می‌کند

اپی‌زیوتومی را با یک برش بزرگ انجام دهید. برش‌های کوچک متعدد سبب ایجاد لبه‌های ناهموار شده و سبب مشکل‌تر شدن ترمیم و بهبودی زخم می‌شوند.

بلافاصله بعد از انجام برش، عضو نمایش را کنترل کنید، زیرا ممکن است بدلیل فضای قابل دسترس بیشتر، سریع‌تر خارج شود.

مطمئن باشید که شانه‌ها قبل از زایمان، جهت پیشگیری از گسترش اپی‌زیوتومی، به سمت خط وسط چرخش پیدا کرده‌اند.

اگر بچه در عرض ۱ یا ۲ انقباض بعد از انجام اپی‌زیوتومی خارج نشد، با استفاده از گاز استریل جهت کاهش مقدار خونریزی بطور محکم بر روی محل برش فشار دهید.

تکنیک ترمیم

(اپی‌زیوتومی مدیولترال)

در صورت در دسترس بودن از نخ بخیه پلی‌گلیکولیک و در غیر اینصورت از کاتگوت ۰-۲ استفاده کنید. محل زخم را با محلول ضدعفونی تمیز کنید.

اگر تاکنون بیحسی انجام نداده‌اید، لیدوکائین را با وارد کردن سرسوزن در هر دو سمت برش واژن و انجام اسپیراسیون تزریق کنید. این عمل را در ناحیه پرینه نیز تکرار کنید.

مخاط واژن را با استفاده از نخ بخیه ۰-۲ به روش مداوم بخیه بزنید (شکل ۷.۲۱).

■ ترمیم را از ۱ سانتی‌متر بالاتر از نوک زخم شروع کرده و به سمت مدخل واژن ادامه دهید.

- در مدخل واژن، لبه‌های زخم در هر دو سمت را به یکدیگر نزدیک کنید.
- سوزن را زیر مدخل واژن آورده و از محل برش بیرون آورده و گره بزنید.
- لایه عضلانی پرینه را با استفاده از نخ بخیه ۲-۰ به روش منقطع ببندید.
- پوست پرینه را توسط نخ بخیه ۲-۰ به روش منقطع (یا زیر جلد) ببندید (شکل ۷.۲۲ و شکل ۷.۲۳).

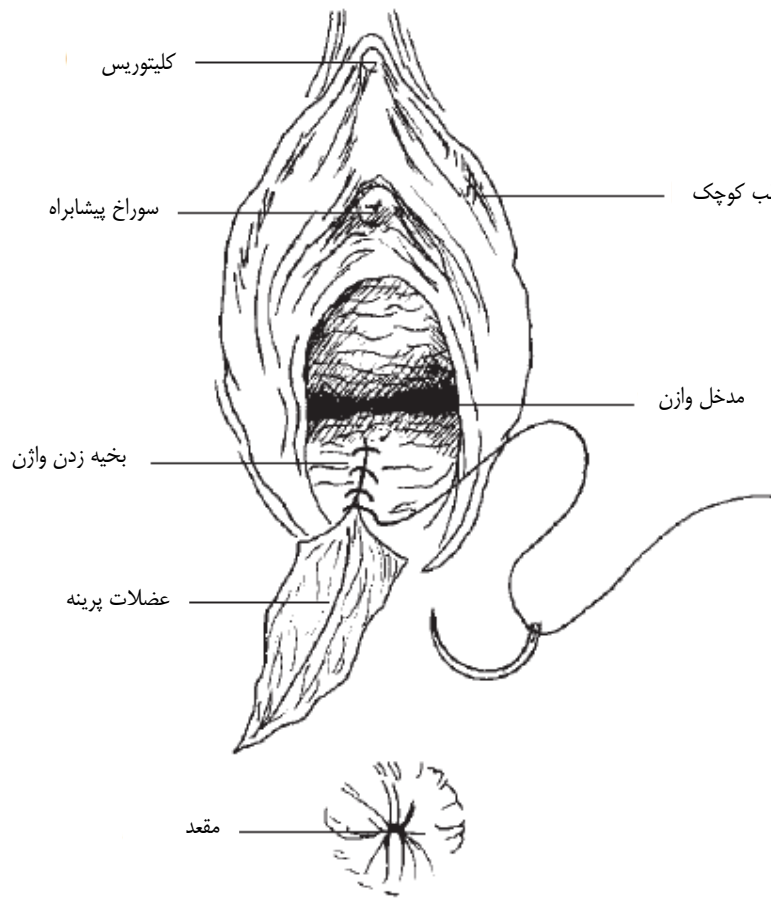
ارزیابی صلاحیت

برای تأیید این که یک دانشجو صلاحیت کافی را دارد، پاسخ به سوالات زیر بایستی مثبت باشد.

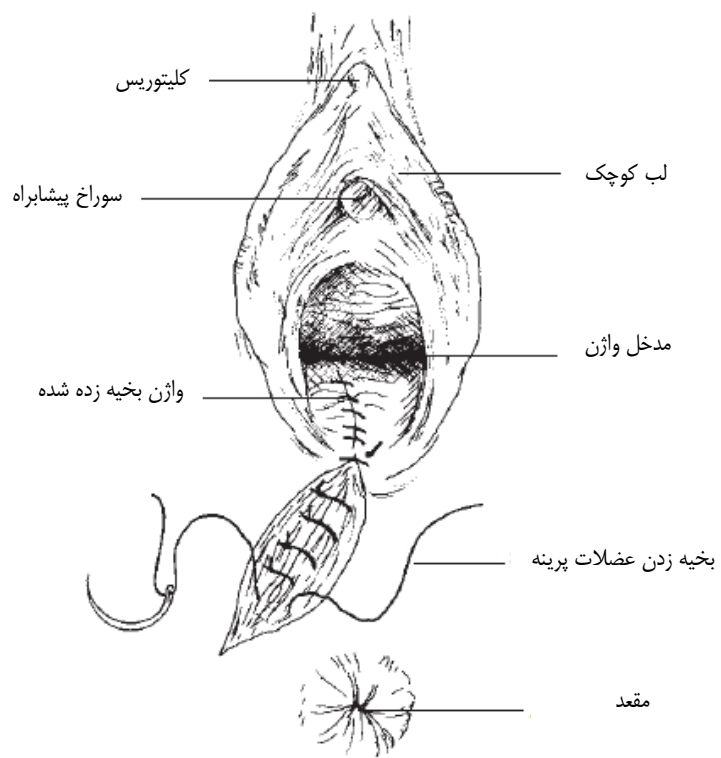
- ۱- آیا دانشجو اندیکاسیون‌های انجام اپی‌زیوتومی را بیان می‌کند؟
- ۲- آیا دانشجو مزایا و معایب هر نوع برش را می‌داند؟
- ۳- آیا دانشجو اپی‌زیوتومی را در زمان صحیح انجام می‌دهد؟
- ۴- آیا دانشجو پرینه را بطور موثر توسط بیحسی موضعی، انفیلتره می‌کند؟
- ۵- آیا دانشجو سرنگ را برای کنترل خون قبل از تزریق بیحسی موضعی آسپیره می‌کند و علت انجام این اقدامات محافظتی را می‌داند؟
- ۶- آیا دانشجو برش را به مقدار کافی انجام می‌دهد؟
- ۷- آیا دانشجو اپی‌زیوتومی را بطور صحیح ترمیم می‌کند؟
- ۸- آیا دانشجو تکنیک آسپتیک را حفظ می‌کند؟
- ۹- آیا دانشجو می‌تواند مراقبت‌های بعد از عمل را بطور صحیح به زن توضیح می‌دهد؟

توجه:

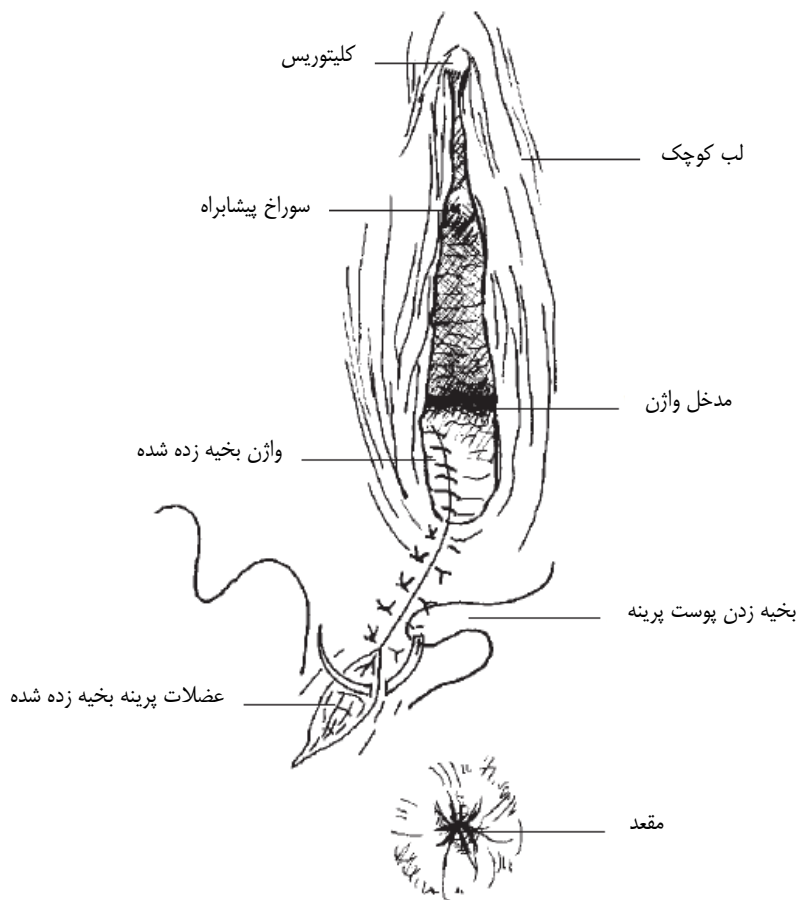
(الف) اپی‌زیوتومی نباید هیچوقت جهت اهداف آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.



شکل ۷.۲۱: ترمیم اپی زیوتومی مدیولترال (بخیه زدن واژن)



شکل ۷.۲۲: ترمیم اپی زیومی مدیولترال (بخیه زدن عضلات پرینه)



شکل ۷.۲۳: ترمیم اپی‌زیوتومی مدیولترال (بخیه زدن پوست)

(ب) مدرس بایستی نحوه زدن بخیه در برش اپی‌زیوتومی توسط دانشجو را قبل از زدن بخیه محل پارگی آموزش داده و ارزیابی نماید. ترمیم اپی‌زیوتومی اغلب راحت‌تر از ترمیم پارگی است.

مهارت: تجویز داروهای مورد نیاز

روش آموزشی

موضوع را در کلاس عنوان کرده و توسط آموزش بالینی که بایستی شامل موارد زیر باشد بحث را ادامه دهید:

- تجویز و ذخیره داروها
- نشان دادن و نظارت بر وارد کردن کاتولای داخل وریدی
- نشان دادن تجویز داروها از طریق وریدی
- نظارت بر دانشجویان در مورد دادن آنتی‌بیوتیک از طریق وریدی (یا سایر داروهای مورد نیاز در تمرین بالینی)

محتوای آموزشی

دادن آنتی‌بیوتیک

مهم است که برخی واقعیت‌های کلی مورد توجه قرار گیرد.

- ۱- عفونت در طی بارداری و دوران بعد از زایمان ممکن است بوسیله ارگانیزم‌های متعدد صورت گیرد.
- ۲- ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌ها را برای پوشش کوکسی‌ها و باسیل‌های هوازی و بیهوازی بدهید.
- ۳- آنتی‌بیوتیک‌های وریدی برای بسیاری از عفونت‌های جدی ترجیح داده می‌شود، زیرا به نفوذ سریع‌تر دارو بر بافت‌های تحت تأثیر کمک می‌کند.
- ۴- اگر تجویز خوراکی دارو برای زنان در منزل مدنظر قرار گیرد، مهم است به زن تأکید شود که دوره درمانی قرص‌ها را تکمیل نماید، حتی زمانی که او احساس بهتری قبل از اتمام آن‌ها داشته باشد.

تجویز داروها

نکات زیر مربوط به استفاده از تمام داروها توسط ماما می‌باشد.

- ۱- اگر ماماها در حال کار کردن بدون نظارت ثابت یک پزشک باشند، داروهای خاص و دوز آن‌ها بایستی مورد توافق متصدیان پزشکی مسئول باشد.
- اگر مقررات قانونی / پزشکی / مامایی / پرستاری که مانع تجویز داروها توسط ماما در غیاب یک پزشک شود، وجود داشته باشد، این شرایط نیاز به اصلاح دارند.
- ۲- مطمئن شوید که ذخایر کافی از داروهای ضروری در تمام زمان‌ها در دسترس است.
- ۳- مطمئن شوید که تاریخ انقضای داروها نگذشته باشد و آن‌ها بطور ایمن ذخیره شده و در دمای مناسب هستند.
- ۴- بطور واضح در برگه تجویز داروها بنویسید:

- نام دارو:
- دوز:
- روش تجویز:
- تاریخ و زمان تجویز هر دوز دارو:
- امضا: تجویز توسط بالین کار و دوز تجویز شده توسط وی

بخاطر داشته باشید:

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

این یک تمرین خوب برای پرسش از بالین کار دوم جهت بررسی یک دارو قبل از تجویز است.

داروهای داخل وریدی

ماماها همچنین بایستی تعدادی از قوانین مربوط به تجویز آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی را یاد بگیرند.

- ۱- ماماها بایستی در تزریقات داخل وریدی مهارت یابند.
- ۲- یک آنتی‌بیوتیک ممکن است از طریق قرار دادن یک کانولا داخل وریدی تزریق شود.
- ۳- خیلی مهم است که مطمئن باشیم:
 - سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها/ کانولا استریل است.
 - هیچ هوایی در داخل سرنگ نیست.
 - کانولا باز است (یعنی بسته نیست).
 - کانولا بطور صحیح در داخل ورید وارد شده است.
- ۴- زن را بطور دقیق از نظر هر نوع واکنش جانبی ناشی از تزریق بررسی کنید. اگر این مورد اتفاق افتاد، دوزهای بیشتر نباید تجویز شود و زن بایستی فوراً به نزد پزشک ارجاع شود.

ارزیابی صلاحیت

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

- ۱- آیا دانشجو قادر است آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف را جهت استفاده مهیا کند؟
- ۲- آیا دانشجو دوز صحیح تمام داروهای مورد نیاز جهت استفاده چه از نوع داخل وریدی، داخل عضلانی و خوراکی را می‌داند؟
- ۳- آیا دانشجو قادر است نیاز به ضد تب‌ها و ضد دردها را شناسایی کند؟ آیا او از این‌ها به همراه سایر روش‌های کاهش تب و تسکین درد استفاده می‌کند؟
- ۴- آیا دانشجو اهمیت توجه به تاریخ انقضای داروها و عدم استفاده بعد از تاریخ مذکور را می‌فهمد؟
- ۵- آیا دانشجو اهمیت ذخیره داروها بطور صحیح و نگهداری استوک دارویی کافی را می‌فهمد؟
- ۶- آیا دانشجو اهمیت فهم موارد زیر را می‌تواند نشان دهد:
 - دوز صحیح
 - داروی صحیح
 - در زمان صحیح
 - به روش صحیح
 - به بیمار صحیح
- ۷- آیا دانشجو داروها را به شکل دقیق، صحیح و سالم تجویز می‌کند؟
- ۸- آیا دانشجو تمام مستندات را بطور دقیق و کامل نگهداری می‌کند؟

مهارت: نگهداری مستندات

روش آموزشی

این عنوان را در کلاس معرفی کرده و یا مرور کنید و سپس در گروه‌های کوچک برخی آموزش‌های بالینی را انجام دهید. از دانشجویان بخواهید که مستندات خود را در گروه‌های کوچک به اشتراک بگذارند. به آن‌ها کمک کنید که مشکلات و ضعف‌های موجود در نگهداری مستندات را شناسایی کنند. مطمئن شوید که دانشجویان ضعف‌های موجود در مستندات خود را قبل از انتقاد سایرین یاد گرفته‌اند. به آن‌ها یادآوری کنید که اگر آن‌ها احساس تهدید کنند، به سایرین در بهبود نگهداری مستندات کمکی نخواهند کرد.

محتوای آموزشی

دانشجویان ممکن است با اصول نگهداری مستندات از دوران پرستاری عمومی‌شان آشنا باشند. آن‌ها نیاز به شناسایی تجهیزات خاص نگهداری مستندات در مامایی و نیز نیازهای خاص به زن زایمان کرده دارند. به دانشجویان در مورد اهمیت نگهداری مستندات یادآوری کنید. تأکید کنید که آن‌ها باید:

- واضح
 - قانونمند
 - دقیق بوده و بایستی شامل:
 - تاریخ
 - زمان
 - و امضا باشند.
- در مورد اهمیت تعادل در نگهداری مستندات بحث کنید. یک ماما بایستی بنویسد:
- به مقدار کافی جهت واضح بودن
 - و نه خیلی طولانی که وقت ارزشمندی که ماما برای مراقبت از زن نیاز دارد را بگیرد.

این نکته خیلی مهم است.

از دانشجویان بخواهید گروه‌هایی جهت بحث ترتیب داده و این سوال را در نظر بگیرند "هدف از نگهداری مستندات چیست؟"

اهداف نگهداری مستندات

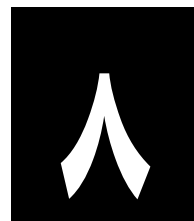
- زمانی که دانشجویان اطلاعات را می‌دهند، هدف را بر روی تخته سیاه بنویسید.
- ۱- برای مرور پیشرفت یا عدم پیشرفت.
 - ۲- برای توانمند کردن ارائه مراقبت‌های مناسب در زمان صحیح.
 - ۳- برای ارزیابی تداوم صحیح مراقبت در بین کارکنان مختلف.
 - ۴- برای آماده‌سازی یک پرونده در مراجعات آینده
 - ۵- برای مواجه با نیازمندی‌های قانونی (در اینجا به قوانین مامایی/ پرستاری مربوط به نگهداری مستندات ارجاع دهید. فصل مربوط را خوانده و مطمئن باشید که دانشجویان آن را درک کرده‌اند. این مطلب را با پرسش کردن از آن‌ها برای ترجمه به زبان ساده‌ای که با آن آشنا هستند، بخواهید).

ارزیابی صلاحیت

به منظور تأیید اینکه دانشجو صلاحیت کافی را دارد پاسخ به سوالات زیر بایستی مثبت باشد.

- ۱- آیا دانشجو اصول و هدف از نگهداری مستندات را می‌داند؟
- ۲- آیا مستندات دانشجویان جهت فهم و استفاده، آسان است؟ آیا آن‌ها واضح، قانونمند و صحیح نوشته شده‌اند؟
- ۳- آیا دانشجو الزامات قانونی که به نگهداری مستندات به وسیله‌ی ماماها اشاره می‌کند را می‌تواند شرح دهد؟

ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و
قسمت‌های فوقانی واژن



جلسه ۸

ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن

هدف این جلسه:

- توانمند کردن دانشجویان برای کسب مهارت‌های مورد نیاز جهت ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن
- فرض بر این است که دانشجویان با مطالعه جلسه ۸، به اهداف جلسات ۱ تا ۷ این مدل دستیابی پیدا کرده‌اند.

اهداف درسی:

در پایان جلسه ۸ دانشجویان قادر خواهند شد:

- ماهیت و علل پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن را شرح دهد.
- پروسیجر مشاهده دهانه‌ی رحم و واژن را نشان دهد.
- آماده‌سازی زن جهت ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن و تجهیزات و وسایل مورد نیاز را شرح دهد.
- پروسیجر ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن را نشان دهد.
- مدیریت و مراقبت‌های بعد از ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن را شرح دهد.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده، بحث، نشان دادن (۱ ساعت).

آموزش بالینی و نظارت (متغیر، بستگی به توانایی و نیاز دانشجو دارد).

زمان‌بندی

جلسه تئوری حداقل به ۱ ساعت زمان نیاز دارد. به وجود این، اجزاء بالینی که مهم‌تر هستند، بیشتر طول می‌کشند و بایستی بر اساس نیاز هر دانشجو به آموزش بالینی و نظارت، ارزیابی شود.

همچنین زمان بر اساس موارد زیر متغیر خواهد بود:

- دسترسی به نمونه‌های بالینی مربوطه- با کنترل جدی باید از دستیابی به اهداف آموزشی مطمئن بود. فقط نمونه‌هایی که از نظر بالینی اندیکاسیون ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن را دارند، بایستی مورد استفاده قرار گیرند.
- دسترسی به مدرسین مجرب در این زمینه- مدرسین مامایی ممکن است تمایل به همکاری با یک متخصص زنان در زمان آموزش ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن را داشته باشند.

منابع

مشکلات مدیریت در بارداری و زایمان: راهنمایی برای ماماها و پزشکان.

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

زمانی که مهارت‌ها را در این جلسه تدریس می‌کنید، مدرسین مامایی ممکن است تمایل به همکاری با سایر مدرسین و/ یا بالین‌کارانی را داشته باشند که در این زمینه مهارت کافی را دارند (یعنی ماما‌های بالین‌کار، متخصصین زنان)

مهارت‌ها بایستی ابتدا به وسیله‌ی مدرس یا به وسیله‌ی یک بالین‌کار ماهر صلاحیت‌دار نشان داده شوند. سپس بایستی یک تمرین شبیه‌سازی شده جهت آماده‌سازی دانشجویان با دادن یک فرصت برای آماده کردن تجهیزات و آشنا شدن باتوالی گام‌ها در این پروسیجر، صورت گیرد؛ این عمل می‌تواند در کلاس با استفاده از مدل لگن و یک مدل مناسب برای تمرین بخیه زدن پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن انجام شود.

بالاخره در صورت امکان (یعنی فرصت‌هایی برای دانشجویان برای مواجهه با این مهارت‌ها ممکن است خیلی محدود باشد)، تمرین بالینی بایستی تحت نظارت مستقیم اتفاق افتاده و بازخورد در مورد توانایی دانشجویان جهت گسترش صلاحیت در این زمینه صورت گیرد. به دانشجویان یادآوری کنید تمرین پیش‌گیری از عفونت که به ترتیب در اداره‌ی خونریزی بعد از زایمان اولیه و ثانویه (جلسه ۶) شرح داده شده است، برای مهارت‌ها در این فصل بکار گیرند.

عدم ترمیم پارگی‌های دهانه‌ی رحم یا واژن ممکن است سبب خونریزی شدید، اسکار، عفونت، مقاربت دردناک و مرگ شود. بنابراین مهم است که پرسنل مامایی بدانند چگونه آن را ترمیم کنند. پارگی‌های دهانه‌ی رحم معمولاً در قسمت جانبی در یک یا هر دو سمت اتفاق می‌افتد. یک پارگی دهانه‌ی رحم بالا، ممکن است به سمت سگمان تحتانی رحم کشیده شده و سبب پارگی ناکامل رحم شود. یک پارگی دهانه‌ی رحم ممکن است شاخه‌های شریان رحمی که به دهانه‌ی رحم می‌رسد را درگیر کرده و سبب خونریزی وسیع شود.

زمانی که پارگی در دو سوم فوقانی واژن اتفاق افتاد، پارگی قسمت فوقانی واژن نامیده می‌شود. پارگی یک سوم فوقانی واژن معمولاً با پارگی‌های دهانه‌ی رحم همراه است. برخی مواقع لایه‌ی سطحی واژن سالم است اما هماتوم بزرگ (تجمع خون) در واژن به علت پارگی وریدهای واژن وجود دارد. پارگی دهانه‌ی رحم و قسمت‌های فوقانی واژن ممکن است ناشی از موارد زیر باشد:

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

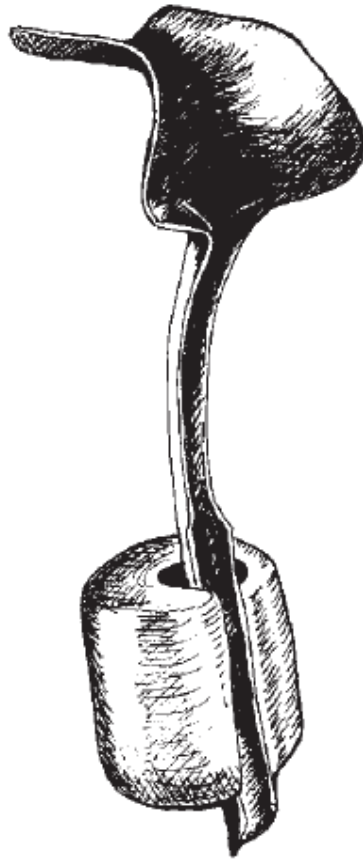
مشاهده‌ی دهانه‌ی رحم و واژن

دهانه‌ی رحم و واژن باید به طور روتین معاینه شوند، حتی اگر خونریزی وجود نداشته باشد مخصوصاً بعد از زایمان‌های ابزاری، لیبر طول کشیده/ متوقف شده و لیبر تسریع شده. پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن به وسیله‌ی معاینه‌ی دقیق واژن زیر نور کافی تشخیص داده می‌شود.

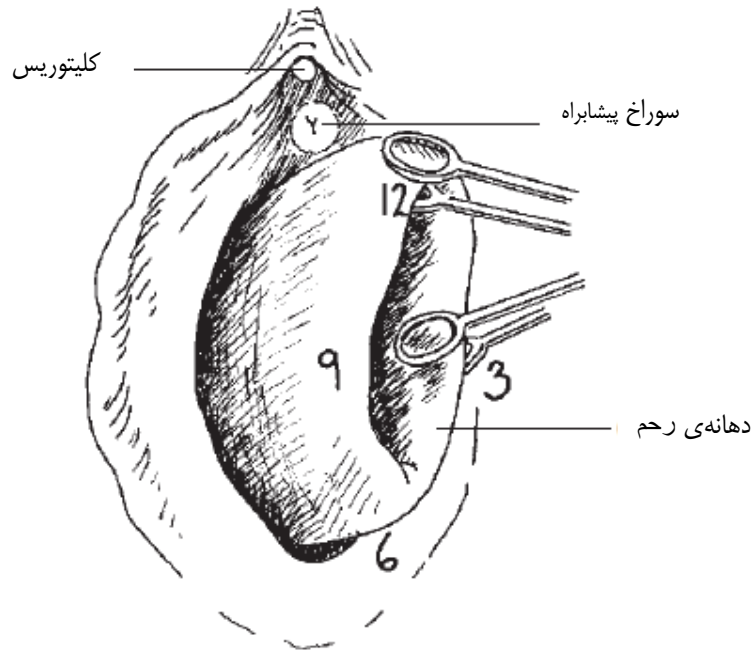
- بعد از شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش استریل لایبهای زن (لبهای واژن) را بوسیله یک دست جدا کنید
- به کمک یک چراغ با نور کافی داخل واژن را به دقت از نظر خونریزی و هماتوم بررسی کنید
- به طور محکم به وسیله‌ی انگشتان دست به دیواره‌ی خلفی واژن فشار دهید و واژن را عمیقاً مشاهده کنید. خونریزی از پارگی‌های واژن یا دهانه‌ی رحم ممکن است کم یا مداوم باشد و یا از یک شریان فوران یابد
- به آرامی در جهت خلاف دیواره‌ی واژن فشار دهید. انگشتان دست را در تمام مسیرهای دیواره‌ی واژن تا دهانه‌ی رحم جهت بررسی نقاط خونریزی دهنده یا یک هماتوم حرکت دهید. این حرکت را در سمت مقابل واژن تکرار کنید
- سپس از یک دستیار برای فشار محکم بر رحم زن حامله کمک بخواهید. این عمل سبب پایین آمدن دهانه‌ی رحم به سمت واژن شده و در نتیجه بررسی آن راحت‌تر خواهد بود.
- دو اسپاکولا، یکی بطور خلفی و دیگری در قسمت قدامی وارد کرده و از دستیار بخواهید که آن‌ها را نگه دارد. (اگر شما تنها بودید یک اسپاکولای خلفی دارای وزنه همانند **شکل ۸.۱** می‌تواند برای فشار به سمت خلف دیواره خلفی واژن استفاده شود. اگر هیچ اسپاکولایی در دسترس نبود، با یک دست بطور محکم به دیواره خلفی واژن جهت در معرض دید قرار دادن بهتر دهانه‌ی رحم فشار وارد کنید. به عبارت دیگر از یک فورسپس اسپونژ استفاده کرده و بر روی لبه قدامی کلامپ کنید (لبه فوقانی) در ساعت ۱۲^{۳۷}. فورسپس اسپونژ دیگر را بر روی دهانه‌ی رحم در ساعت ۳ کلامپ کرده و قسمت‌هایی از دهانه‌ی رحم بین این دو فورسپس را امتحان کنید (**شکل ۸.۲**). از نظر خونریزی آهسته و مداوم یا جهش خون بررسی کنید. کلامپ را از ساعت ۱۲ جدا کرده و مجدداً بر روی ساعت ۶ کلامپ کنید. هم‌اکنون قسمت‌های موجود بین ساعت ۳ و ۶ را بررسی و امتحان کنید (**شکل ۸.۳**). دوباره کلامپ را از ساعت ۳ باز کرده و مجدداً بر روی ساعت ۹ کلامپ کنید. این پروسیجر شبیه ساعت را ادامه دهید، تا زمانی که تمام دهانه‌ی رحم را معاینه کنید. پارگی‌ها بیشتر در اطراف (قسمت‌های جانبی) دهانه‌ی رحم بر روی ساعت ۳ تا ۹ اتفاق می‌افتد. اگر خونی در این مسیر وجود داشت و دیدن ناحیه‌ای که خون از آن خارج می‌شود مشکل بود، از یک گاز استریل یا حوله برای پاک کردن خون استفاده کنید.

در صورت بزرگ بودن پارگی و خروج مداوم خون از آن بایستی ترمیم شود. پارگی‌های کوچکی که خون از آن‌ها خارج نمی‌شود نیازی به ترمیم ندارند. پارگی‌هایی جزئی دهانه‌ی رحم در اغلب لیبرها اتفاق می‌افتند. این پارگی‌ها خودشان به سرعت بهبود می‌یابند. در زمان بهبود، نمای ظاهری دهانه‌ی رحم از یک سوراخ گرد منظم به یک شکاف عرضی تغییر خواهد کرد (**شکل ۸.۴**). اگر پارگی دهانه‌ی رحم به سمت رحم گسترش یابد، جهت ترمیم پارگی نیاز به لاپاراتومی خواهد بود.

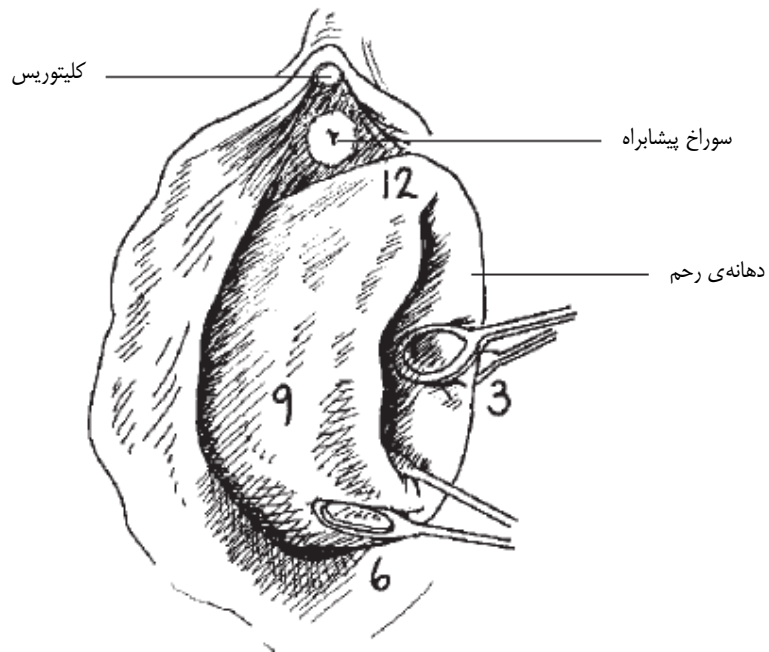
^{۳۷} به دانشجویان شرح دهید که به منظور سهولت درک این مطلب باید دهانه‌ی رحم را بصورت یک ساعت تصور کنند.



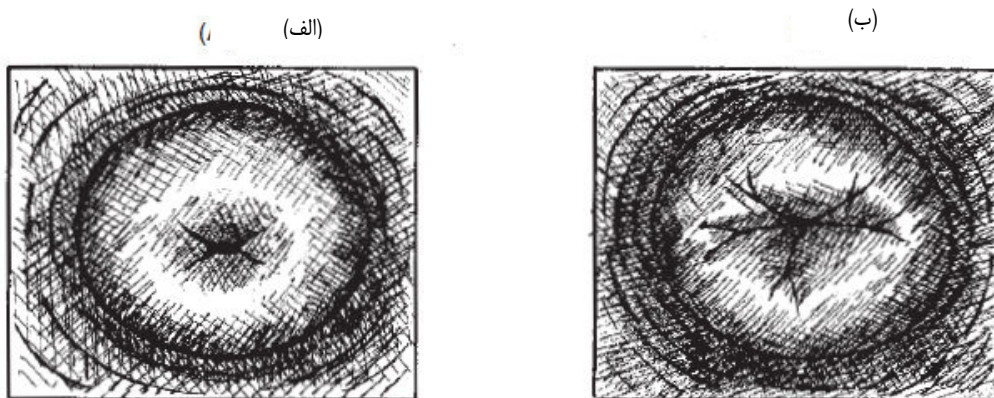
شکل ۸.۱: اسپاکولای خلفی دارای وزنه



شکل ۸.۲: مشاهده دهانه‌ی رحم از نظر پارگی‌ها بین ساعت ۱۲ و ۳



شکل ۸.۳: مشاهده دهانه‌ی رحم از نظر پارگی‌ها بین ساعت ۳ و ۶



شکل ۸.۴: نمای دهانه‌ی رحم در یک زن نولی پار (الف) و یک زن مولتی پار (ب)

ترمیم پارگی‌های قسمت‌های فوقانی واژن و دهانه‌ی رحم

آماده‌سازی بیمار

- وضعیت عمومی بیمار را ارزیابی کنید. علائم حیاتی او را کنترل کنید. مقدار خون از دست رفته را تخمین بزنید. رحم را از نظر سفت شدن و انقباض مناسب، کنترل کنید. از زن بخواهید در صورت توانایی ادرار کند.
- مداخلات را برای زن توضیح داده و به او اطمینان خاطر دهید.
- اگر تاکنون نوع خون، کراس میچ و سطح هموگلوبین را اندازه‌گیری نکرده‌اید، آن را انجام دهید.
- سرم سالین نرمال یا رینگرلاکتات را از طریق مسیر وریدی شروع کرده و اگر هیپوولمی هنوز اصلاح نشده، سرعت آن را افزایش دهید. زمانی که خون زیادی از دست رفته باشد، ترانسفوزیون خون ممکن است نیاز باشد.

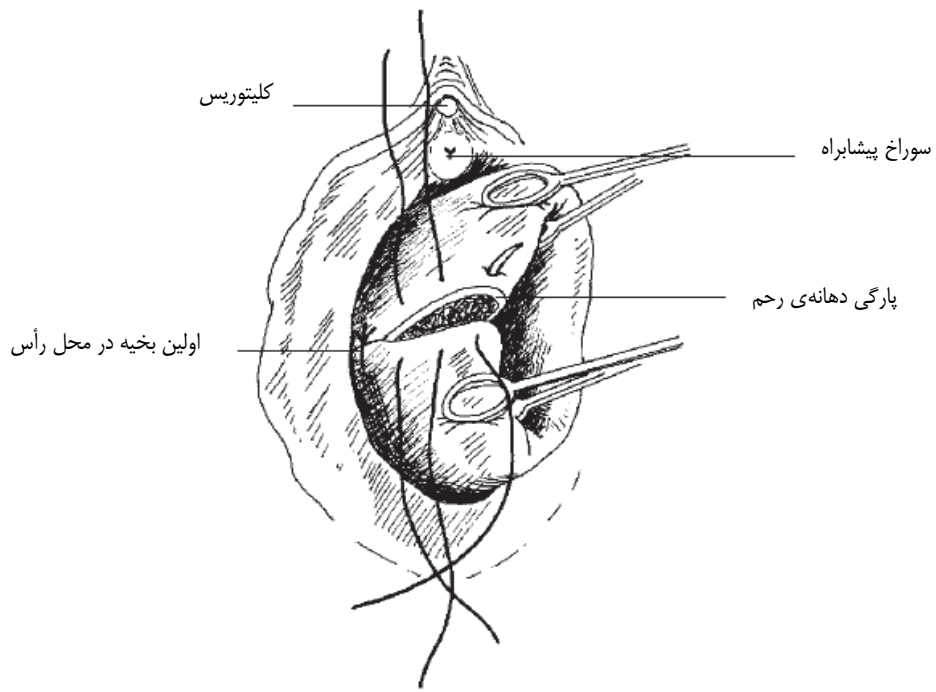
تجهیزات و ذخایر مورد نیاز

- یک منبع نور خوب
- محلول ضدعفونی
- دستکش استریل
- نخ بخیه ۲-۰ و سوزن
- سوزن‌گیر
- دو فورسپس اسپونژ
- بیحسی موضعی (مثل لیدوکائین ۰.۵ یا ۱ درصد)، سرنگ و سوزن
- گاز استریل
- اسپاکولا (قدامی و خلفی)

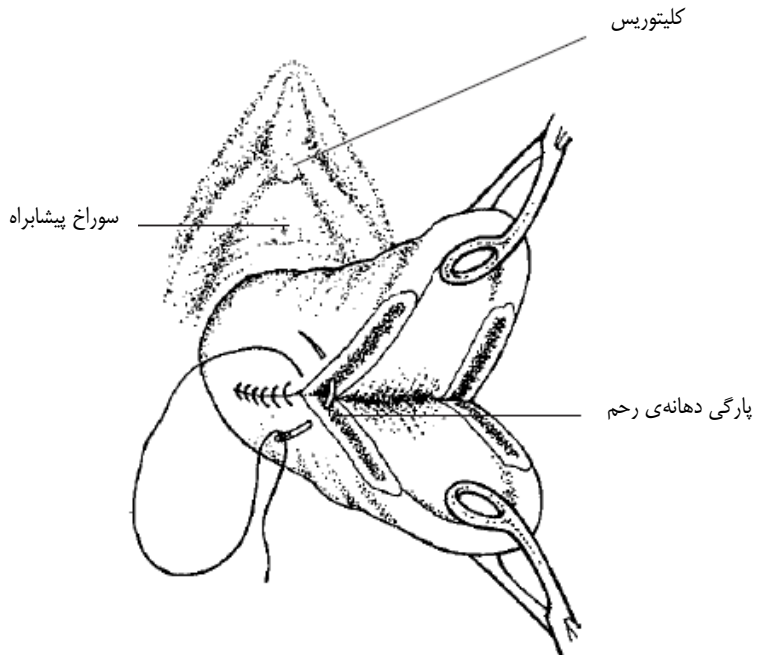
برای پارگی‌هایی که در قسمت‌های فوقانی بوده و یا گسترش یافته‌اند از پتیدین و دیازپام وریدی آهسته استفاده کنید. (هر دو را در یک سرنگ مخلوط نکنید).

پروسیجر ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم

- ۱- به زن کمک کنید به پشت دراز کشیده و زانوهایش را خم کند.
- ۲- پرینه، ولو و واژن را با محلول ضدعفونی کننده تمیز کنید.
- ۳- دست‌ها را شسته و در صورت در دسترس بودن از دستکش استریل استفاده کنید. و اگر دستکش استریل در دسترس نبود از دستکش تمیز استفاده کنید.
- ۴- زمانی که زن خودش قادر به دفع ادرار نبود، سوند داخل مثانه بگذارید.
- ۵- از یک دستیار برای ماساژ رحم و ایجاد فشار بر فوندوس کمک بخواهید.
- ۶- به آرامی دهانه‌ی رحم را بوسیله اسپونژ فورسپس یا رینگ فورسپس بگیرید. فورسپس را بر روی هر دو سمت پارگی گرفته و به آرامی مسیرهای مختلف را جهت بررسی تمام دهانه‌ی رحم بکشید. ممکن است چندین پارگی وجود داشته باشد. (اخطار: اگر از فورسپس دنداندار یا کلامپ استفاده کنید، ممکن است سبب بریدگی دهانه‌ی رحم شده و باعث خونریزی بیشتری شود، یا ممکن است بطور تصادفی سبب کندیگی قسمتی از دهانه‌ی رحم شود).
- ۷- بخیه زدن را از رأس (بالای) محل پارگی شروع کنید. از بخیه پلی گلیکولیک به روش مداوم و در صورت در دسترس نبودن از کاتگوت کرومیک استفاده کنید (شکل ۸.۵ و شکل ۸.۶)
- ۸- اگر قسمت زیادی از لبه دهانه‌ی رحم دچار پارگی شده باشد، بخیه زدن به روش مداوم را انجام دهید.
- ۹- اگر به سختی به رأس پارگی دسترسی داشتید، جهت دستیابی به آن می‌توانید از رینگ فورسپس یا فورسپس شریانی استفاده کنید. فورسپس را در محل به مدت ۴ ساعت رها کنید. بر بستن نقاط خونریزی دهنده اصرار نکنید زیرا این تلاش سبب افزایش خونریزی می‌شود.
- ۱۰- بعد از ۴ ساعت فورسپس را بطور نسبی باز کنید اما آن را کامل خارج نکنید. بعد از ۴ ساعت فورسپس را بطور کامل باز کنید.



شکل ۸.۵: گرفتن دهانه‌ی رحم بطور محکم توسط فورسپس برای ترمیم پارگی

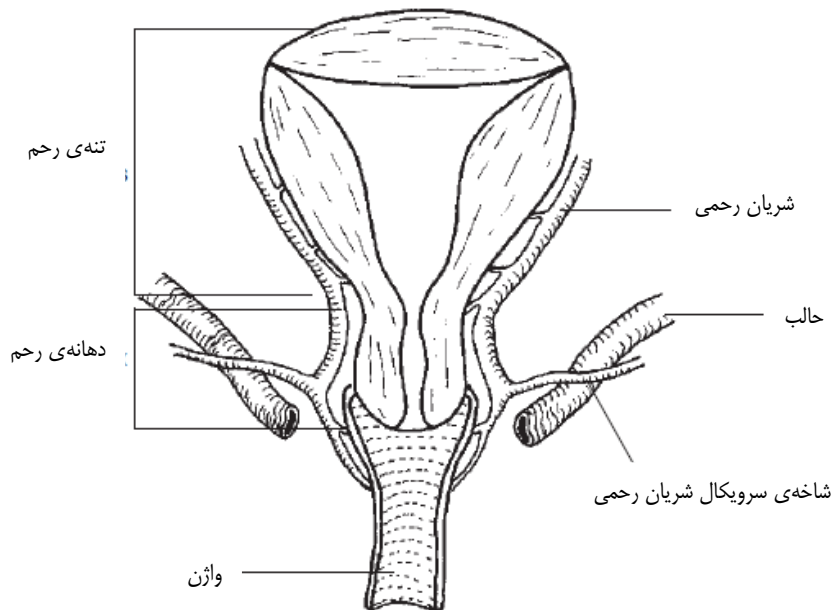


شکل ۸.۶: بخیه غیر منقطع دهانه‌ی رحم

پروسیجر ترمیم پارگی قسمت‌های فوقانی واژن

لاپاراتومی ممکن است جهت ترمیم پارگی دهانه‌ی رحمی نیاز باشد که در نتیجه گسترش قسمت‌های فوقانی واژن ایجاد شده است.

- ۱- مشابه پارگی دهانه‌ی رحم شروع کنید (۱ و ۲ و ۳)
 - ۲- پارگی محل واژن را در معرض دید قرار دهید.
 - ۳- بعد از تزریق محلول بیحسی، پارگی را به روش بخیه‌های مداوم بخیه بزنید. پارگی‌های قسمت‌های عمقی را نیز ترمیم کنید و نه فقط خط واژن. زیرا اغلب پارگی‌های واژن با آسیب بافت‌های زیرین همراه هستند. اگر پارگی در یک سوم فوقانی واژن باشد آگاه باشید که حالب ۱.۵ سانتی‌متر بالاتر از فورنیکس طرفی است (شکل ۸.۷). از وارد کردن عمیق سوزن در این محل خودداری کنید.
 - ۴- از پد استریل در ناحیه پرینه استفاده نمایید.
- خونریزی از پارگی‌های دهانه‌ی رحم و واژن ممکن است شدید بوده و سبب مرگ زن شود. بنابراین اقدام سریع ضروری است.



مراقبت بعد از عمل

- علایم حیاتی زن را بطور مرتب کنترل کنید.
- از نظر خونریزی و/یا گسترش هماتوم بررسی کنید.
- مایعات داخل وریدی و/یا خون بر اساس شرایط زن استفاده کنید.

- به زن آموزش دهید که ژنیتالیای خود را حداقل روزی ۲ بار، همیشه بعد از دفع مدفوع شستشو داده و پد پرینه را بطور مرتب تعویض نماید.
- زن را بعد از ۱۰ روز و مجدداً بعد از ۶ هفته از نظر بهبود مناسب زخم کنترل کنید.

مشکلات و نحوه مدیریت آنها

مشکلات زود هنگام

۱- خونریزی

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

۲- هماتوم

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

۳- احتباس ادرار

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

۴- عفونت

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

مشکلات دیر هنگام

- ۱- اسکار و تنگی واژن (باریک شدگی) ممکن است در پارگی‌های فراموش شده واژن اتفاق افتاده و سبب مقاربت دردناک و لیبر متوقف شده در زایمان‌های بعدی شود.
- ۲- اسکار دهانه‌ی رحم بعلت عدم ترمیم پارگی‌های آن ممکن است منجر به لیبر طول کشیده در حاملگی‌های بعدی سبب اتساع نامناسب دهانه‌ی رحم شود.
- ۳- اگر پارگی دهانه‌ی رحم یا واژن به سمت مثانه یا رکتوم گسترش یابد، فیستول وریکوواژینال/وزیکوسرویکال یا رکتوواژینال ممکن است اتفاق افتد.

ارزیابی صلاحیت

جهت ارزیابی کسب صلاحیت در انجام پروسیجر، چک لیست زیر بایستی طی مشاهده مستقیم عملکرد دانشجوی در حال ترمیم پارگی دهانه‌ی رحم یا پارگی قسمت‌های فوقانی واژن استفاده شود.

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

برای این که یک دانشجو صلاحیت‌دار ارزیابی شود، هر گامی در پروسیجر بایستی به طور صحیح تکمیل شود. برای دانشجویانی که هر گام را بطور صحیح در این روش تکمیل نمی‌کنند، ترتیب دستورالعمل اضافی داده شده و مدرس بایستی از چک لیست دوباره برای مشاهده و ارزیابی صلاحیت دانشجو استفاده کند.

چک لیست مهارت‌های بالینی برای ترمیم پارگی‌های قسمت‌های فوقانی واژن

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

نظرات مدرس

نظرات دانشجو

ملاحظات	خبر	بله	گام
			<p>ابزارها و تجهیزات</p> <ul style="list-style-type: none"> آماده کردن وسایل، اتاق و تجهیزات
			<p>آماده‌سازی بیمار</p> <ul style="list-style-type: none"> دادن اطمینان خاطر به زن و توضیح علت خونریزی گرفتن خون جهت اندازه‌گیری هموگلوبین، گروه خونی و کراس مچ شروع مایعات داخل وریدی لاکتات سدیم یا سالین نرمال تجویز افزایش دهنده‌های پلاسما یا خون در صورت شدید بودن شوک (در صورت در دسترس بودن خون سالم) کنترل رحم را از نظر سفت بودن و منقبض بودن خواستن از زن جهت خالی کردن مثانه‌اش توضیح پروسیجر به زن تمیز کردن اطراف پرینه و واژن با محلول ضدعفونی کننده
			<p>گام‌های پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش استریل سونداژ کردن در صورت عدم توانایی دفع ادرار در معرض دید قرار دادن دهانه‌ی رحم قرار دادن اسپونز فورسیس در هر طرف پارگی شروع بخیه زدن از رأس پارگی زدن بخیه‌های غیرمنقطع در طول زخم و به فاصله ۱ سانتی‌متر از اطراف آن و در تمام ضخامت هر لبه دهانه‌ی رحم استفاده از پد استریل پرینه بکار بردن مهارت‌های ارتباطی بین فردی مناسب جهت ایجاد حمایت عاطفی
			<p>مراقبت‌های بلافاصله بعد از پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> کنترل علائم حیاتی زن بلافاصله بعد از پروسیجر و سپس هر ۲ تا ۴ ساعت کنترل خونریزی واژینال / تشکیل هماتوم جایگزینی مایعات داخل وریدی و شروع ترانسفوزیون خون در صورت لزوم شروع آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف برای زن (یعنی آمپی‌سیلین ۱ گرم بلافاصله و سپس ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز) دادن یک ضد درد (مثلاً پاراستامول) برای رفع درد در صورت نیاز اطمینان از راحتی زن و تحت نظارت مستمر بودن و کمک‌گیری از یک دستیار در صورت شدید بودن درد و یا زمانی که زن فکر می‌کند خونریزی دارد ترتیب ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر در صورت نیاز تکمیل تمام مستندات

نظرات مدرس

نظرات دانشجو

خارج کردن دستی جفت

۹

جلسه ۹

خارج کردن دستی جفت

اهداف این جلسه:

توانمند کردن دانشجویان به کسب مهارت‌های لازم جهت خارج کردن دستی جفت. فرض بر این است که دانشجویانی که در حال مطالعه در این جلسه هستند، به اهداف جلسه ۱ و ۳ این مدل دست خواهند یافت و قادر خواهند بود:

- فیزیولوژی مرحله سوم زایمان را با مراجعه به آناتومی مربوطه (جلسه ۱) توضیح دهند.
 - توصیف کنند که درک ماما از فیزیولوژی مرحله سوم و اداره‌ی این مرحله چگونه می‌تواند بر پیامد تاثیرگذار باشد.
 - اداره‌ی فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان را تحت نظارت انجام دهند (جلسه ۱).
 - علل و عوامل خطر خونریزی پس از زایمان را عنوان کرده و عوامل قابل اجتناب را شناسایی کنند (جلسه ۳).
 - در مورد گام‌هایی بحث کنند که جهت پیشگیری از مرگ ناشی از عوامل قابل اجتناب شناسایی شده باید برداشته شود (جلسه ۳).
- علاوه بر این دانشجویان به اهداف همه جلسات دیگر در این مدل دست خواهند یافت.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۹، دانشجویان قادر خواهند بود:

- آماده نمودن زنان برای خارج کردن دستی جفت و لوازم و تجهیزات مورد نیاز را توصیف کنند.
- پروسیجر خارج کردن دستی جفت را نشان دهند.
- اداره و مراقبت از زن را به دنبال خارج کردن دستی جفت توصیف کنند.
- خطرات همراه با جفت احتباس یافته و خروج دستی را توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته، بحث و نمایش، آموزش بالینی و نظارت (۳ ساعت).

زمان بندی

جلسه تئوری حداقل ۱ ساعت زمان لازم خواهد داشت. با این وجود صلاحیت بالینی که مهم‌ترین قسمت است، مدت طولانی‌تری نیاز خواهد داشت و باید بر اساس نیاز هر دانشجو برای آموزش بالینی، نظارت و همینطور ارزیابی باشد.

زمان همچنین فرق خواهد کرد مطابق با:

- دسترسی به موارد بالینی مرتبط - کنترل دقیق باید تضمین کند که جهت مقاصد بالینی تنها باید از مواردی استفاده شود که اندیکاسیون بالینی برای خارج کردن دستی وجود دارد.
- دسترسی به مدرسین باتجربه در این مهارت - مدرسین مامایی ممکن است موقع تدریس خارج کردن دستی جفت بخواهند با همکاری یک متخصص مامایی یا مامای ارشد کار کنند.

منابع

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

هنگام تدریس مهارت‌ها در این جلسه، مدرسین مامایی ممکن است بخواهند با مدرسین دیگر و/ یا بالین‌کاران صلاحیت‌دار در مهارت‌ها (مانند ماماها‌ی بالینی و متخصصین مامایی) همکاری کنند.

مهارت‌ها نخست باید توسط مدرس یا یک بالین صلاحیت‌دار نشان داده شود. سپس باید تمرین شبیه‌سازی شده جهت فراهم کردن فرصتی برای دانشجویان جهت آشنایی با توالی گام‌های پروسیجر اجرا گردد. این کار را می‌توان در کلاس درس با استفاده از مدل لگن و یک مدل مناسب جفت انجام داد. نهایتاً، در صورت امکان (یعنی داشتن فرصت‌هایی برای تمرین دستی این مهارت توسط دانشجویان ممکن است خیلی محدود باشد)، تمرین بالینی باید تحت نظارت مستقیم و بازخورد انجام شود تا دانشجویان بتوانند صلاحیت در انجام مهارت را به دست آورند.

به دانشجویان یادآوری کنید که اقدامات پیشگیری از عفونت توصیف شده در رابطه با اداره خونریزی پس از زایمان اولیه و ثانویه (جلسه ۶) را در مهارت‌های مورد نیاز در این جلسه به کار گیرند. برای ماماها و سایر شاغلین سلامتی ماهر که فراهم کننده مراقبت در حین زایمان هستند، الزامی است که در خارج کردن دستی جفت مهارت کسب کنند.

از دانشجویان سوال کنید: چرا این حایز اهمیت است؟

آن‌ها باید درک کنند که:

▪ هر چه قدر جفت بیشتر احتباس یابد، خطرات بیشتر خواهند بود به خاطر:

- شوک
- خونریزی
- عفونت.

به این دلیل:

▪ اگر خونریزی ناشی از جفت احتباس یافته وجود دارد، خروج دستی جفت باید بدون تاخیر انجام شود.

دانشجویان باید موارد ذیل را در رابطه با خروج دستی جفت بدانند:

اندیکاسیون: توقف یا پیشگیری از خونریزی پس از زایمان.

قبل از یادگیری انجام خروج دستی، بالین کار باید قادر باشد:

▪ زایمان را اداره کند (مراحل اول، دوم و سوم)، شامل

▪ معاینه لگن، و

▪ برقراری انفوزیون داخل وریدی.

توضیح دهید که شما اکنون مهارت خروج دستی جفت را به صورت تئوری و عملی تدریس خواهید کرد. به دانشجویان اهمیت توانایی شناخت اولویت‌ها را حین انجام این کار یادآوری کنید (به عبارت دیگر انجام مهمترین چیزها در اول).

خارج کردن دستی جفت

آماده کردن بیمار

- مداخله را به خانم توضیح داده و به او اطمینان خاطر دهید.
- نمونه خون جهت گروه خونی و کراس‌مچ و سطح هموگلوبین بگیرید، در صورتی که قبلاً انجام نشده است.
- انفوزیون داخل وریدی را اگر قبلاً برقرار نشده است، شروع کنید و رینگر لاکتات یا سالین نرمال انفوزیون نمایید. اگر هیپوولمی هنوز اصلاح نشده است، سرعت انفوزیون را زیاد کنید. اگر خونریزی شدید باشد، ممکن است نیاز به تزریق خون باشد.
- یک دوز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک بدهید:
 - آمپی‌سیلین 2g وریدی، و
 - مترونیدازول 500mg وریدی، یا
 - سفازولین 1g وریدی به اضافه مترونیدازول 500mg وریدی.

لوازم و تجهیزات مورد نیاز:

- محلول ضد عفونی کننده
- دستکش استریل
- یک دستکش استریل بلند
- پنبه‌های (سوآپ) استریل
- پد استریل ولو
- کلامپ مثل فورسپس نگهدارنده اسپونژ.
- رسیور برای جفت
- داروها:
 - ضد درد
 - ارگومترین
 - اکسی‌توسین
 - آنتی‌بیوتیک‌ها
- سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها

ضد درد

از یک ضد درد مثل پتیدین ۲۵mg وریدی و یک مسکن از قبیل دیاپام ۱۰mg وریدی استفاده کنید.

اگر پتیدین و دیاپام در دسترس نیستند، از ضد درد مناسب دیگر در صورت دسترسی استفاده کنید و به آرامی با خارج کردن دستی جفت ادامه دهید چون که این پروسیجر نجات بخش زندگی است.

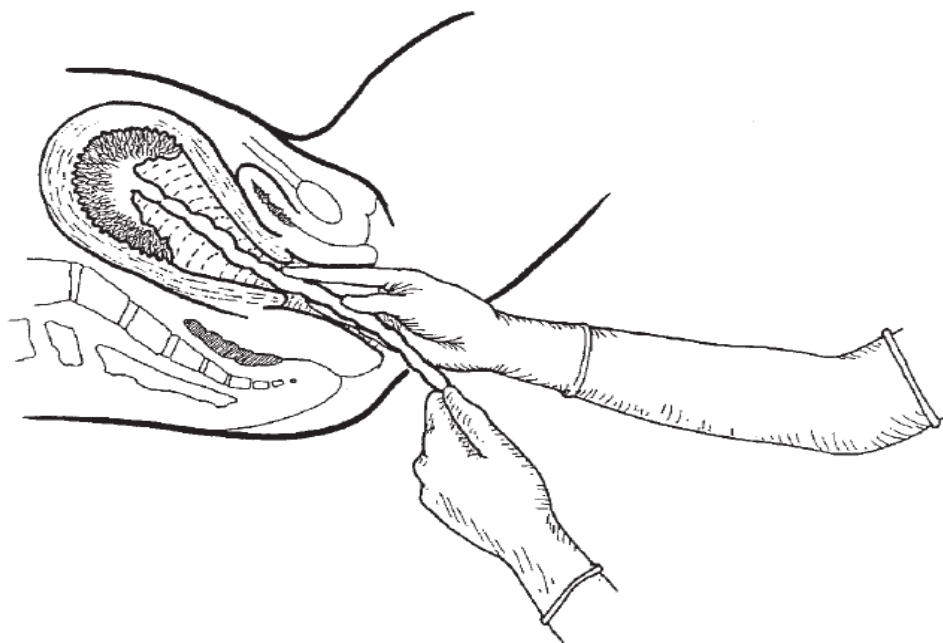
- ۱- در سرتاسر پروسیجر حمایت عاطفی برای خانم فراهم کنید.
- ۲- به خانم کمک کنید که با زانوهای خمیده به پشت بخوابد. اگر او قادر نیست که ادرار کند، سوندگذاری کرده و مثانه را خالی کنید. مثانه پر می‌تواند از زایمان جفت جلوگیری کند.
- ۳- ضددرد بدهید.
- ۴- دست‌ها و بازوهای خود را به خوبی شسته و اسکراب نمایید.
- ۵- اطراف واژن و ناحیه پرینه را با یک محلول ضدعفونی کننده شستشو دهید.
- ۶- نخست دستکش استریل کوتاه بپوشید. لب‌ها را جدا کرده و وستییول یا ناحیه داخل لب‌های کوچک را تمیز کنید. سپس در دستی که وارد واژن خواهد شد، یک دستکش استریل بلند روی دستکش کوتاه بپوشید. این کار از انتقال باکتری از بازو جلوگیری خواهد کرد. (اگر دستکش بلند در دسترس نباشد، از دستکش کوتاه دوم استفاده کنید، قسمت انگشتان را ببرید و از بقیه آن برای بلند کردن دستکش اول استفاده کنید).
- ۷- بند ناف را با یک پنس نگه‌داشته و به آرامی بکشید تا کشیده شده و موازی با کف زمین باشد.
- ۸- دست درگیر را که دستکش بلند دارد طوری وارد واژن کنید که همه انگشتان همراه با شست به صورت راست و چسبیده به هم بوده و در امتداد بند ناف حرکت کنند، با استفاده از حرکت چرخشی ملایم از میان سوراخ دهانه‌ی رحم به حفره رحم ببرید **(شکل ۹.۱)**. بندناف را ادامه دهید تا جفت را پیدا کنید. (زمانی که شما دست خود را در داخل رحم قرار داده‌اید، آن را خارج نکنید تا اینکه جفت را جدا کرده و سپس از رحم خارج نمایید. دستانتان را داخل و خارج رحم نکنید، چون این کار خطر عفونت را افزایش می‌دهد).
- ۹- دست خارجی خود را از بند ناف رها کرده و فوندوس رحم را از طریق شکم بگیرید. این کار از رحم حمایت می‌کند و کشش متقابلی را جین خارج کردن دستی جهت پیشگیری از برگشتن رحم فراهم می‌کند. **(شکل ۹.۲)**.
- ۱۰- وقتی به جفت رسیدید لبه آن را پیدا کنید. انگشتان دست خود را بین لبه جفت و دیواره رحم بلغزانید. در حالی که کف دست شما رو به جفت بوده و انگشتان به طور محکم به هم بچسبند، از حرکت یک‌طرفه به صورت تکه‌ای استفاده کنید تا به آرامی جفت را جدا کنید. همه اطراف محل جفت بروید تا همه جفت از دیواره رحم کنده شود.
- ۱۱- زمانی که همه جفت کنده شده و در کف دست شما قرار می‌گیرد **(شکل ۹.۳)**، به آرامی جفت را از رحم خارج کنید. فقط یک تکه از جفت را نکشید برای اینکه ممکن است از بقیه جفت پاره شود. پرده‌ها به دنبال جفت زایمان شده، خارج خواهند شد. آنها را به آرامی و به دقت خارج کنید چون ممکن است پاره شده و در داخل رحم مانده و باعث خونریزی یا عفونت شوند.
- ۱۲- جهت جلوگیری از برگشتن رحم با دست دیگر کشش متقابل به رحم را ادامه دهید.
- ۱۳- دست خود را جهت لمس حفره رحم از نظر هرگونه بافت جفتی باقی‌مانده، دوباره وارد کنید.
- ۱۴- اکسی‌توسین را به میزان ۲۰ واحد داخل ۱ لیتر مایع داخل وریدی (رینگر لاکتات و یا سالین نرمال) افزوده و به صورت داخل وریدی انفوزیون کنید. در صورت خونریزی سرعت آن را زیاد کنید.
- ۱۵- جهت کمک به انقباض رحم از ماساژ کمکی استفاده کنید.
- ۱۶- در صورت تداوم خونریزی سنگین، ارگومترین به میزان ۰/۲ میلی‌گرم به صورت عضلانی جهت کمک به انقباض رحم بدهید یا از پروستاگلاندین‌ها بسته به سیاست ملی استفاده کنید (پروستاگلاندین‌ها نباید به صورت داخل وریدی داده شوند، چون ممکن است کشنده باشند).
- ۱۷- جفت خارج شده را معاینه کرده و از لحاظ کامل بودن چک نمایید **(شکل ۹.۴)**.

مشکلات در خارج کردن جفت.

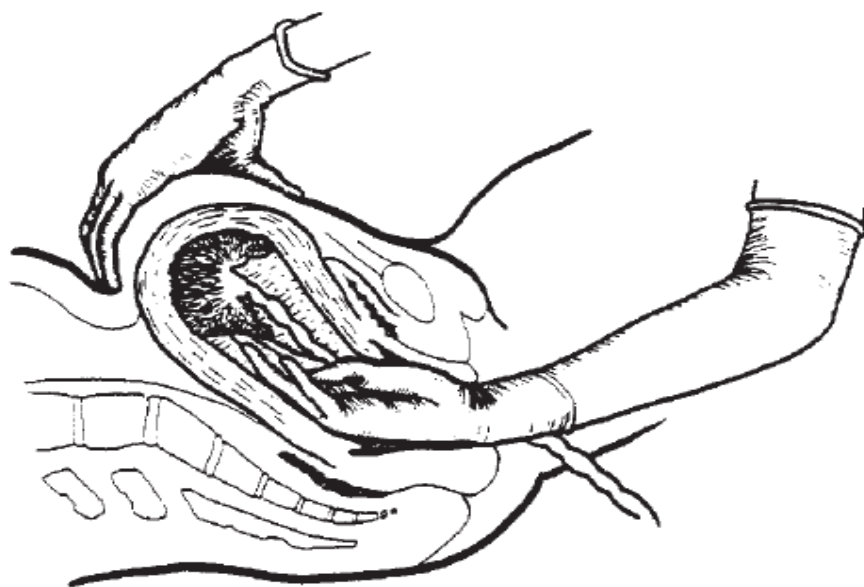
- اگر جفت از دیواره رحم با حرکت جانبی ملایم نوک انگشتان در خط کلیواژ جدا نگردد، احتمال جفت آکرتا وجود داشته و زن را به یک تسهیلات سلامتی سطح بالاتر جهت لاپاراتومی و هسیتروکتومی ساب توتال احتمالی ارجاع دهید. هیچگونه خونریزی از دیواره رحم اتفاق نخواهد افتاد اگر جفت چسبیده باشد، مگر از محلی که جفت کنده شده باشد.
- اگر جفت به دلیل حلقه انقباضی احتباس یافته باشد، یا اگر ساعت‌ها و روزها از تولد بچه گذشته باشد، امکان وارد کردن کل دست به داخل رحم وجود ندارد. جفت را با استفاده از دو انگشت به صورت تکه‌ای یا پنس اووم یا کورت کند و پهن خارج کنید. به علت خطر احتباس بافت جفتی، ارجاع جهت بررسی رحم زیر بیهوشی ممکن است نیاز باشد.
- اگر قبل، حین و بعد از خارج کردن جفت خونریزی پس از زایمان اتفاق افتد، همان‌طور که در فصل ۵ توضیح داده شده، مدیریت کنید.

نکات مهم:

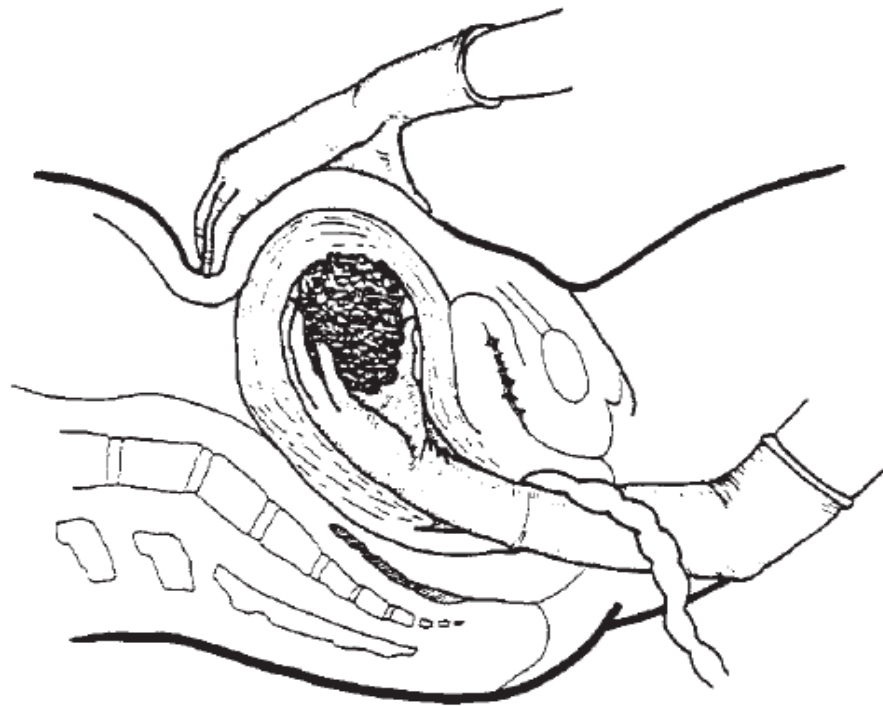
- تا حد امکان طی پروسیجر از احتیاط آسپتیک استفاده کنید.
- همه دستکاری‌های داخل رحمی باید به آرامی، یکنواخت و به ملایمت انجام شود.
- سگمان تحتانی رحم خیلی آسان سوراخ می‌شود اگر دست از طریق اوس فشار وارد کند.
- همچنین دیواره رحم به آسانی سوراخ می‌شود اگر حرکات خراشیدن و کندن قوی با انگشتان انجام شود.



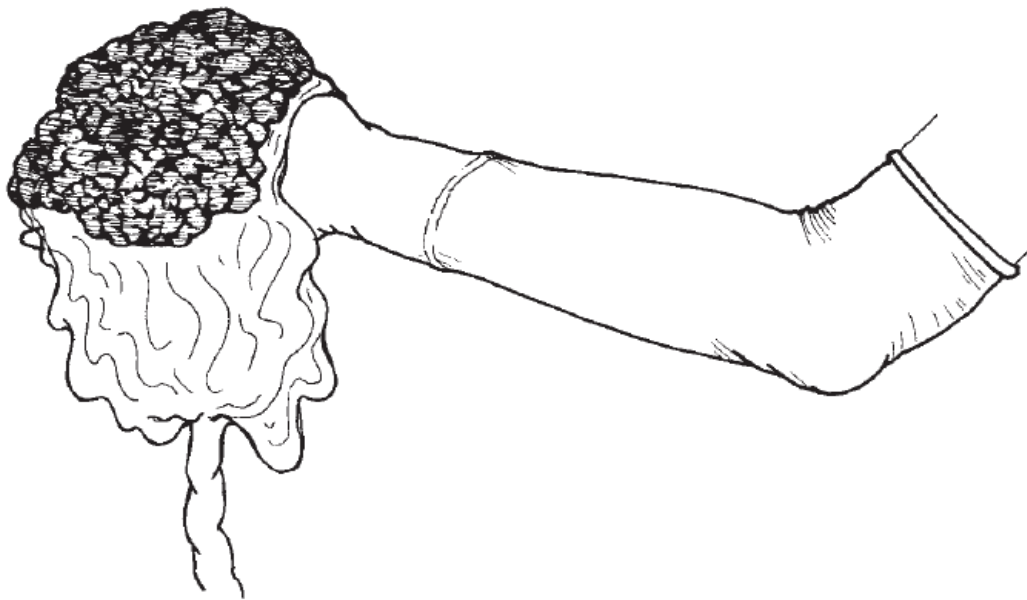
شکل ۹.۱ خارج کردن دستی جفت: وارد کردن یک دست داخل واژن در طول بندناف



شکل ۹.۲ خارج کردن دستی جفت: گرفتن فوندوس با دست دیگر، و جدا کردن جفت با حرکات تکه‌ای یک‌طرفه انگشتان



شکل ۹.۳ خارج کردن دستی جفت در کف دست



شکل ۹.۴ خارج کردن دستی جفت: بررسی جفت از نظر کامل بودن

مراقبت پس از خارج کردن دستی جفت

- علایم حیاتی زن اعم از نبض، فشارخون و تنفس را هر ۳۰ دقیقه به مدت ۶ ساعت بعدی یا تا زمان ثابت شدن کنترل کنید.
- وی را به دقت تحت نظر بگیرید تا اینکه اثرات مسکن وریدی برطرف شود.
- فوندوس رحم را لمس کنید و در صورتی که به خوبی منقبض نباشد آن را ماساژ دهید.
- جهت بررسی مقدار خونریزی، پد ولو را چک کنید.
- انفوزیون وریدی حاوی اکسی‌توسین را ادامه دهید.
- اگر وی در حال خونریزی شدید و/یا شوک باشد، وضعیت وی را تثبیت نموده و برای انتقال خون آماده کنید، یا در صورتی که امکان انتقال خون در محل وجود ندارد، ترتیب ارجاع دهید.

عوارض و اداره آنها

سه عارضه عمده به دنبال خارج کردن دستی جفت عبارتند از:

۱. خونریزی و شوک.
۲. عفونت و شوک سپتیک.
۳. صدمه به، یا پارگی، رحم.

۱. اداره خونریزی

علت خونریزی را پیدا کنید (پارگی واژن / دهانه‌ی رحم، باقی ماندن تکه‌های جفتی، پارگی رحم).

در صورت وجود پارگی، آن را ترمیم کنید. اگر خونریزی ناشی از رگ پاره شده است، رگ را کلامپ کرده و آن را ببندید. در موارد خونریزی ناشی از آتونی، رحم را ماساژ دهید تا منقبض شود و اکسی‌توسین به میزان ۱۰ واحد به صورت عضلانی یا ارگومترین 0.2 mg وریدی به صورت دوز درجا^{۲۸} داده، با اکسی‌توسین ۲۰ واحد در ۱ لیتر مایع وریدی ادامه داده و جهت کنترل خونریزی به سرعت انفوزیون نمایید.

در موارد باقی ماندن تکه‌های جفت، جهت معاینه، رحم را با مسکن یا تحت بیهوشی عمومی آماده کنید. اگر خونریزی سنگین است و تسهیلات در آن محل در دسترس نیست، بافت جفتی احتباس یافته را همان‌طور که قبلاً توضیح داده شده است به صورت دستی خارج کنید (تکنیک آسپتیک را به خاطر آورید: شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش). پس از این که آن‌ها را خارج کردید، فشار دو دستی یا آئورتیک به رحم وارد نمایید تا خونریزی قطع شود. اکسی‌توسین به میزان ۱۰ واحد به صورت عضلانی یا ارگومترین 0.2 mg وریدی داده، با انفوزیون داخل وریدی سالن نرمال یا رینگر لاکتات محتوی ۲۰ واحد اکسی‌توسین ادامه دهید.

در موارد پارگی رحم، لاپاراتومی جهت ترمیم رحم لازم است یا ممکن است نیاز به هیسترکتومی باشد. اگر امکان جراحی در محل نباشد، ترتیب ارجاع اورژانسی را بدهید.

در صورت لزوم تزریق خون انجام دهید، اگر امکان آن در محل وجود ندارد، ترتیب ارجاع به یک تسهیلات سلامتی سطح بالاتر جهت تزریق خون مهیا کنید.

در همه موارد نبض، فشارخون، تنفس، فوندوس و خونریزی واژینال را به طور مکرر کنترل کنید.

۲. مدیریت عفونت

هرگونه افزایش درجه حرارت یا لرز هشدار برای شما جهت احتمال عفونت باشد. اگر به عفونت گمان می‌برید، از قسمت فوقانی واژن سوآب برداشته و جهت انجام کشت و بررسی حساسیت به آزمایشگاه ارسال کنید.

به زن یکی از ترکیبهای آنتی‌بیوتیکی زیر را بدهید:

▪ آمپی‌سیلین ۲g وریدی هر ۶ ساعت، و

▪ جنتامایسین ۵ mg/kg هر ۲۴ ساعت، و

▪ مترونیدازول ۵۰۰ mg وریدی هر ۸ ساعت.

آنتی‌بیوتیک‌ها را تا ۴۸ ساعت پس از قطع تب ادامه دهید. اگر تب هنوز پس از ۷۲ ساعت وجود دارد، برای ارزیابی مجدد و درمان مناسب ارجاع دهید.

۳. پارگی رحم

زنی که بعد از زایمان در منزل با جفت احتباس یافته مراجعه می‌کند، احتمال زیادی جهت آسیب رحم به دنبال تلاش (ها) ناموفق برای خارج کردن جفت دارد. اگر زن سابقه کورتاژ، سابقه عمل سزارین یا جراحی رحمی داشته است، ممکن است مناطقضعیفی در دیواره رحم وجود داشته باشد که آن را به طور خاص مستعد پارگی کند.

پارگی رحم نیاز به لاپاراتومی فوری با هیسترکتومی احنمالی یا ترمیم پارگی دارد. شوک را درمان نموده و به طور اورژانسی ارجاع دهید.

ارزیابی صلاحیت

جهت ارزیابی کسب صلاحیت در انجام پروسیجر، چک لیست زیر باید طی مشاهده مستقیم عملکرد دانشجو در خارج کردن دستی جفت استفاده شود.

مدرس باید مشاهده کند که آیا دانشجو هر یک از گام‌های موجود در چک‌لیست را تکمیل می‌کند. برای هر گام که به طور صحیح تکمیل می‌شود، "بله" را تیک بزنید. اگر گامی فراموش شود یا به طور صحیح تکمیل نشود، "خیر" را تیک بزنید. در ستون "ملاحظات"، مشاهدات مثبت و موارد مشکل‌دار باید شناسایی شود.

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

برای دانشجویانی که هر گام را در پروسیجر به طور صحیح تکمیل نمی‌کنند، ترتیبی جهت آموزش و تمرین تحت نظارت بیشتر باید اتخاذ شود. سپس مدرس جهت مشاهده و ارزیابی صلاحیت دانشجو باید دوباره از چک‌لیست استفاده کند.

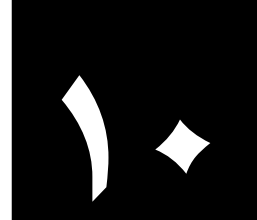
چک‌لیست مهارت‌های بالینی برای خارج کردن دستی جفت

گام	بله	خیر	ملاحظات
<p>وسایل و تجهیزات:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ آماده کردن وسایل، اتاق و تجهیزات 			
<p>آماده سازی بیمار:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ دادن اطمینان خاطر به زن و حمایت عاطفی ▪ گرفتن خون جهت اندازه‌گیری هموگلوبین، گروه خونی و کراس مچ ▪ شروع مایعات داخل وریدی لاکنات سدیم یا سالین نرمال ▪ دادن آنتی‌بیوتیک پیش‌گیرانه ▪ تجویز افزایش دهنده‌های پلاسما یا خون در صورت شدید بودن شوک (در صورت در دسترس بودن خون سالم) ▪ کنترل رحم را از نظر سفت بودن و منقبض بودن ▪ خواستن از زن جهت خالی کردن مثانه‌اش ▪ توضیح پروسیجر به زن ▪ تمیز کردن اطراف پرینه و واژن با محلول ضدعفونی کننده ▪ دادن ضد درد 			
<p>گام‌های پروسیجر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش استریل ▪ تمیز کردن لایبیا ▪ پوشیدن دستکش استریل بلند ▪ وارد کردن دست دارای دستکش بلند به آرامی داخل واژن، در حالی که دست دیگر بند ناف را می‌گیرد. ▪ رها کردن دست، گرفتن جفت در کف دست و وارد کردن کشش متقابل به فوندوس رحم توسط دست خارجی ▪ بررسی کردن جفت از لحاظ کامل بودن (اگر از کامل بودن آن مطمئن نیست، جهت بررسی خالی بودن حفره رحم، دست را دوباره وارد می‌کند). ▪ بررسی واژن و دهانه‌ی رحم را از نظر پارگی ▪ استفاده از پد استریل پرینه ▪ دادن داروی اکسی‌توسین و بررسی رحم از نظر انقباض خوب ▪ بکار بردن مهارت‌های ارتباطی بین فردی مناسب جهت ایجاد حمایت عاطفی 			
<p>مراقبت بلافاصله پس از پروسیجر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ علایم حیاتی زن را کنترل نموده، خونریزی واژینال و سفتی و انقباض رحم را بلافاصله پس از پروسیجر، سپس هر ۳۰ دقیقه برای ۶ ساعت بعد یا تا زمان ثابت شدن وضعیت زن بررسی می‌کند. ▪ جایگزینی مایعات داخل وریدی و شروع ترانسفوزیون خون در صورت لزوم ▪ دادن یک ضد درد (مثل پاراستامول) در صورت نیاز جهت رفع درد ▪ اطمینان از راحتی زن و تحت نظارت مستمر بودن و کمک‌گیری از یک دستیار در صورت شدید بودن درد و یا زمانی که زن فکر می‌کند خونریزی دارد ▪ ترتیب ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر در صورت نیاز ▪ تکمیل همه مستندات 			

نظرات مدرس:

نظرات دانشجو:

مطالعات موردی



جلسه ۱۰

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 زایمان خونریزی پس از زایمان.
- انجام توصیه‌های عملی که پیامد را حین اداره خونریزی پس از زایمان بهبود خواهد بخشید.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۱۰، دانشجویان قادر خواهند بود:

- یک مطالعه موردی ارائه نموده و سوالات مهمی در رابطه با آن به بحث بگذارند.
- فرآیندی را شناسایی نمایند که منجر به نتیجه مطالعه موردی شده، با تاکید بر نکات مهم عملی در پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان (خونریزی پس از زایمان).
- بحث کنند که چگونه ممکن است سایر زنان نیز از جنبه‌های مراقبتی منجر شده به یک پیامد سالم یا از درس‌های آموخته شده از یک پیامد ضعیف، سود ببرند.
- توصیف کنند که چگونه ارتقا مراقبت مادری می‌تواند به نتیجه مرحله سوم زایمان و اداره خونریزی پس از زایمان تاثیر کند، با ارائه مثالهایی از تجربه خود.
- اهمیت بازتاب در عمل به منظور ارزیابی و بهبود مراقبت را 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

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان: راهنماها برای مطالعه موردی.

دستورالعمل‌ها 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 جلسه ۱۰ انجام شود و باید شامل آموزش بالینی باشد.

دانشجویان را به گروه‌های کوچک تقسیم کنید: هر گروه یک مطالعه موردی را آماده و ارایه خواهد نمود. به دانشجویان راهنمایی‌هایی برای مطالعه موردی ارایه کنید. 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 ۲ مطالعه به عنوان قسمتی از جلسه کوتاه‌تر استفاده نموده و در جلسه بعدی تکرار نماید.

در صورت امکان، استفاده از یک مورد با پیامد خوب و مورد دیگر با پیامد نه چندان خوب، مناسب است. دلایل این پیامدهای متفاوت را بحث کنید.

رئوس مطالب جلسه:

- مقدمه 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 اینکه ما می‌توانیم به منظور ارتقای مادری ایمن بر اینها تاثیر داشته باشیم.
- حالا دانشجویانی را معرفی کنید که مطالعات موردی را ارایه خواهند کرد.

۲- ارایه مطالعه موردی ۱.

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

۴- ارایه مطالعه موردی ۲.

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

۶- ارایه مطالعه موردی ۳.

۸- خلاصه ارایه‌های 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 ارایه نموده‌اند، اعتبار دهید.

این مخصوصا 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 که به عنوان بالین‌کاران ایمن پرورش یابند.

۱۰- بحث:

- چگونه زنان بیشتری ممکن است از مراقبت منجر به یک پیامد سالم سود ببرند.
- اگر خانم مرد، 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 خانمی که از خونریزی پس از زایمان رنج برده است، سوالاتی 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. دستورالعمل‌هایی برای کارگروهی به آنها بدهید و قسمت "الف" یا "ب" به اضافه قسمت "ج" را به هر گروه جهت بحث تعیین نمایید.

بازخورد

در پایان جلسه شما باید یک لیستی از نکاتی درباره عملکرد خوب داشته باشید که با کل کلاس بحث خواهد شد. تاکید کنید که این‌ها در نجات زندگی‌ها و بنابراین در ارتقای مادری ایمن مهم هستند. بحث کنید که عملکردهای خوب چگونه می‌توانند بیشتر توسعه یابند/ تشویق شوند و چگونه می‌توان از عملکردی اجتناب نمود که خوب نیست.

کلاس همچنین باید توصیه‌های درباره عملکردهای نیازمند به بهبود، ارایه نماید. این توصیه‌ها باید به سوالات زیر اشاره کند:

- چه چیزی لازم است اتفاق افتد؟
- چگونه می‌تواند اتفاق افتد؟
- چه کسی مسئولیت را خواهد پذیرفت؟
- چه کسی کمک خواهد کرد؟
- کجا طرح انجام خواهد شد؟
- چه زمانی طرح انجام خواهد شد؟
- چه زمانی آن مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

دستورالعمل‌هایی برای دانشجویان

راهنمایی‌هایی برای مطالعه موردی: پیشگیری از خونریزی پس از زایمان

مطالعه موردی شما باید در رابطه با برخی جنبه‌های پیشگیری از خونریزی پس از زایمان باشد. گزارشی بنویسید که شامل اطلاعات زیر باشد:

شماره موردی:

(این کار کمک خواهد نمود که به پرونده موردی، در صورت نیاز رجوع 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:	
سابقه و دوره بارداری، زایمان و تنفسی فعلی	

خلاصه‌ای از مراقبت و اداره تا به این تاریخ

لازم خواهد بود که شما راجع به موضوعات مهم زیر بحث کنید.

این پیامد است	۱-چه اتفاقی روی داد؟ این شامل حداقل خون از دست داده پس از زایمان خواهد بود.
این فرآیند است	۲-چه عوامل خطری جهت خونریزی پس از زایمان وجود داشتند و چگونه به منظور پیشگیری از خونریزی پس از زایمان اداره شدند؟ ۳- چگونه مرحله سوم زایمان اداره شد؟
این ارتباط بین فرآیند و پیامد را مدنظر دارد	۴- نکات اصلی عملکرد مامایی را خلاصه کنید، به نکاتی در مراقبت پیشگیری کننده تاکید کنید.
این نشان می‌دهد چه چیزی می‌تواند از طریق تجربه یاد گرفته شود.	۵- آیا فرصت‌های از دست رفته‌ای وجود داشت؟ عواملی ممکن است چشم پوشی شده که، در خانم دیگر، منجر به خونریزی پس از زایمان می‌شد.

دستورالعمل‌هایی برای دانشجویان

راهنمایی‌هایی برای مطالعه موردی: اداره خونریزی پس از زایمان

مطالعه موردی شما باید در رابطه با برخی جنبه‌های اداره خونریزی پس از زایمان باشد. گزارشی بنویسید که شامل اطلاعات زیر باشد:

شماره مورد:

(این کار کمک خواهد نمود که به پرونده مورد، در صورت نیاز رجوع 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:	
سابقه و دوره بارداری، زایمان و نفاسی فعلی	

خلاصه‌ای از مراقبت و اداره تا به این تاریخ

لازم خواهد بود که شما راجع به موضوعات مهم زیر بحث کنید.

این پیامد است	۱-چه اتفاقی روی داد؟ این شامل جزئیات خونریزی پس از زایمان و موقعیتی از زن در پایان لیبر است.
این فرآیند است	۲-چه عوامل خطری جهت خونریزی پس از زایمان وجود داشتند (مثلاً تاریخچه قبلی خونریزی پس از زایمان، آنمی یا سایر عوامل خطر) ۳- دوران بارداری و مراحل اول، دوم و سوم زایمان چگونه اداره شد؟
این ارتباط بین فرآیند و پیامد را مدنظر دارد	۴- نکات اصلی عملکرد مامایی را خلاصه کنید، به نکاتی در مراقبت نحوه مدیریت موارد تاکید کنید.
این نشان می‌دهد چه چیزی می‌تواند از طریق تجربه یاد گرفته شود.	۵- آیا فرصت‌های از دست رفته‌ای وجود داشت؟ عواملی ممکن است چشم پوشی شده که، در خانم دیگر، منجر به مرگ مادری می‌شد. در موارد مرگ: بپرسید: آیا قابل پیشگیری بود؟

دستورالعمل‌هایی برای کار گروهی

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

بحث مطالعات موردی در اداره خونریزی پس از زایمان.

A. در مواردی که زن زنده ماند:

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

B. در مواردی که زن مرد:

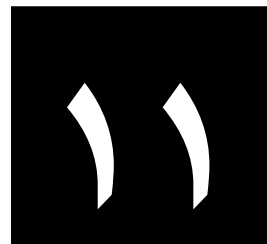
- ۱- علت مرگ چه بود، و چه عواملی مستعد کننده مرگ بودند؟
- ۲- در ارایه مدیریت نجات بخش زندگی چه مشکلاتی وجود داشت؟
- ۳- به منظور اجتناب از این مشکلات در آینده، لازم است چه چیزی انجام شود؟

C. بازتاب در عمل:

- ۱- هرگونه حقایقی در مورد عملکرد را لیست کنید که شما طی این مطالعات موردی آموخته‌اید.
- ۲- توصیه‌هایی را ارایه کنید که فکر می‌کنید در اداره سالم‌تر خونریزی پس از زایمان در محل بالینی شما کمک کننده خواهد بود.

فردی را جهت گزارش‌دهی منصوب کنید

آیا شما می‌دانید؟



جلسه ۱۱

آیا شما می‌دانید؟

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان جهت یادگیری حقایق اصلی مورد نیاز در پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان.
- توانمند کردن دانشجویان جهت ارزیابی عوامل مثبت و منفی تاثیرگذار در فرآیند و پیامد، و درک اینکه آنها خود می‌توانند بر این عوامل تاثیرگذار باشند.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۱۱، دانشجویان قادر خواهند بود:

- حقایق اساسی در رابطه با اداره مرحله سوم و پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان را ذکر کنند.
 - نکات عملی را بحث کنند که به حفظ زندگی و سلامت زنی با خونریزی پس از زایمان کمک می‌کند.
 - نکات عملی را بحث کنند که به هنگام اداره زنی با خونریزی پس از زایمان می‌توانند خطرناک باشند.
- اگر آموزش‌های خصوصی نیز مورد نیاز باشند، اهداف درسی زیر نیز می‌توانند کسب شوند:
- بحث کنند که چگونه می‌توانند نکات عملی خوب را در عملکرد بالینی خودشان به کار گیرند.
 - بحث کنند که چگونه می‌توانند از نکات عملی بد در عملکرد بالینی خودشان اجتناب کنند.
 - عواملی را شناسایی کنند که امکان دارد با عملکرد خوب تداخل داشته باشد و در مورد راه‌های دستیابی به این‌ها تصمیم بگیرند.

طرح درسی

بازی آموزشی (۱ ساعت - ۱/۵ ساعت).

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

منابع

بازی آموزشی: آیا شما می‌دانید؟

این جلسه فرصتی به دانشجویان جهت مرور واقعیت‌ها در مورد هدایت مرحله سوم زایمان و پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان فراهم می‌کند.

همچنین جهت تدریس جنبه‌های عملکردی خوب و ضعیف به دانشجویان طرح‌ریزی می‌شود. امید است که این نکات برای آن‌ها خیلی آشنا شود طوری که عملکردشان را تحت تاثیر قرار دهد. خیلی مهم است که دانشجویان درک کنند چگونه:

- فرآیند بر پیامد تاثیر می‌کند، و
- آن‌ها می‌توانند بر این تاثیرگذار باشند.

این عقیده باید آشنا باشند. اکنون آن باید تقویت شود.

بازی آموزشی

اگر شما چندین کپی از بازی را نداشته باشید، نیاز خواهید داشت که زمان‌های جداگانه‌ای برای گروه‌های کوچک آموزشی دانشجویان جهت اجرای این بازی ترتیب دهید.

اطمینان حاصل کنید که در مورد عدم توافق جواب‌ها در دسترس هستید. از دانشجویان نباید انتظار داشت که کلمه پاسخ همانند کلمه نوشتاری موجود در کارت ارائه کنند، اما مهم است که مفهوم پاسخ داده شده درست باشد. این جایی است که شما لازم خواهید بود، مخصوصاً زمانی که دانشجویان بازی را برای بار اول اجرا می‌کنند.

ارایه فرصتی برای دانشجویان جهت اجرای بازی اغلب طی این مدل سودمند خواهد بود. آن‌ها می‌توانند از بازی جهت یادگیری و بازبینی حقایق استفاده کنند. با استفاده مکرر، نکات عملی خوب و بد به طور عمیق در آن‌ها تاثیرگذار خواهد بود و آن‌ها را در به‌کارگیری بهتر نکات خوب در عملکردشان توانمند می‌کند.

در پایان بازی، تجربه را با دانشجویان به بحث بگذارید. معمولاً جاهایی خواهد بود که آن‌ها توضیح بیشتری به منظور یادگیری و فهم خواهند خواست. این فرصت خوبی برای تدریس خواهد بود، زمانی که جهت یادگیری برانگیخته شده‌اند.

تدریس‌های خصوصی اختیاری

تدریس‌های خصوصی گروه‌های کوچک

شما ممکن است در نظر بگیرید که ترتیب دادن تدریس خصوصی با گروهی از دانشجویانی که بازی را با همدیگر اجرا کرده‌اند، مناسب است. ابتدا به دانشجویان اهداف آموزش‌های خصوصی را بیان کنید.

آموزش خصوصی به دانشجویان کمک خواهد کرد که:

- مطالب ایجاد شده طی بازی را بحث کنند
- در صورت لزوم توضیح بیشتری دریافت کنند
- درس‌های آموخته شده را در عمل به کار گیرند.

هر یک از کارت‌های شانس با "عملکرد خوب" را به نوبت گرفته و سوالاتی را مانند زیر بپرسید:

- چرا این عملکرد خوب بود؟
- اگر این انجام نمی‌شد، امکان داشت چه اتفاقی بیفتد؟
- آیا مشکلاتی در انجام این در محل بالینی خودمان وجود دارد؟
- اگر چنین است، ما چگونه می‌توانیم به منظور ارتقاء عملکرد ایمن بر مشکلات غلبه کنیم؟

هر یک از کارت‌های شانس با "عملکرد بد" را به نوبت گرفته و بپرسید:

- چرا این عملکرد بد بود؟ چه مسایلی آن را به وجود آورد؟
- ما در این شرایط چه باید انجام دهد؟
- مشکلاتی در انجام چیزی که گمان می‌برید عملکرد خوب است، وجود دارد؟
- ما چگونه می‌توانیم بر مشکلات غلبه کنیم؟ سپس اطمینان حاصل کنید آنچه که گمان می‌برید، انجام می‌شود.

تدریس خصوص فردی

در صورتی که دانشجویی در پاسخ به سوالات بازی مشکل داشته باشد، ارایه کمک از طریق آموزش خصوصی فردی خوب است. این کار زمان بر است، اما می‌تواند در کمک به دانشجویانی که مشکل یادگیری پیدا می‌کنند بی‌نهایت ارزشمند باشد. در ترتیب دادن امور مهارت داشته باشید. اگر دانشجویان می‌خواهند یادگیری را ادامه دهند، حفظ احترام به خود و احترام به دیگران مهم است.

برخی از دانشجویان که در اول آهسته هستند، امکان دارد به جای موضوع فردی مشکل زبانی داشته باشند، و ممکن است در آینده بالین کار عالی شوند.

دانشجویانی که ذهن‌های سوال برانگیز دارند، ممکن است پاسخ‌ها را کلمه به کلمه حفظ نکنند، ولی درباره آن‌ها با جزئیات بیشتر فکر کنند. بنابراین شما باید به دانشجویان تاکید کنید که به جای پاسخ کلمه به کلمه که احتمالاً نفهمیده باشند، نکاتی را نیز جهت مفهوم درست ارایه دهند.



هدف از این بازی آموزشی عبارت است از:

- کمک به دانشجویان جهت مرور حقایق اصلی در مورد پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان.
- کمک به آن‌ها جهت ارزیابی واقعیت‌های مثبت و منفی تاثیرگذار بر فرآیند و پیامد.
- کمک به آن‌ها جهت درک اینکه آن‌ها خودشان می‌توانند بر این عوامل تاثیرگذار باشند.

قوانین بازی

شما تجهیز می‌شوید با

- یک تخته.

- یک سری از کارت‌ها.

شما همچنین نیاز خواهید داشت

- یک میز کوچک برای بازی کنندگان جهت نشستن در اطراف آن، تا این‌که بتوانند به راحتی ببینند و به تخته دسترسی داشته باشند.

- یک تاس

- یک تکمه رنگی متفاوت برای هر دانشجو.

بازی برای ۲ تا ۶ بازیکن مناسب است.

آماده سازی جهت بازی

- ۱- تخته را در وسط میز قرار دهید.

- ۲- از فردی که در بازی شرکت نمی‌کند، درخواست کنید که کارت‌ها را قاطی کند تا این‌که کارت‌هایی با ارزش‌های متفاوت (مثل امتیازهای ۲، ۳، ۴ و ۵) همچنین کارت‌های "شانس" همگی با هم مخلوط شوند.

- ۳- کارت‌ها را در دو گروه در دو سمت مخالف تخته قرار دهید تا اینکه همه بازیکنان بتوانند به یکی از گروه‌های کارت‌ها دسترسی داشته باشند. کارت‌ها باید رو به پایین گذاشته شوند.

- ۴- هر بازیکن یک تکمه رنگی متفاوتی را انتخاب می‌کند که در میز جلوی آن‌ها قرار داده شده است.

اجرای بازی

- ۱- هر بازیکن به نوبت باید یک بار تاس را تکان داده و بیاندازد. هدف افتادن تاس با شماره ۶ است. هیچ بازیکنی ممکن نیست تکمه خود را در تخته بگذارد تا اینکه تاس با عدد ۶ را بیاندازد. انداختن عدد ۶ بدین معنی است که " شما در مرحله سوم زایمان هستید"، بنابراین بازیکن اکنون مهره‌اش را در اولین میدان با علامت شروع قرار می‌دهد.

- ۲- بازیکنی که عدد ۶ را انداخته این نوبت دیگری دارد. آن‌ها سپس مهره‌های خود را به اندازه عدد تاس ریخته شده به جلو حرکت می‌دهند.

- ۳- بازیکن‌ها مهره‌های خود را در طول مسیر ماریچی به تدریج با حرکت به سمت مرکز تخته حرکت می‌دهند.

- ۴- اگر یک بازیکن در جایی با یک علامت سوال قرار بگیرد، بازیکن دست راست کارتی را از یکی از گروه کارت‌ها برداشته و با صدای بلند سوال نوشته شده در آن (بدون خواندن پاسخ) را می‌خواند. سپس بازیکنی که در "میدان سوال" قرار گرفته است باید تلاش کند که به سوال پاسخ دهد.

- ۵- پاسخ باید دقیقاً درست باشد. این بدان معنی است که پاسخ ارایه شده توسط بازیکن باید با پاسخ نوشته شده در کارت مرتبط باشد. البته، آنها ممکن است از کلمات متفاوتی جهت توضیح مفهوم استفاده کنند.
- ۶- اگر بازیکن پاسخ درست بدهد، کارت جهت نگهداری به آن‌ها داده می‌شود. کارت ارزش امتیازی ۲، ۳، ۴ یا ۵ دارد که آن‌ها در پایان بازی به کل امتیاز اضافه خواهند کرد.
- ۷- اگر بازیکن پاسخ اشتباه بدهد، بازیکن نگهدارنده کارت باید با صدای بلند پاسخ درست را بخواند، و کارت را در پایین گروه کارت‌ها قرار دهد.
- ۸- اگر بازیکن سوال شونده پاسخ را نداند، سوال به بازیکن دست چپ پیشنهاد می‌شود. اگر این بازیکن درست پاسخ دهد، کارت جهت نگهداری به آن‌ها داده می‌شود. اگر آن‌ها پاسخ را ندانند، سوال را می‌توان به بازیکن بعدی در دست چپ پیشنهاد نمود تا همه بازیکنان (به جز فرد سوال کننده) شانس پاسخ داشته باشند. اگر هیچ کس پاسخ را نداند، بازیکن نگهدارنده کارت باید پاسخ را با صدای بلند بخواند. سپس آن‌ها باید کارت را در پایین گروه کارت‌ها قرار دهند.
- ۹- همچنین تعدادی کارت "شانس" داخل کارت‌ها وجود دارد. این‌ها سوالی نمی‌پرسند، ولی بیانیه دارند. این بیانیه‌ها در عملکرد مامایی به کار گرفته می‌شوند.
- بیانیه‌هایی که عملکرد خوب را توصیف می‌کنند، به بازیکن امتیاز آزادی می‌دهند که می‌توانند به کل امتیاز اضافه شوند.
- بیانیه‌هایی که عملکرد بد را توصیف می‌کنند، بازیکن را به کاستن امتیازی از نمره کلی وادار می‌کنند.
- زمانی که یک کارت "شانس" برداشته می‌شود، باید بلند خوانده شده و بلافاصله به بازیکنی که در میدان سوال است، داده شود.
- ۱۰- سپس بازیکن بعدی تاس را ریخته و بازی را ادامه می‌دهد.
- ۱۱- زمانی که یک بازیکن به مرکز تخته می‌رسد، ممکن است مدرس تصمیم بگیرد که بازی برای آن دانشجو تمام شود. اگر تنها زمان کوتاهی برای بازی گیم وجود داشته باشد، این مفید خواهد بود. در غیر اینصورت مدرس ممکن است به بازیکن اجازه دهد که دوباره شروع کند تا زمانی که همه کارت‌ها مورد استفاده قرار گیرد. اگر زمان اجازه بدهد، پیشنهاد می‌شود که این روش استفاده شود.
- ۱۲- در پایان بازی، همه بازیکن‌ها امتیازات کارت‌های خود را جمع می‌زنند. آن‌ها باید امتیازات نشان داده شده در کارت‌های شانسی "عملکرد بد" از موجودی خود را کم کنند.
- ۱۳- برنده، بازیکنی با بیشترین امتیاز می‌باشد.
- چندین دلیل وجود دارد که چرا برنده الزاماً بازیکنی نیست که بیشتر از همه می‌داند، و بازنده شخصی نیست که کمتر از همه می‌داند. اولاً برخی از بازیکن‌ها در میدان‌های سوال بیشتری نسبت به سایرین قرار خواهند گرفت و فرصت برای سوالات بیشتری خواهند داشت. ثانياً کارت‌های "شانس" سبب خواهند شد که بازیکنان امتیازهای آزادی به دست آورند یا همچنین تعدادی از امتیازات کسب شده را از دست دهند. در واقع، بازیکن‌ها می‌توانند با یک نمره حداقل تمام کنند اگر کارت‌های شانسی "عملکرد بد" خیلی زیادی جمع کنند.
- بازی باید به هر کسی اجازه دهد که سرگرمی داشته و بدون احساس تهدید یاد بگیرد. این بازی به هنگام مطالعه مفید است. هر کسی باید برخی از واقعیت‌های جدید در رابطه با خونریزی پس از زایمان را یاد بگیرد و نکات عملکردی خوب و بد را به خاطر آورد که می‌تواند تفاوت‌هایی در بین زندگی و مرگ ایجاد کند. یادگیری این‌ها یک گام مهم به سمت ارتقا مادری ایمن خواهد بود.

از بازی لذت ببرید و از طریق آن بیاموزید.



واژه نامه

از آنجایی که واژه‌نامه برای ۶ مدل تهیه شده است، تمام واژه‌های زیر در این مدل یافت نمی‌شوند.

A

Abortion

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

Complete abortion

سقط کامل به خروج همه محصولات حاملگی از رحم اطلاق می‌شود که اغلب قبل از هفته هشتم حاملگی اتفاق می‌افتد.

Incomplete abortion

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

Induced abortion

ختم حاملگی از طریق دخالت عمدی با هدف پایان حاملگی می‌باشد. سقط عمدی ممکن است در مراکز مراقبتی بهداشتی و تحت نظر 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 دهانه‌ی رحم یا بدون پارگی غشاها می‌باشد. در این وضعیت ادامه حاملگی غیر ممکن است و در نهایت خروج محصولات حاملگی اتفاق خواهد افتاد.

Missed abortion

سقط فراموش شده زمانی اتفاق می‌افتد که جنین بمیرد و در داخل رحم باقی بماند. محصولات حاملگی مرده در نهایت خارج خواهند شد. گرچه ممکن است اختلالات انعقادی خون در مورد سقط‌های از دست‌رفته‌ای که بیش‌تر 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 یافته‌ی مجرای ژنیتال ایجاد می‌شود که سبب تب، لرز، ترشحات بد بوی واژینال، درد لگن و سپتی‌سمی می‌شود. سقط‌های عفونی اغلب در مکان‌هایی اتفاق می‌افتند که از نظر امکانات و استانداردها ضعیف هستند.

Spontaneous abortion

به ختم حاملگی در افرادی اطلاق می‌شود که هیچ کار عمدی برای پایان دادن به حاملگی در نظر گرفته نشده باشد. سقط خودبخودی که بعنوان miscarriage نیز نامیده می‌شود نزدیک به ۱۰-۱۵٪ کل حاملگی‌های شناخته شده یا مورد انتظار را تشکیل می‌دهد.

Threatened abortion

تهدید به سقط شامل خونریزی واژینال با یا بدون دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم می‌باشد. 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 مهارت‌های ضروری یا در محیطی بدون حداقل استانداردهای مراقبتی یا هر دو مورد باهم اطلاق می‌گردد.

Abscess

تجمع موضعی چرک در هر جایی از بدن که بعلت 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 شده است. در نیمه دوم حاملگی این مایع همچنین حاوی مایعاتی از کلیه‌ها و ریه‌های 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. کم‌خونی 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 جهت یابی شده است.

Antero posterior

از جلو تا عقب

Antibiotic

داروهایی از میکروارگانسیم های زنده که باکتری های پاتوژن را تخریب میکنند یا رشد آنها را مهار می‌کنند.

Antibody

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

Anticonvulsant drug

دارویی که تشنج را کنترل می‌کند.

Antihypertensive

دارویی که برای کاهش فشارخون تجویز می‌شود.

Antipyretic

دارویی که برای کاهش تب تجویز می‌شود.

Antiseptic

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

Annuria

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

Apex

مرتفع‌ترین موقعیت.

Apnoea

عدم تنفس

Aseptic technique or asepsis

روش‌های ضدعفونی به 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 دی‌اکسید کربن خون افزایش می‌یابد. اگر جنین هنگام تولد در تنفس کردن شکست بخورد از آسفاکسی 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 در بیاید.

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 غیر قابل 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 پذیرفته شده مراقبتی هستند یا برآنها تأثیر می‌گذارند.

Axilla

زیر بغل

B

Bacteria

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

Bacteriuria

وجود باکتری در ادرار

Bandl's ring

ناحیه‌ای بین سگمان فوقانی و تحتانی رحم که در هنگام زایمان متوقف شده قابل مشاهده و قابل لمس هست که به دلیل افزایش ضخامت بیش از حد سگمان فوقانی و نازک شدن سگمان تحتانی هست و نشانه‌ای از پارگی قریب الوقوع رحم هست.

Bartholin's glands

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

Bimanual compression of uterus

مانوری 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 داروئی آماده که همه اش به یکباره تزریق می‌شود.

Broad ligament

دو چین پریتونوم که بر روی رحم کشیده شده 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 بر می‌گیرد.

C

Capsular decidua

دسیدوای کپسولی که بخشی از دسیدوا هست که بر روی پردهای جنینی در طول ۱۲ هفته اول حاملگی کشیده شده است.

Caput succedaneum

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

Cavity

یک مکان فشرده شده یا حفره ای 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 گرفته است.

Cervical os

سوراخ داخلی بین دهانه‌ی رحم و سگمان تحتانی رحم باز می‌شود و سوراخ خارجی به ناحیه‌ای بین واژن و دهانه‌ی رحم باز می‌شود. بعد از افاسمان (نرم شدگی) دهانه‌ی رحم 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 داخل وریدی 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 شده است. 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 اغما 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 کلاپه شدن آن‌ها و مرگ شود.

Deficiency

کاهش یا کمبود

Deflexed (head)

باز شدن سر در برابر خم شدن سر با چانه و سینه. این حالت درپوزیشن‌هایی که اکسی‌پوت خلفی هستند ایجاد می‌شود و می‌تواند سبب زایمان طول کشیده شود چون بزرگترین قطر سرچنین که نمایش داده شده است 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 جمجمه جنین و روش‌های مناسب اندازه‌گیری شرح داده شده است.

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 هست. (به شکست 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

نیمه خوابیده، 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 فشارخون بالا و پروتئینوری 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 گرفته است.

Endometrium

اندومتر داخلی ترین 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 صحیح قرار گیری 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 آسان تر 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 پره‌ترم باید استفاده شود تا فشار بر جمجمه نرم جنین کاهش یابد تا بدین وسیله خطر آسیب‌های مغزی کاهش یابد.

Essential hypertension

افزایش فشارخون بدون دلیل آشکار و واضح

Expansile

قادر به کش آمدن و دراز شدن؛ متسع شدن

Extend the knee

صاف و دراز کردن ساق پا

Extension (head)

دراز شدن، این حالت برعکس خم شدن (فلکسیون) می‌باشد که این واژه برای توصیف مکانیسمی که سر جنین بوسیله آن متولد می‌شود بکار می‌رود. عبارت دیگر سر بعد از اینکه فلکسیون می‌یابد اکستانسیون می‌یابد 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 مثانه ای واژنی، یا واژن و مقعد: فیستول رکتومی واژنی ایجاد می‌شود. این یک عارضه جدی ناشی از زایمان متوقف شده است 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. فونتanel قدامی ناحیه‌ای غشایی لوزی شکل در قسمت جلوی سر می‌باشد که در اثر اتصال ۴ سوچور ایجاد می‌شود. فونتanel 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 گرفته است.

G

Genital mutilation

یک عمل جراحی قدیمی می‌باشد که همه یا بخشی از ژنیئال 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

ورزش‌های سنتی در میان مردم هوسای نیجریه که به منظور تسهیل زایمان هنگامی که متوقف شده است و به موجب آن مهبل (واژن) قطع می‌شود انجام می‌شود.

Glycosuria

وجود گلوکوز (قند) در ادرار

Grand mal epilepsy

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

Grand multiparity

یک زن است که پنج کودک یا بیشتر بدنیا آورده است.

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) اندازه‌گیری می‌شود.

Haematoma

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

Haemoglobin

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

Haemoglobinopathies

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

Haemolytic anemia

آنمی که به علت تخریب گلبول‌های قرمز مثلاً در مالاریا اتفاق افتاده باشد. 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 یافته است.

Hydatidiform mole

یک حاملگی غیرمعمول که در نتیجه توده‌ای از خوشه‌های شبیه انگور ایجاد می‌شود. در چنین وضعیتی نیاز به ختم حاملگی هست و هم پیگیری‌های بعدی به خاطر کارسینومای مزمن در حال تکامل ضروری هست.

Hydration

جذب کردن یا ترکیب شدن با آب

Hydrocephalus

موقعیتی که بوسیله احتباس مایع مغزی نخاعی در داخل بطن‌های مغزی مشخص می‌شود. بجه‌ای که هیدروسفالی دارد سر بزرگ و پیشانی برآمده دارد. در موارد حاد قادر به زندگی نمی‌باشند. اما موارد خفیف توسط جراحی قابل درمان می‌باشند. در جراحی مایع مغزی نخاعی اضافی به داخل جریان خون هدایت می‌شوند.

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 فشارخون

Hypertonic

افزایش بیش از حد تون. انقباضات هایپرتونیک رحم، غیر طبیعی 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 (بتاخر افتاده) و زایمان مشکل، یا استفاده بیش از حد از داروهای اکسی‌توسیک 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.

Idiopathic

بدون هیچ علت شناخته شده.

Idiopathic thrombocytopenia purpura

حالتی از علت ناشناخته که بوسیله کاهش تعداد پلاکت‌های خون که سبب عدم تشکیل صحیح لخته خونی می‌شود مشخص می‌شود.

Imminent

فوری، سریع، به زودی اتفاق افتادن.

Incision

یک برش جراحی

Indirect obstetric death

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

Induced labour

زایمانی که بطور مصنوعی توسط استفاده از داروهای اکسی‌توسیک یا پارگی پرده‌ها 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 بی‌حسی موضعی به داخل بافت‌ها می‌باشد. قبل از انجام اپی‌زیاتومی انفیلتراسیون پرینه انجام می‌شود.

Internal

در سمت داخل

Intrapartum

حین تولد بچه اتفاق افتادن.

Intraperitoneal

داخل حفره پریتونن یا صفاق

Intrauterian death

مرگ داخل رحمی جنین

Intrauterine growth retardation (IUGR)

عقب ماندگی رشد جنین در داخل رحم که علت آن همیشه شناخته شده نمی‌باشد. اما احتمال بیشتری وجود دارد که در موارد سوءتغذیه، آنمی، پره اکلامپسی، مالاریا، توبرکلوزیس (سل)، و هم چنین در خانم‌های سیگاری دیده شود.

Involution of the uterus

رحم بعد زایمان به اندازه طبیعی برمی‌گردد پیچش رحم بوسیله اتولیز (ریزش سلول‌ها) و ایسکمی (کاهش ذخایر خونی) و افزایش فیبرها ایجاد می‌شود. برگشتن رحم به اندازه طبیعی بلافاصله بعد از تولد شروع می‌شود و تا ۶ هفته بعد کامل می‌شود.

Ischial spines

۲ برجستگی کوچک لگن که به داخل حفره لگن برجسته شده و در معاینه واژینال می‌تواند در کناره‌های لگن احساس شود.

Isthmus

یک راه ارتباطی باریک بین تنه و گردن رحم.

K

Ketoacidosis

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

Ketonuria

حضور اجسام کتونی در ادرار.

Kyphosis

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

L

Laparotomy

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

Lateral

طرف کنار

Leukopenia

کاهش غیرطبیعی 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، عضله، 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 سروزی 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 مصولات 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 ساب آراکنوئید 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 فقیر یا به خاطر متابولیسم معیوبی می‌باشد که از استفاده صحیح بدن از مواد غذایی جلوگیری می‌کند. ضعف جسمی، کاهش سطح هوشیاری و حالتی از جدایی از واقعیت نشانه‌هایی از سوء تغذیه هستند.

Marginal

خط کناری، حاشیه‌ای

Mastitis

عفونت پستان‌ها می‌باشد. یک ناحیه از سینه حساس و قرمز و گرم می‌شود و این خانم عموماً احساس خوبی ندارد. این عفونت با آنتی‌بیوتیک به خوبی درمان می‌شود اما اگر درمان نشود ممکن است منجر به آبسه پستان شود.

Mastoiditis

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

Meconium

ماده‌ای به رنگ سبز تیره که در روده جنین فول ترم موجود می‌باشد. مکنونیوم شامل رنگ صفرا، نمک، موکوس، سلولهای اپیتلیال و مقداری مایع آمنیون می‌باشد و اولین مدفوع دفع شده جنین می‌باشد 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 گرفته است.

Medical audit

معاینه official از یادداشت‌های پزشکی

Meningitis

عفونت غشاهایی که مغز را در بر گرفته‌اند.

Mental retardation

تاخیر 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)

Moulding (of the fetal head)

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 صورت مولدینگ بیش از حد (مخصوصاً در زایمان‌های متوقف شده) در جهت‌یابی اشتباه به خاطر پرزانتاسیون و پوزیشن نامطلوب و مولدینگ خیلی سریع خطر خونریزی داخل مغزی وجود دارد.

Multipara

خانمی که بیش از یک فرزند زنده بدنیا آورده است.

Multiple pregnancies

یک حاملگی که بیش از یک جنین دارد مثل حاملگی های دو قلوئی یا چند قلوها.

Myometrium

لایه عضلانی رحم

N

Nape

پشت گردن

Necrosis

مرگ بافتها

Normal saline

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

Nullipara

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



Obesity

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

Oblique

اریب، کج، مورب.

Obstructed labour

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

Occipitto frontal diameter

فاصله بین پل بینی و برجستگی اکسی‌پوتال می‌باشد (به عبارت دیگر برجستگی که می‌تواند در پشت سر در استخوان اکسی‌پوتال لمس شود) هنگامی که سر فلکسیون پیدا نکرده است این قطر نمایش داده می‌شود و ۱۱.۵ cm اندازه گیری می‌شود.

Occiput

ناحیه‌ای از سر که برای اتصال به گردن زیر فونتanel 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 باشد و بر دست‌ها و صورت نیز اثر بگذارد. از مدت‌ها قبل ادم نشانه پره‌اکلامپسی نیست به خاطر اینکه ادم در اکثر حاملگی‌ها شایع می‌باشد.

Offensive

استشمام بوی بسیار بد

Oliguria

کاهش دفع ادرار می‌باشد. ممکن است با نقص عملکرد کلیه در ارتباط باشد که از عوارض جدی هموراژی، پره‌اکلامپسی، اکلامپسی و شوک‌سپتیک باشد.

Os

یک دریچه

یک استخوان

Osteomalacia

نرمی استخوان در بالغین می‌باشد که ممکن است به علت کاهش تراکم ویتامین D باشد که سبب دردناک شدن قسمت‌های نرم استخوان می‌شود.

Otitis media

عفونت گوش میانی می‌باشد که معمولاً از عوارض عفونت مجرای تنفسی فوقانی است. 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 پری‌ناتال می‌باشد.

Oxytocic

واژه‌ای که برای همه داروهای تحریک کننده انقباضات رحمی به منظور القا 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 بدنیا آورده است.

Partograph

ثبت همه مشاهدات بالینی در خانمی که در حین زایمان است. مهم‌ترین ویژگی در ثبت پارتوگراف ارزیابی دیلاتاسیون دهانه رحم و نزول سر بچه می‌باشد. پارتوگراف یک خط **هشدار** و **اقدام** دارد که اگر قطع 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

علت یا میکروارگانیزی که سبب بیماری می‌شود مخصوصاً باکتری‌های پاتوژن.

Pelvic brim (or inlet)

ورودی لگن اولین قسمت لگن حقیقی می‌باشد 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 یا 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 می‌باشد. ممکن است لوله‌های فالوپ مسدود شوند و به ناباروری ثانویه منجر شود مگر اینکه از همان ابتدا با آنتی‌بیوتیک‌ها 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 می‌باشد که روی رحم را مثل یک صفحه می‌پوشاند و به دیواره‌های کناری لگن به شکل یک لیگامان پهن گسترش می‌یابد.

Perinatal

حول و حوش تولد

Perineum

ناحیه‌ای که از قوس پوییس تا کوکسیکس و بافت‌های زیرین گسترده شده است. در زایمان جسم پیرینه هرم فیبروماسکولاری است که بین یک سوم تحتانی واژن در قدام و خارهای ایسکیال در طرفین قرار دارد. که حین تولد بچه نازک و کشیده 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 شده است.

Peritoneum visceral

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

Perritonitis

عفونت پریتونئوم (صفاق)

Persistent occipital posterior

عضو نمایشی جنین اکسی پوت (پشت سر) می‌باشد که به طرف پشت لگن مادر جهت‌یابی شده است. معمولاً سر خم می‌شود و به یک موقعیت قدامی چرخش می‌کند. اما نمایش اکسی پوت خلفی موقعیتی هست که مانع چرخش سر بچه می‌شود و بچه به دنیا آمده صورتش بطرف 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

چرخیدن یا محکم کردن 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 دهانه‌ی رحم باز می‌شود). کشیده شدن سگمان تحتانی رحم در سه ماهه سوم سبب جدایی جفت از دیواره رحم می‌شود 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 داشته باشد. اگر خونریزی نهفته باشد و پشت جفت جمع شده باشد شکم خیلی سفت و دردناک خواهد شد و شوک شدید و دیسترس جنین نیز شایع است.

Pleurisy

عفونت غشاهای پوشاننده ریه‌ها که به دیواره‌های قفسه سینه کشیده شده است.

Polyhydramnios

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

Polyuria

افزایش حجم ادرار

Posterior

در پشت یک بافت یا یک ساختار بودن می‌باشد.

Postpartum

بعد از زایمان

Postpartum haemorrhage

از دست دادن ۵۰۰ میلی‌لیتر خون یا بیشتر از مجرای تناسلی پس از زایمان است. شایع‌ترین علت آن آتونمی (تن عضلانی ضعیف) هست، یا ممکن است در اثر ضربه به دستگاه تناسلی ایجاد شود، به عنوان مثال ترشح از مهبل (واژن)، گردن رحم، یا بخش تحتانی رحم. خونریزی پس از زایمان شایع‌ترین علت مرگ و میر 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 می‌شود توسط فشار خون بالا و پروتئینوری مشخص می‌شود. همچنین ممکن است ادم وجود داشته باشد، 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 هست و احتمال مرگ و میر بالا می‌رود.

Pre-term baby

جنینی که قبل از هفته ۳۷ بارداری به دنیا آید.

Precipitate labour

زایمانی که خیلی سریع پیشرفت کند.

Primary postpartumhaemorrhage

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

Primigravida

خانمی که برای اولین بار باردار شده است.

Primipara

خانمی که هیچ فرزند زنده‌ای را به دنیا نیاورده است.

Prolonged labour

زایمانی که بیش از ۱۲ ساعت طول بکشد.

Prolonged Rupture of Membranes

اگر پارگی غشاها بیش از ۱۸ ساعت طول بکشد بدون در نظر گرفتن اینکه آیا زایمان شروع شده است یا نه.

Prophylactic

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

Prophylactic Antibiotic treatment

تجویز آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت‌ها

Proteinuria

وجود پروتئین در ادرار. علل آن عبارتند از آلودگی به علت ترشحات مهبل، 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 کاسه‌مانندی 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 روزه بعد از تولد نوزاد می‌باشد که به عبارت دیگر همان دوره بعد از زایمان است.

Pulmonary embolism

گردش خون ریه‌ها بوسیله یک لخته خونی متوقف می‌شود.

Pulmonary oedema

تجمع مایع در ریه‌ها.

Purpura

خونریزی کوچک در پوست

Pyelonephritis

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

R

Rales

صدای سریعی که از ریه‌های دچار بیماری شنیده می‌شود.

Recumbent position

دراز کشیدن

Resistant bacteria

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

Resuscitation

برگرداندن کسی که تقریباً مرده بوده به هوشیاری یا زندگی

Retained placenta

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

Retracted

کشیدن به پشت

Retro placental

موقعیتی در پشت یا در زیر جفت

Reversal

چرخش یا تغییر در موقعیت متضاد

Rhesus factor

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

Rickets

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

Risk faktor

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

Rotation (of fetal head)

حرکت سر جنین هنگام نزول در کانال زایمانی می‌باشد.

Rupture

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

Ruptured uterus

پارگی یا کنده شدن رحم به خاطر زایمان متوقف شده.

S

Sacral promontory

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

Sacrum

تحتانی ترین قسمت ستون فقرات که بوسیله ۵ مهره ایجاد شده است.

Sagittal suture

خطی غشایی بین استخوان‌های جمجمه جنین (استخوان های 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 خونریزی پس از زایمان می‌باشد که ۲۴ ساعت بعد از تولد تا ۶ هفته بعد زایمان اتفاق می‌افتد.

Segment

یک بخش یا ناحیه‌ای از یک شیء.

Self-retaining catheter

کاتتری که بطور ثابت در داخل مثانه گذاشته می‌شود.

Semiprone positin

دراز کشیدن به پهلوئی چپ

Semi-recumbent position

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

Septic shock

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

Septicaemia

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

Shok

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

Hemorrhage shok

شوکی که در اثر کاهش جریان خون به خاطر از دست دادن 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 می‌باشد.

Sinciput

ابرو، پیشانی

Sinusitis

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

Sitz bath

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

Smear

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

Sodium lactate

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

Sonar

واژه‌ای برای مافوق صوت در تشخیص‌های پزشکی

Spasms

انقباض‌های سریع، ناگهانی و غیر ارادی 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 غیر قابل حرکت مثل چوب که برای ثابت نگه داشتن 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، بطور تدریجی پیشرفت نمی‌کند.

Stat

یک اختصار پزشکی به معنای فوراً و بلافاصله می‌باشد.

Statistics

جمع‌آوری وقایع آماری

Status

وضعیت اجتماعی، بهبود نسبی شخص.

Stenosis (of vagina)

تنگی واژن در اثر عدم ترمیم جای زخم که بوسیله نقص یا پارگی ژنیتال 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 فوتانل قدامی سر.

Symphysiotomy

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

Symphysis pubis

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

T

Talipes

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

Tenderness

احساس درد هنگام لمس کردن.

Term baby

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

Testicles/testes

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

Tetanus

بیماری که بوسیله میکروارگانسیم‌های موجود در خاک و گرد و غبار و به وسیله مدفوع انسان و حیوانات منتشر می‌شود. میکروارگانسیم از طریق شکافی در پوست وارد بدن می‌شود و سبب اسپاسم عضلات و تشنج می‌شود که در نهایت منجر به مرگ می‌شود، چون سختی فک اولین نشانه هست، به این بیماری قفل شدن فک نیز می‌گویند. می‌توان از این بیماری از طریق ایمنی-زایی با توکسین 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 رگ جدا شود، خطر آمبولی غیر قابل اجتناب می‌باشد که در نهایت منجر به مرگ می‌شود.

Tocolytic agent

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

Traditional birth attendant (TBA)

به سرپرست 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 شده است. 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 بطول نمی‌کشد.

Trauma

زخم، آسیب

Traumatic bleeding

در مامائی خونریزی به خاطر آسیب مجرای ژنیتال ایجاد می‌شود.

Tumor

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

Twitch

عکس العمل، 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 دهانه‌ی رحم 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 زنجیری 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 دهانه‌ی رحم 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 فوتتانل‌های خلفی و قدامی و بین ۲ 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 آنومالی-های جنین مخصوصاً در سه ماهه اول بشوند.

Vitamins

جزو 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.