

اداره زایمان طول کشیده و

متوقف شده

محتوای آموزشی برای مدرسین مامایی

مدل‌های آموزش مامایی - چاپ دوم



دانشکده پرستاری

مامایی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Education for safe motherhood

آموزش برای مادری ایمن

اداره زایمان طول کشیده و

متوقف شده

محتوای آموزشی برای مدرسین مامایی

مدل‌های آموزش مامایی - چاپ دوم

1

1

به نام خدا

انتشار توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸

تحت عنوان:

Managing prolonged and obstructed labor. Education material for teachers of midwifery: Midwifery education modules- 2nd edition. ()

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.

اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده / محتوای آموزشی برای مدرسین مامایی / مدل‌های آموزش مامایی - چاپ دوم

مترجمین*: مهین کمالی فرد، عزیزه فرشباف خلیلی، سهیلا بانی، شیرین حسن پور، سیمین صیدی، هانیه صالحی پورمهر

ویراستاران: عزیزه فرشباف خلیلی، هانیه صالحی پورمهر

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*

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 عمده مرگ مادران وجود دارد. به منظور حمایت از ارتقا مهارت‌های مامایی، مجموعه‌ای از مدل‌های آموزش مامایی توسط سازمان بهداشت جهانی تهیه شده است که شامل ۶ مدل تحت عنوانین: "مامایی جامعه‌نگر، اداره اکلامپسی، اداره سقط ناقص، اداره لیبر طول کشیده و متوقف شده، اداره خونریزی پس از زایمان و اداره عفونت‌های دوره نفاسی" بوده و به عنوان پایه‌ای برای مدرسین، دانشجویان مامایی و یا سایر افرادی محسوب می‌شود که می‌خواهند مهارت‌های مامایی خاصی را کسب می‌کنند 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.

مبحث اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده از مباحث مهم تئوری و بالینی دانشجویان مامایی است. در این مدل، آموزش دانشجویان پس از بیان اهداف، طرح درسی و منابع برای هر جلسه با ارائه مجموعه‌ای از روشهای تدریس اعم از سخنرانی‌های تعدیل شده، کارگروهی، بازخورد و بحث، تمرینات عملی، آموزش بالینی، تمرین بالینی، نمایش، تمرین شبیه‌سازی شده، تدریس‌های خصوصی فردی یا گروهی و ارائه دستورالعمل‌های کار گروهی در جلسات متعدد انجام می‌گیرد.

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

عزیزه فرشایف 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* پیش‌نویس اولیه مدل‌ها را تهیه نمود و پیش‌آزمون برخی از روش‌های تدریس- یادگیری را در دو کشور آفریقایی انجام داد. خانم فریدریک ویت جنستین* با حفظ بسیاری از ایده‌ها و روش‌های گنجانده شده در پیش‌نویس اولیه نسخه آزمایشی مدل‌ها را تهیه کرد. خانم جودیت اوهایر* 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* و خواهر بعدی او تامپسون* 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* و اجرای کلی توسط خانم شمیلا اکرم* انجام شد. این چاپ دوم بطور مشترک توسط WHO و ICM منتشر شده که مراتب تشکر از افراد زیر بعمل می‌آید: خانم بتی سویت* 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.

* Gaynor Maclean
* Friederike Wittgenstein
* Judith O'Heir
* Barbara Kwast
* Anne Thompson
* Maureen Dunphy
* Shamilah Akram
* Betty Sweet

فهرست

۷	مقدمه
۱۸	خلاصه مدل
۱۹	سخن آغازین
جلسه ۱:	
۲۰	مفهوم زایمان طول کشیده و متوقف شده
جلسه ۲:	
۴۳	عوامل اجتناب پذیر
جلسه ۳:	
۵۱	شناسایی مشکل
جلسه ۴:	
۶۰	پیشگیری از زایمان طول کشیده و متوقف شده
جلسه ۵:	
۹۰	اداره زایمان طول کشیده
جلسه ۶:	
۹۵	اداره زایمان متوقف شده
جلسه ۷:	
۱۱۱	فراگیری مهارت‌های بالینی
جلسه ۸:	
۱۷۱	خارج کردن با واکيوم
جلسه ۹:	
۱۸۸	مطالعات موردی
۱۹۵	واژه‌نامه

مقدمه

مقدمه

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

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

هر کدام از مدل‌ها محتوای مستقلی دارند و در صورت لزوم می‌توانند مستقل از مدل‌های دیگر تدریس شوند. با این وجود، از آنجایی که آنها در کنار هم یک رویکرد جامعی جهت رویارویی با علل عمده مرگ و میر و عوارض مادران را ارائه می‌دهند، بعنوان مکمل یکدیگر در نظر گرفته شده‌اند. به همین دلیل توصیه می‌شود به نحوی از مدل‌ها استفاده شود که ماماها را 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 ماهر^۱ برای مراقبت دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، همه مهارت‌های تحت پوشش مدل‌ها لازم است. با این حال ممکن است در برخی از کشورها، ماماها از نظر قانونی مجاز به انجام تمام مهارت‌های مورد نیاز نباشند. در این کشورها 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 رئوس مطالب جلسه که توصیف می‌کند:

^۱ - همراه ماهر یک کارکن بهداشتی با مهارت‌های مامایی است مانند ماماها و پزشکان و پرستارانی که برای مهارت مدیریت بارداری زایمان نرمال (بدون عارضه) و 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)

Aims - هدف جلسه خاص

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

طرح درسی - طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع - دستورات عمل های دانشجویان و کاربرگها، پازل ها و کتاب های درسی

دستورالعمل ها برای مدرس (متن ایتالیک): توضیح گام به گام نحوه ی هدایت جلسه و گاهی اوقات شامل روش های پیشنهادی برای ارزیابی یادگیری است.

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



دستورالعمل برای دانشجویان (برچسب خورده بعنوان "دستورالعمل برای دانشجویان" یا "دستورالعمل برای کار گروهی"): راهنمایی برای فعالیت های فردی یا گروهی ارائه می کند.

محتوای مدل ها

مامایی جامعه نگر

مدل با داستان خانم X شروع می شود که نشان می دهد چگونه عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص در همراهی با تاخیر در رسیدن و اخذ مراقبت های پزشکی، مادر را در معرض خطر عوارضی قرار می دهد که مکرراً منجر به مرگ او می شود. سپس مضمون داستان در سرتاسر سایر قسمت های مدل تقویت می شود. تاکید خاص به نقش ماماها در ارتقا مادری ایمن در جامعه با کمک کردن به افراد، خانواده ها و دیگر اعضای جامعه جهت درک و مشارکت در مادری ایمن داده می شود.

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 n شناسایی و کاهش عوامل خطر، مفهوم تاخیر بعنوان ارتباط آن با مرگ مادر و اچ آی وی / ایدز و مادری ایمن را تحت پوشش قرار می دهند. جلسات اضافی شامل استفاده از پروفایل جامعه برای طرح ریزی مراقبت جامعه محور و جهت ارزیابی آن مراقبت می باشد.

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 می شود. سپس دانشجویان یاد می گیرند خونریزی پس از زایمان چیست، چگونه اتفاق می افتد، عوامل مساعد کننده آن چیست، چگونه می تواند تشخیص داده شود، و نقاط بحرانی برای مدیریت چیست.

مهارت های خاص برای پیشگیری و اداره خونریزی پس از زایمان عبارتند از: شناسایی عواملی که زنان را در معرض خطر خونریزی پس از زایمان قرار می دهد، مدیریت مرحله سوم لیبر، ماساژ رحم و خارج کردن لخته ها، استفاده از فشردن دودستی رحم، استفاده از فشردن آئورت با دست، بخیه زدن پارگی های پرینه، بخیه زدن اپیزیوتومی، ترمیم پارگی های دهانه رحم و پارگی های بزرگ واژن، خروج دستی جفت. مهارت های 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، احتیاط های کلی برای پیشگیری از عفونت و حفظ یادداشت. برخی از این مهارت های عمومی در مدل های 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 می شود. بر این اساس مدل توضیح می دهد که چه چیزی باعث می شود که توقف زایمان بیشتر اتفاق افتد، در زایمان متوقف شده چه اتفاقی می افتد، علایم لیبر متوقف شده چگونه تشخیص داده می شود، و گام هایی که برای مدیریت موثر برداشته می شود. تاکید خاص بر استفاده از پارتوگراف برای نظارت بر لیبر صورت می گیرد.

مهارت های 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. مهارت های 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، احتیاط های کلی برای پیشگیری از عفونت و حفظ یادداشت.

اداره عفونت نفاسی

این مدل با توضیح مشکل عفونت نفاسی شروع می شود. 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 می دهد. یک جلسه نیز به HIV و AIDS مربوط به زنان زایمان کننده اختصاص داده می شود.

مهارت های خاص برای پیشگیری و مدیریت عفونت نفاسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر، شناسایی علایم و نشانه ها، گرفتن نمونه میانی ادرار، گرفتن سواب از قسمت فوقانی واژن، و حفظ بهداشت فرج. مهارت های 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، احتیاط های کلی برای پیشگیری از عفونت، تجویز داروهای لازم، پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی و حفظ یادداشت.

اداره اکلامپسی

این مدل با توضیح بیماری پره اکلامپسی 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 پره اکلامپسی 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، احتیاط-های 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: اسپیراسیون مکشی دستی و مشاوره تنظیم خانواده بعد از سقط و روش‌های تنظیم خانواده. مهارت‌های زیر، که در مدل خونریزی پس از زایمان هم هستند شامل سقط ناقص نیز می‌شوند چون ممکن است 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 ارایه اطلاعات جدید و مرور متونی که دانشجویان غالباً با آن آشنا هستند مورد استفاده قرار می‌گیرند. آنها مشتمل بر استراتژی‌هایی مانند طوفان فکری، گروه‌های بحث، 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 یادداشت‌ها را گرفته و به کلاس از طرف همه بازخوردی ارائه دهد. دستورالعمل‌های خاص در جلساتی که شامل کار گروهی است ارائه می‌شود.

آموزش‌های خصوصی (Tutorials)

آموزش خصوصی (Tutorial) یک جلسه تدریس-یادگیری غیر رسمی بین یک معلم و یک دانشجو و یا گروه کوچکی از دانشجویان است. آموزش‌های موردی وقت گیر بوده اما برای مبحث پیشرفت دانشجویان ضروری هستند. آموزش‌های 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 دانشجوی به ویژه در رابطه با پیشرفت های حاصله را می دهند. آموزشهای در هر یک از مدل ها موجود بوده، اما در تمام جلسات نیست.

تمرین های عملی

تمرین های عملی فرصتی را برای دانشجویان جهت نشان دادن دانش و مهارت خود در رابطه با یک موضوع خاص را فراهم می کند. 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. مدل های 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 لذت بخش برای دانشجویان در نظر گرفته شده اند. مدل بنیادین مشتمل بر یک سری از بازدیدهای جامعه می باشد که هدف آن کمک به دانشجویان جهت درک نحوه به کارگیری مفاهیم این مدل ها در جامعه است. با این حال بازدیدهای جامعه لازم است از قبل برنامه ریزی 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 مدل های تکنیکی بسیار مهم است چونکه یادگیری مهارت های بالینی دانشجویان می تواند به معنا و مفهوم تفاوت میان مرگ و زندگی برای زنان در امر مراقبت از آنان باشد. تئوری زمینه ای برای هر یک از مهارت ها در مدل ها باید در کلاس تدریس شده و تا حد امکان، قبل از اینکه دانشجویان به محیط بالینی واقعی برده شوند، مهارت های در یک محیط شبیه سازی شده بالینی تدریس شود. تسهیلاتی که در آن عملکرد بالینی انجام می گیرد باید بر اساس در دسترس بودن زنان با شرایط مشتمل در مدل انتخاب و پیش بینی شود. با این حال، حتی با بهترین برنامه ریزی هم، همیشه امکان پذیر نمی شود تا تجربه مستمر برای هر دانشجوی در طیف گسترده ای از مهارت ها را تضمین نمود.

بنابراین مهم خواهد بود که برای دانشجویان فرصت دیگری برای یادگیری مهارت های لازم به عنوان مثال توسط مکانیزم شبیه سازی 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 آید.

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

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری

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

کارگاه‌های آموزشی

یک کارگاه آموزشی 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 جلسه-ای 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 پرسنل و یا همتایان آموزشی استفاده شوند. یک چارچوب برای بازتاب شامل انتخاب یک تجربه، شناسایی احساسات و افکار شخصی خود در مورد آن تجربه، احساسات و افکار دیگران، و سپس ارزیابی خوب و بد در مورد آن تجربه می‌باشد. در مرحله بعد، دانشجو تشویق می‌شود تا سعی کند با تجزیه و تحلیل بگوید که چرا احساس تجربه‌ای برایش خوب و یا بد بوده و تعیین کند که انجام چه چیز دیگری در آن موقعیت می‌توانست به بهبود نتیجه بیانجامد. در نهایت، یک طرح عملی برای تمرین در آینده در حین رویارویی با وضعیت مشابه طراحی می‌شود. بحث در مورد تجارب ثبت شده به صورت بازتاب‌های خاطرات روزانه، چه در گروه‌ها و چه با معلم به دانشجویان کمک می‌کند تا 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

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پیش‌آزمون‌ها وسیله مفیدی جهت ایجاد دانش نظری پایه برای دانشجویان محسوب می‌شوند. همان سوالات مورد استفاده در پیش‌آزمون باید دوباره در پس‌آزمون برای ارزیابی دانش در پایان مدل استفاده شوند. معلم نیز ممکن است بخواهد که پرسش‌های اضافی را به پس‌آزمون اضافه کند. لازم به ذکر است که در طول فرایند تدریس - یادگیری، گزینه‌های دیگری برای ارزیابی (پایین را ببینید) به ویژه تعیین پیشرفت حاصل شده توسط هر دانشجو طی ادامه دوره باید مورد استفاده قرار گیرند. نمونه‌هایی از سوال‌های قبل و بعد از آزمون در هر یک از مدل‌های تکنیکی گنجانده شده است.

ارزیابی صلاحیت بالینی

ارزیابی صلاحیت بالینی جزء اصلی ارزیابی دانشجو در مدل‌های تکنیکی را تشکیل می‌دهد. در سراسر جلساتی که دربرگیرنده آموزش مهارت‌های بالینی در مدل‌هاست، بخش‌هایی تحت عنوان **ارزیابی صلاحیت** وجود دارد. این بخش‌ها راهنمایی برای معلمان جهت ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان، به دنبال آموزش مهارت بالینی خاص فراهم می‌کنند. تا حد ممکن معلم باید اجرای مهارت‌ها را در بالین مشاهده نماید. با این حال، این ممکن است همیشه امکان پذیر نباشد، زیرا مراجعه کنندگان با شرایط خاص موجود در مدل‌ها ممکن است همیشه در زمان مناسب در دسترس نباشند. در این شرایط، معلمان باید تلاش کنند موقعیت‌های شبیه سازی 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 آموزش‌های موردی، 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 بالین کاران با تجربه تر به بحث پردازند. این به‌ویژه برای ماماها و پرستارماماهایی قابل اجراست که در پایان دوره آموزشی، هنوز نیاز به تجارب بالینی مسنم 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	چهار چوب زمانی (تقریبی)
۱. درک زایمان طول کشیده و متوقف شده	سخنرانی تعدیل یافته، تمرین عملی و بحث	۳ ساعت
۲. عوامل قابل اجتناب	سخنرانی تعدیل یافته، کارگروهی باز خورد و بحث	۰/۵ ساعت ۱ ساعت ۱/۵ ساعت
۳. شناسایی مشکل	سخنرانی تعدیل یافته، بحث، آموزش بالینی، سؤال اختیاری	۲ ساعت چند روز
۴. پیشگیری از زایمان طول کشیده و متوقف شده	سخنرانی تعدیل یافته، تمرینات بالینی تدریس بالینی	۸ ساعت چند روز
۵. اداره زایمان طول کشیده	سخنرانی تعدیل یافته، بحث	۲ ساعت
۶. اداره زایمان متوقف شده	سخنرانی تعدیل یافته، کارگروهی نمایش و تمرین نوشتاری	۲ ساعت ۱ ساعت ۱/۵ ساعت
۷. یادگیری مهارت‌های بالینی	سخنرانی تدریس بالینی	۲ ساعت تقریباً ۲ ساعت در گروه‌های کوچک دانشجویی، و زمان اضافی برای تمرین و ارزیابی فردی
۸. خارج کردن با واکيوم	سخنرانی تمرین شبیه سازی شده تمرین بالینی	متغیر - بستگی به نیاز دانشجو دارد
۹. مطالعات موردی	مطالعات موردی، بحث، کارگروهی، باز خورد تدریس خصوصی اختیاری	۳ ساعت ۱ ساعت به ازای هر دانشجو یا گروه‌های کوچک دانشجویی

سخن آغازین

قبل از شروع جلسه ۱، شما ممکن است بخواهید نحوه ارایه جلسات را یادآوری نمایید.

Aims: هدف اختصاصی جلسه

Objectives: در پایان هر جلسه دانشجو باید قادر به انجام چه کاری باشد

طرح درسی: طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع: دستورالعمل‌های دانشجویان و کاربرگ، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

دستورالعمل برای مدرس: (متن ایتالیک می‌باشد) نحوه هدایت جلسه را گام به گام توضیح داده و گاهی اوقات شامل روش‌های پیشنهادی برای ارزیابی است.

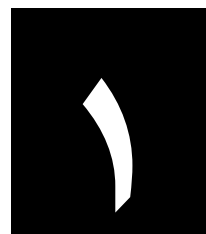
مطالب تکمیلی برای مدرس (متن نرمال): جزئیات محتوای آموزشی در هر دو بعد تئوری و عملی را ارایه می‌کند.

دستورالعمل برای دانشجویان: با عنوان "اطلاعاتی برای دانشجویان" یا "اطلاعاتی برای کارگروهی" راهنمایی‌هایی برای فعالیت‌های فردی و گروهی فراهم می‌کند.

سایر نکات مهم قابل ملاحظه قبل از شروع:

- در صورت نیاز مدرس می‌تواند چهارچوب زمانی تعیین شده طرح درسی در ابتدای هر جلسه در مدل را تغییر دهد. بسته به دانش و توانمندی دانشجویان و براساس نیازهای آموزشی ایشان زمان مورد نیاز برای هر فعالیت ممکن است کوتاهتر یا بلندتر از زمان مشخص شده در طرح باشد. تخمین زده شده است که تدریس این مدل به زمانی حدود ۱۰ روز تا ۲ هفته وقت نیاز دارد.
- در آغاز مدل / جلسه مطمئن شوید تمامی نوشته‌هایی که شما در نظر دارید برای دانشجویان استفاده کنید، پیشاپیش آماده و در دسترس کلاس هست.
- اگر پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تهیه کرده‌اید، باید قبل از آغاز اولین جلسه در این مدل به ضمیمه پایان مدل ارجاع دهید.
- بخاطر داشته باشید این و سایر مدل‌های تکنیکی جایگزین کتب درسی مامایی نمی‌باشند. بنابراین داشتن حداقل یک چنین کتابی در دسترس جهت رجوع حین پیشرفت شما در این جلسه و بقیه جلسات ممکن است مفید باشد.

درک زایمان طول کشیده و متوقف شده



جلسه ۱

مفهوم زایمان طول کشیده و متوقف شده

هدف این جلسه:

- توانمند کردن دانشجویان به درک اینکه چرا زایمان متوقف می‌شود و در چنین حالتی چه اتفاقی می‌افتد.

اهداف درسی:

با تکمیل جلسه ۱ دانشجویان قادر خواهند شد:

- زایمان متوقف شده و عدم تطابق سرو لگن را تعریف کنند.
- علل زایمان متوقف شده را لیست نمایند.
- نقاط آناتومیکی اصلی یک لگن نرمال زنانه را در رابطه با زایمان متوقف شده توضیح دهند.
- با بکارگیری یک وسیله ساده کمک آموزشی، نحوه وارد شدن سر جنین به تنگه لگن در حالت طبیعی را شرح داده و توضیح دهند که کدام عوامل ممکن است مانع انجام آن شوند.
- علل احتمالی اشکال غیر طبیعی لگن را عنوان نموده و چگونگی تداخل اینها با سیر طبیعی زایمان را توضیح دهند.
- فرآیندی را که در زایمان متوقف شده اتفاق می‌افتد و نتایج پیش‌بینی شده را توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده، تمرین عملی و بحث (۳ ساعت).

منابع

این جلسه وسایل کمک آموزشی دارد که قبل از شروع جلسه باید کپی شده، در مقوای نازک چسبانیده و برش داده شوند. علاوه بر آن یک جعبه مقوای نازک، یک مدل مامایی در صورت دسترسی، و یک عروسک قابل انعطاف (مانکن مامایی، در صورت دسترسی).

مقدمه

این جلسه حداقل محتوای آموزشی مورد نیاز جهت مرور آناتومی و فیزیولوژی مربوط به اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده را ارائه می‌دهد. براساس سطح دانش و درک دانشجو ممکن است نیاز به صرف وقت بیشتری برای تدریس و مرور آناتومی باشد.

توضیح دهید که حدود ۸٪ از مرگ و میر مادری در کشورهای در حال توسعه مربوط به زایمان متوقف شده است. این عدد تخمین کمتر از حد واقعی مشکل موجود است، زیرا مرگهای مربوط به زایمان متوقف شده اغلب در زیر گروه سایر عوارض همراه با زایمان متوقف شده دسته بندی می‌شوند (مانند عفونت‌ها، خونریزی پس از زایمان یا پارگی رحم). تاخیر در اداره زایمان متوقف شده سبب ایجاد فیستول در زنان زنده مانده می‌شود و اگر درمان نشود ممکن است آنها را در بقیه عمر از جامعه منزوی سازد.

این مسئله همچنین ممکن است سبب افسردگی دائمی، بیماری‌های متعدد جسمی و عفونت شده و حتی منجر به از دست دادن زندگی خودش شود.

تعاریف: دانشجویان باید بفهمند که معنی زایمان طول کشیده، متوقف شده و عدم تطابق سر و لگن چیست.

زایمان طول کشیده:

زایمان طول کشیده اغلب چنین تعریف می‌شود. شروع انقباضات دردناک منظم و ریتمیک زایمانی همراه با دیلاتاسیون دهانه رحم در حالیکه زایمان بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد. با وجود اینکه این تعریف محدودیتهایی دارد، ولی در شناسایی مرحله طول کشیده زایمان مثلاً "فاز تاخیری طول کشیده زایمان" یا "فاز فعال طول کشیده زایمان"، مفیدتر است. فاز تاخیری، با شروع انقباضات منظم و دردناک تا دیلاتاسیون ۴cm دهانه رحم همراه بوده و نباید بیش از ۸ ساعت طول بکشد. فاز فعال طول کشیده با انقباضات منظم و دردناک همراه با دیلاتاسیون سرویکس بیش از ۴cm همراه بوده و نباید بیش از ۱۲ ساعت بدون ارزیابی کامل در تسهیلاتی طول بکشد که قادر به اداره و درمان عوارض باشد.

زایمان متوقف شده:

زایمان متوقف شده به این معنی است که علی‌رغم وجود انقباضات قوی رحمی، جنین نتواند در لگن نزول یابد چون یک مانع برطرف نشدنی مانع نزول می‌شود. توقف معمولاً در تنگه ورودی لگن اتفاق می‌افتد اما گاهی نیز ممکن است در حفره لگن یا در تنگه خروجی آن بروز نماید. مشکلات ناشی از زایمان متوقف شده در صورت شناسایی زودهنگام و اقدام مناسب اجتناب پذیر است.

عدم تطابق سر و لگن

"عدم تطابق سر و لگن وقتی اتفاق می‌افتد که بین سر جنین و لگن تناسب وجود نداشته باشد. این بدان معنی است که عبور ایمن جنین از لگن مشکل یا غیر ممکن است.

عدم تطابق سر و لگن ممکن است ناشی از لگن کوچک با اندازه طبیعی سر جنین یا یک لگن طبیعی با جنین بزرگ یا ترکیبی از جنین درشت و لگن کوچک باشد. عدم تطابق سر و لگن معمولاً تا قبل از هفته ۳۷ بارداری قابل تشخیص نیست زیرا قبل از آن سر به اندازه زمان تولد نرسیده است.

عدم تطابق سر و لگن ممکن است حاشیه‌ای یا قطعی باشد:

- **نسبی** در این موارد مشکل ممکن است در طی زایمان از بین برود. انقباضات شدید رحمی، شلی مفاصل لگن و مولدینگ سر جنین ممکن است جنین را قادر به عبور از کانال لگن بسازد.
- **قطعی** وقتی اتفاق می‌افتد که لگن بسیار کوچک باشد، شکل غیر طبیعی داشته یا جنین غیر طبیعی یا بقدری بزرگ برای لگن باشد که نتواند از میان آن عبور کند. در اینصورت نیاز به زایمان با جراحی خواهد بود.

تدریس درباره زایمان طول کشیده

علل زایمان طول کشیده: معمولاً با سه P، "Ps" توصیف می‌شود

Powers نیرو: عملکرد ضعیف یا ناهماهنگ رحمی

Passenger عبور کننده: سر جنین خیلی بزرگ بوده یا وضعیت غیر طبیعی داشته باشد.

Passage کانال عبور: لگن غیر طبیعی، تومور یا انسداد در لگن یا کانال زایمانی

خطرات زایمان طول کشیده

قطعاً تشخیص زودهنگام، اقدام مناسب را امکان‌پذیر خواهد کرد. پیشرفت غیر رضایت بخش می‌تواند اولیه‌ترین علامت زایمان متوقف شده باشد. حتی اگر زایمان متوقف شده اتفاق نیفتاده باشد، زایمان بسیار طولانی می‌تواند هم به مادر و هم به جنین آسیب برساند و ممکن است سبب دیسترس مادر و/یا جنین شود. همچنین وقتی زایمان طولانی می‌شود بعلت افزایش میزان مداخلات، افزایش دفعات معاینات واژینال و غیره، خطر عفونت بیشتر می‌گردد.

تدریس درباره زایمان متوقف شده

علل زایمان متوقف شده: دانشجویان برای بررسی سوال زیر باید گروه‌های بحث کوچک تشکیل دهند.

علل زایمانی متوقف شده چیست؟ لیستی باید تهیه شود.

علل زایمان متوقف شده:

- عدم تطابق سر و لگن (لگن کوچک یا جنین درشت)
- نمایش غیر طبیعی، مثل:

- پیشانی

- شانه

- صورت با چانه خلفی
- سری که در نمایش بریچ بعد از بدن می‌آید

■ ناهنجاری‌های جنین مثال:

هیدروسفالی

قفل شدن دو قلوها

■ ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی برای مثال:

تومور لگنی *

تنگی سرویکس و واژن **

پرینه سفت

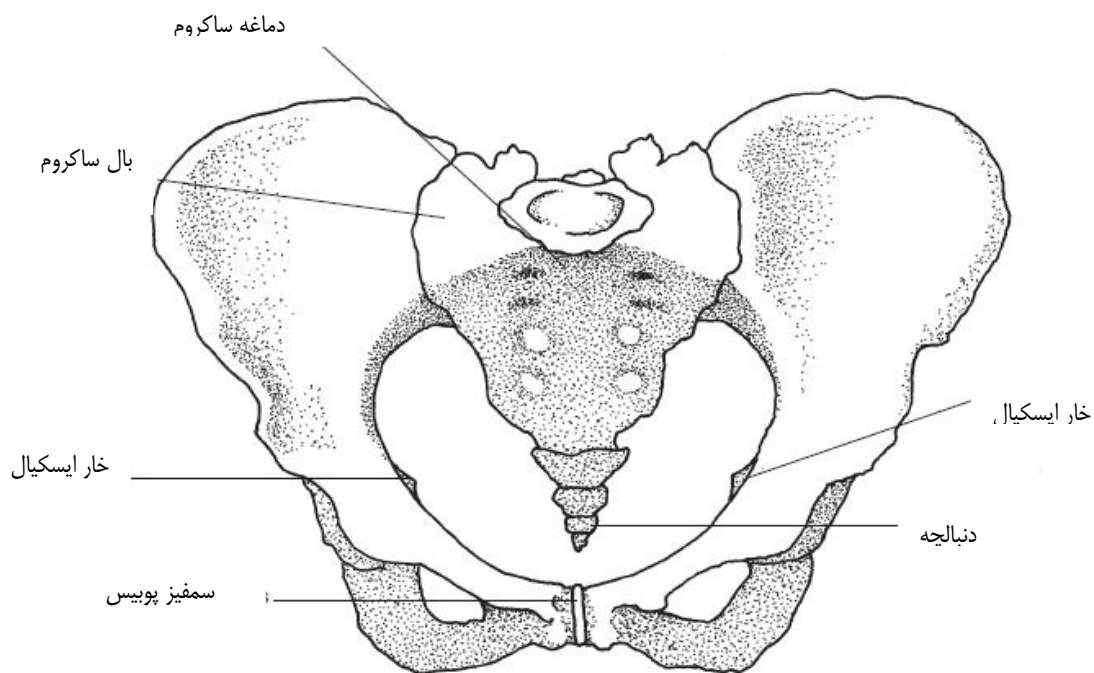
*علل نادر

** ممکن است با اسکارهای ایجاد شده توسط برخی جراحی‌های حذفی اندام تناسلی یا برش "gishiri" قبلی همراه باشند.

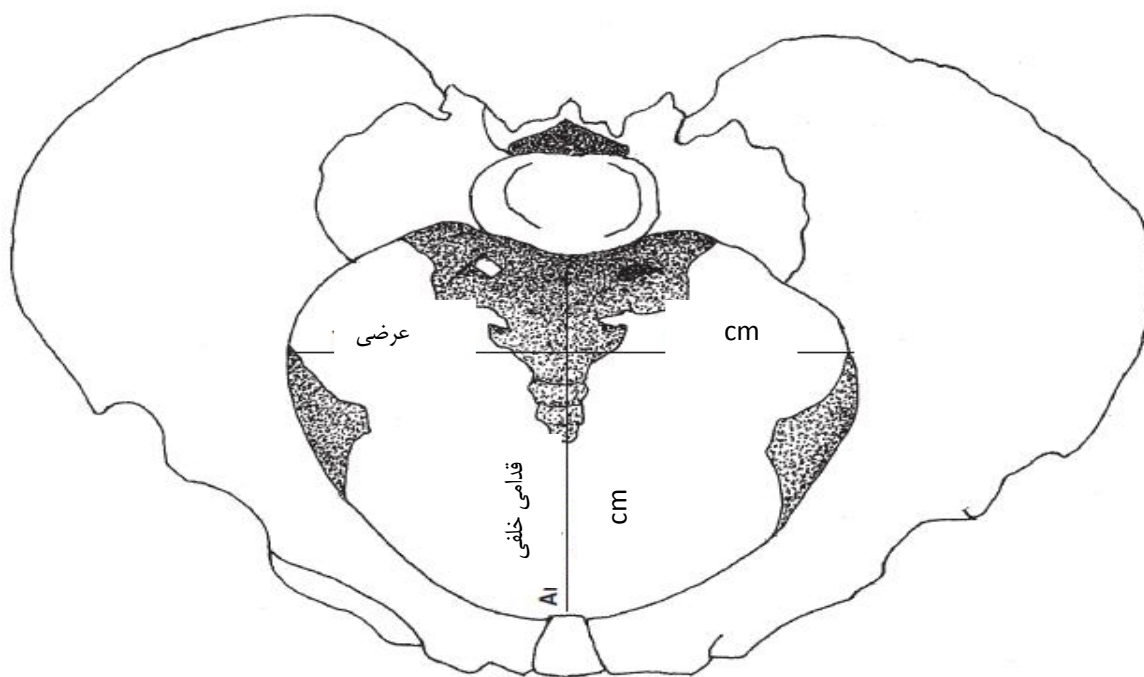
دانشجویان باید فیزیولوژی زایمان طبیعی را بدانند، یعنی بدانند که در زمان عبور جنین از لگن، به‌طور طبیعی چه اتفاقی می‌افتد و هنگامی که عدم تطابق سر و لگن وجود دارد چه اتفاقی می‌افتد.

لگن زنانه طبیعی

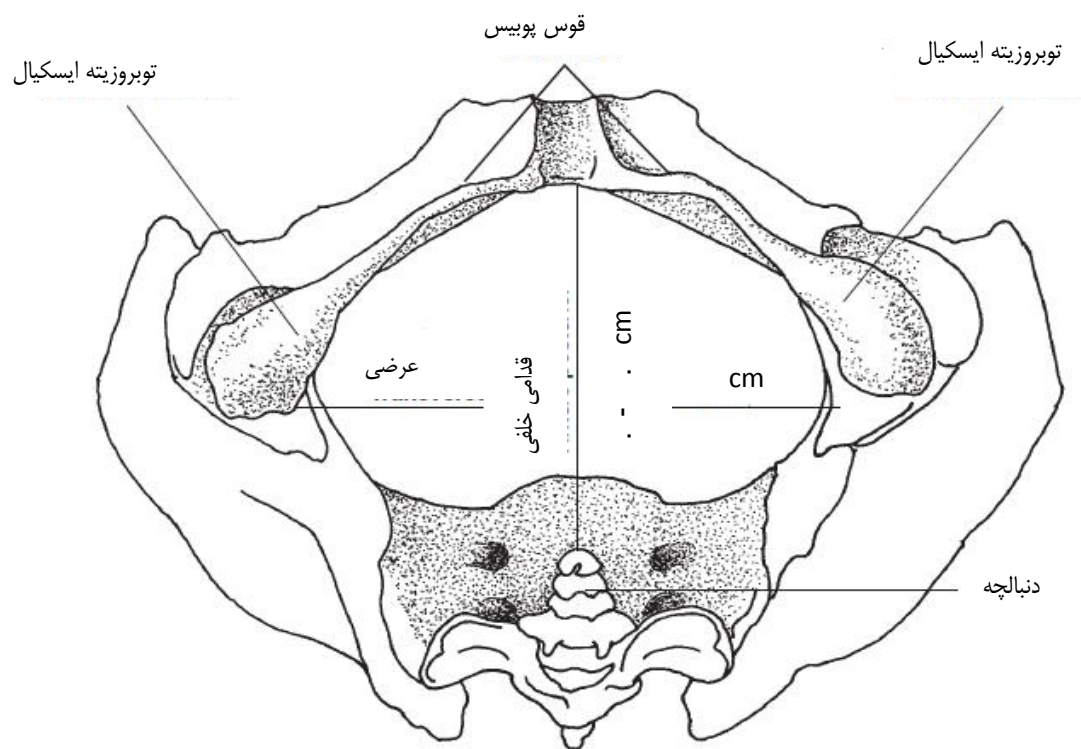
نشانه‌های آناتومیکی اصلی را برای دانشجویان شناسایی کنید، شکل ۱.۱ یا بر روی یک مدل لگن در صورتی که در دسترس باشد: پرومونتوار ساکرم، خارهای ایسکیال، دنبالچه، سمفیز پوبیس و قوس پوبیس.



شکل ۱.۱: لگن طبیعی زنانه



شکل ۱.۲: ورودی لگن



شکل ۱.۳: خروجی لگن

جنین باید هنگام زایمان از طریق کانال زایمانی عبور کند که شامل تنگه ورودی، حفره و خروجی است.

مدخل ورودی لگن یا تنگه ورودی:

مدخل ورودی لگن (شکل ۱.۲) در سطح خلف از پرومونتور ساکروم (خاجی) و بال ساکروم و در قدام از استخوانهای پوبیس تشکیل شده است. در لگن زنانه طبیعی به غیر از جایی که پرومونتور ساکرم به داخل آن برآمده شده، مدخل حالت گرد دارد.

دو قطر بسیار مهم مدخل ورودی لگن عبارتند از:

۱. قطر قدامی خلفی (AP)* از لبه فوقانی سمفیز پوبیس تا پرومونتور ساکرم تشکیل شده و اندازه طبیعی آن ۱۲-۱۱ سانتی متر است.

۲. قطر عرضی که پهن ترین قسمت مدخل ورودی می باشد. اندازه آن ۱۲ سانتی متر است.

حفره لگن

حفره لگن یک کانال انحنادار است که بین تنگه ورودی و خروجی قرار گرفته است. در لگن زنانه طبیعی شکل حفره مدور و با تمایل به سمت قدام است. اندازه تمامی اقطار آن تقریباً ۱۲ سانتی متر است.

خروجی لگن

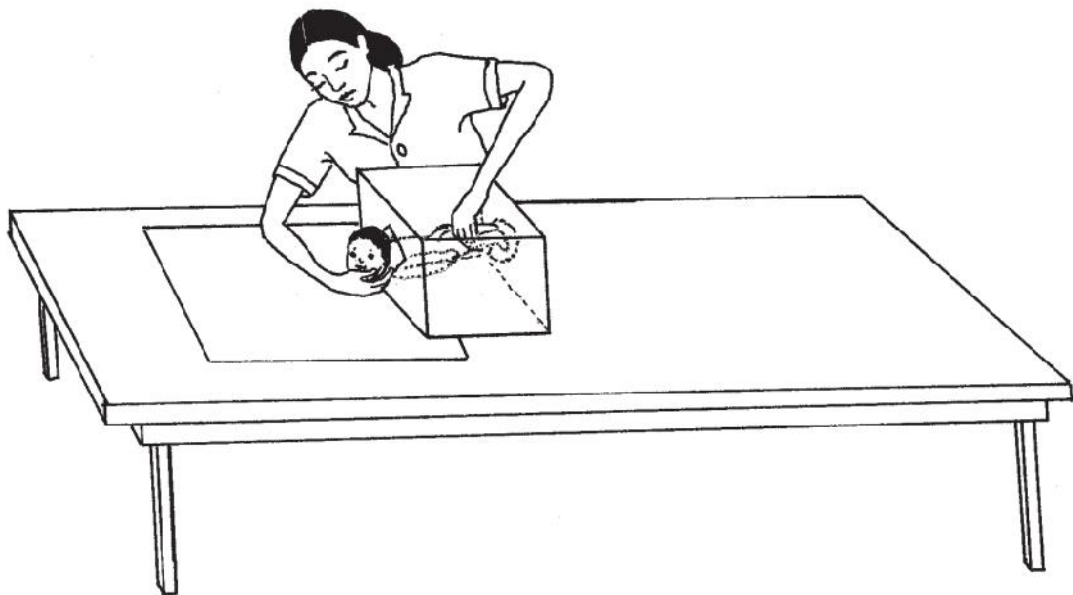
خروجی لگن (شکل ۱.۳) لوزی شکل بوده و در قدام به قوس پویس محدود گشته که در لگن زنانه طبیعی زاویه ۹۰ درجه دارد. خروجی لگن در طرفین توسط برجستگی‌های ایسکیال احاطه می‌شود، اما کوچک‌ترین قطر بین دو خار ایسکیال است که به داخل خروجی لگن برجسته شده‌اند. کوکسیکس (دنبالچه) و لیگمانهای ساکروتوبروس قسمت خلف آن را در بر گرفته‌اند. در طی زایمان دنبالچه به خلف خم شده و قطر خروجی لگن را افزایش می‌دهد. مهمترین اقطار خروجی لگن عبارتند از:

۱. قطر عرضی که بین دو خارایسکیال قرار داشته و اندازه آن بطور طبیعی ۱۱-۱۰/۵ سانتی متر است.
۲. قطر قدامی خلفی از راس قوس پویس تا مفصل خاجی- دنبالچه‌ای (ساکروکوکسیژال) اندازه‌گیری می‌شود و بطور طبیعی تقریباً ۱۳ سانتی متر است.

حرکات سر جنین در طی زایمان طبیعی

حرکات سر جنین را با استفاده از جعبه مقوایی می‌توان آموزش داد.

جعبه‌ای را که اندازه مشابه لگن داشته انتخاب کرده و با برش، دو حفره روبروی هم در آن به وجود بیاورید. یک حفره به جای مدخل ورودی (۱۳×۱۲) و دیگری به جای خروجی (۱۳×۱۱). یک عروسک با قابلیت ارتجاعی که سری به اندازه سر نوزاد دارد، برای نشان دادن حرکات سر جنین در موقع عبور از میان جعبه مقوایی به کار ببرید (شکل ۱.۴). دانشجویان باید با استفاده از جعبه حرکات سر جنین در موقع تولد را نشان دهند.



شکل ۱.۴: لگن مقوایی

سر جنین قابلیت ارتجاع داشته و در طی زایمان جهت تطبیق خود با اقطار و انحناهای کانال لگن، حرکاتی را انجام دهد. سر در پهن‌ترین قطر عرض لگن که ۱۳ سانتی متر است وارد می‌شود و قبل از زایمان طوری می‌چرخد که بتواند از پهن‌ترین قطر آن یعنی قطر قدامی خلفی عبور کند که ۱۳ سانتی متر است. روی هم سوار شدن استخوانهای سر جنین (مولدینگ) باعث کوچکتر شدن جزئی سر شده و عبور از لگن مادر را تسهیل می‌کند.

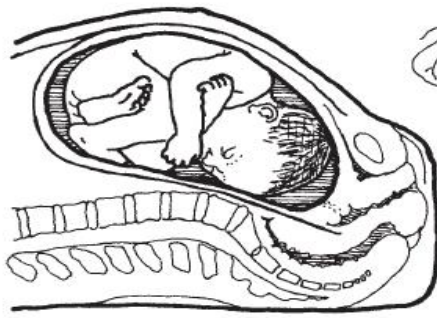
در زیر حرکات اصلی سر در وضعیت اکسی‌پوت قدامی (پس سر جنین به سمت سمفیزپوبیس) آورده شده و همچنین در شکل ۱.۵ نشان داده شده است.

فلکسیون (خم شدن به جلو)

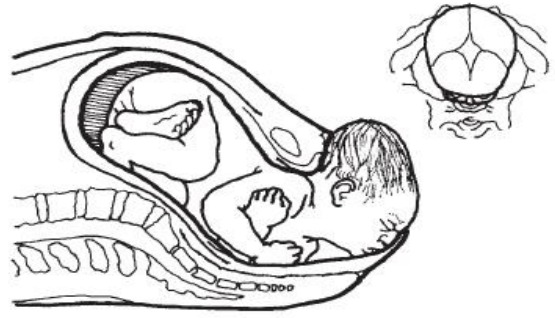
چانه در تماس با قفسه سینه قرار می‌گیرد و این تغییر قطر سر را از پس سری پیشانی (اکسی‌پیتوروتال) به ساب اکسی پیتوبرگماتیک تغییر می‌دهد (با به‌کار بردن کمک آموزشی ۱ نشان دهید). این قطر کوچکتری که در نمایش قرار گرفته نزول سر جنین را از میان لگن آسان‌تر می‌سازد. وقتی سر بزرگ‌تر از AP (قطر قدامی خلفی) است متمایل می‌شود که خود را با قطر عرضی ورودی لگن بهتر تطبیق دهد.

چرخش داخلی

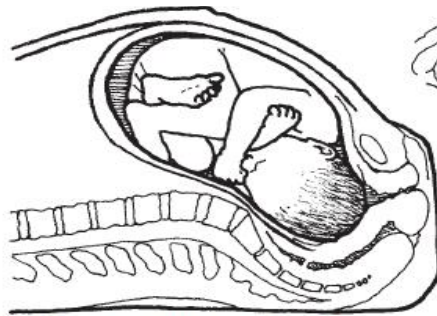
پس سر (اکسی‌پوت) به تدریج به سمت سمفیزپوبیس چرخش می‌نماید که در قدام لگن قرار دارد. این حرکت وقتی اتفاق می‌افتد که سر به سطح خارهای ایسکیال رسیده باشد. این حرکت اجازه خواهد داد که قطر بزرگ‌تر سر از میان قطر AP خروجی (که بزرگترین قطر خروجی است) عبور کند. و زمانی که با انقباضات سر دیگر خود را به عقب نمی‌کشد، اکسی‌پوت به زیر قسمت تحتانی قوس پوبیس می‌لغزد و کرونیتهگ (تاجی شدن) اتفاق می‌افتد و در عریض‌ترین قطر عرضی سر متولد می‌شود.



۱. سر شناور، قبل از آنگازمان



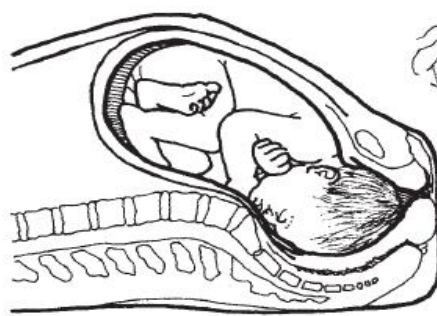
. اکستانسیون کامل



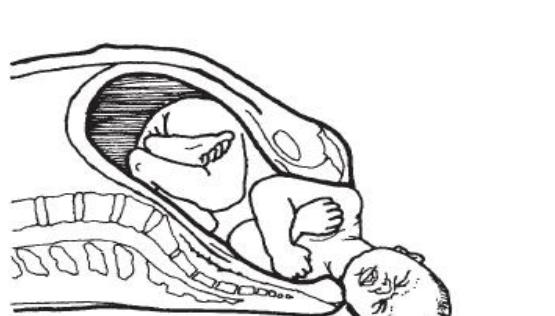
. آنگازمان، فلکسیون، نزول



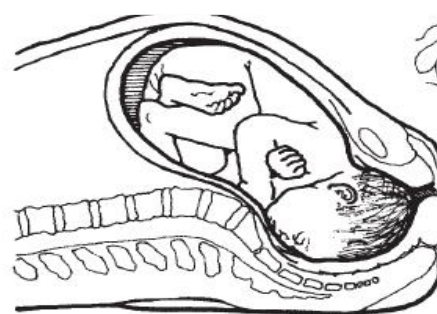
. چرخش خارجی سر و چرخش داخلی شانه‌ها



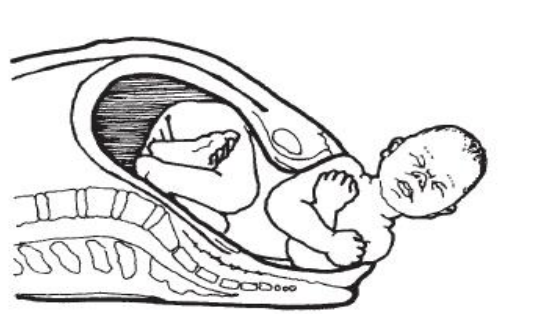
. در حال نزول و چرخش داخلی



. زایمان شانه قدامی



. کامل شدن چرخش و آغاز اکستانسیون



. زایمان شانه خلفی

شکل . : حرکات سر جنین در طی زایمان (وضعیت اکسی‌پوت قدامی چپ)

اکستانسیون

هنگام کرونینگ (تاجی شدن)، سر می‌تواند اکستانسیون یابد. وقتی قسمت جلوی سر و صورت و چانه از پرینه نازک شده عبور می‌کند، پس گردن روی محور کناره تحتانی سمفیزپوبیس می‌چرخد. پیچشی که در اثر چرخش داخلی در گردن جنین ایجاد شده بود با ملایمت به حالت قبلی بر می‌گردد این حرکت بعنوان حرکت جبرانی معروف است.

چرخش خارجی سر

چرخش خارجی سر به قرار گرفتن شانه‌ها در قطر قدامی خلفی مدخل خروجی لگن دلالت می‌کند. چرخش داخلی شانه‌ها با چرخش خارجی سر مطابق است. اگر وضعیت سر در حالت پس سری قدامی چپ باشد، سر باید به چپ بچرخد و در صورتیکه وضعیت سر در حالت پس سری قدامی راست قرار داشته باشد، سر باید به راست بچرخد. سپس شانه قدامی خارج و بدنبال آن شانه خلفی خارج می‌شود.

وضعیت‌های اکسی پوت خلفی (پشت سر به سمت ساکروم)

در اکثریت موارد حرکات مانند اکسی پوت قدامی خواهد بود. گرچه در طی چرخش داخلی به سمت سمفیزپوبیس سر باید بیشتر بچرخد. در بعضی مواقع چرخش به سمت سمفیزپوبیس کامل نشده یا اصلاً انجام نمی‌گیرد (اکسی پوت پوسترور پایداری) در چنین شرایطی زایمان واژینال خودبخودی مشکل بوده و ممکن است کمک به زایمان یا انجام سزارین نیاز باشد.

تمرین

دانشجویان را به دو یا سه گروه تقسیم کرده و به هر گروه یک کپی از کمک آموزشی ۱ "بچه طلقی" * بدهید. دانشجویان را جهت دنبال کردن آموخته‌ها برای ساختن مدل و چگونگی استفاده از مدل بچه طلقی یاری کنید. هر گروه باید قادر به تکمیل دستورالعمل شماره ۳ بوده و مشخص نماید که آیا "بچه" می‌تواند یا نمی‌تواند از میان هر کدام از اقطار لگن عبور کند.

این مدل شکل و اندازه یک لگن طبیعی را دارد، اما دانشجو پی خواهد برد که پرزانتاسیون پیشانی که با رنگ قرمز مشخص شده نمی‌تواند وارد لگن شود. این قطر چانه‌ای ورتکسی است که حدود ۱۳/۵ سانتی متر بوده و بزرگتر از وسیع‌ترین قطر لگن است که حدود ۱۳ سانتی متر می‌باشد.

لگن زنانه غیر طبیعی

تنگی اقطار لگن و هر نوع تغییر شکل که ظرفیت لگن را کاهش دهد، می‌تواند سبب زایمان متوقف شده شود. ممکن است تنگی در تنگه ورودی، حفره لگن، خروجی یا ترکیب هر سه باشد.

* talc baby

لگن کوچک

زمانی که دانشجویان با پرزانتاسیون‌های مختلف سر در لگن طبیعی تمرین می‌کنند، به آن‌ها کمک آموزشی ۲ " لگن زنانه کوچک " را بدهید. این لگن شکل طبیعی داشته ولی ساینز آن کوچک‌تر است. در تنگه ورودی، حفره و خروجی لگن تنگی وجود دارد. لگن کوچک ممکن است در مادران جوان یا مادران کوتاه قد وجود داشته باشد. از مدل بچه طلقی استفاده کرده و تمرین را تکرار کنید.

دانشجو کشف خواهد کرد که در اینجا جای کمی برای عبور جنین وجود داشته و براحتی ممکن است زایمان متوقف شود. پیامدهای زایمان بستگی به ارتباط بین ساینز لگن و ساینز سر جنین خواهد داشت. جنین کوچک ممکن است از میان لگن کوچک عبور کند اما این مسئله به قطر عضو پرزانتا بستگی خواهد داشت. سری که فلکسیون نیافته (با قطر ۱۲ سانتی‌متر در قسمت پرزانتا) در عبور از میان لگن دچار مشکل خواهد شد. چگونگی توانایی عبور یا عدم عبور سر با پرزانتاسیون‌های مختلف از میان لگن کوچک را برای دانشجویان شرح دهید.

راشیتیس

حالا کمک آموزشی شماره ۳ را به دانشجویان بدهید. لگنی که تحت تاثیر بیماری راشیتیس قرار گرفته است.

تغییرات اسکلتی که ممکن است راشیتیس به وجود بیاورد را به دانشجویان یادآوری کنید.

بدنبال کمبود ویتامین D در دوران کودکی، استخوان‌ها نرم می‌شوند. وزن قسمت فوقانی بدن به پایین و لگن فشار آورده و آن را بد شکل می‌کند، مدخل ورودی لگن بطور تیبیک شکل کلیوی بخود گرفته و بطور مشخص قطر قدامی خلفی کاهش یافته و زایمان متوقف شده ممکن است اتفاق بیفتد. هر چند تمامی اقطار دیگر (حفره لگن و مدخل خروجی) افزایش می‌یابد بنابراین اگر سر از مدخل ورودی لگن عبور کند، زایمان به سرعت انجام خواهد گرفت.

در زن ممکن است علائم بالینی راشیتیس مانند پاهای کمانی، راه رفتن اردکی، بدشکلی ستون فقرات دیده شود. در زمان معاینات واژن پرومونتوار ساکروم ممکن است به راحتی لمس شود (چون به سمت جلو منحرف شده است). در صورت نقص ویتامین D در سن بلوغ، استئومالاسی ممکن است شرایط مشابهی را پیش آورد. تمامی استخوان‌های اسکلتی نرم شده و طرفین لگن بهم فشرده شده تا تنگه ورودی شکل ۷ بخود بگیرد (کمک آموزشی ۴).

بد شکل شدن لگن توسط صدمات یا بیماری

وقتی دانشجویان تا اینجا کارها را یاد گرفتند به آنها کمک آموزشی ۵ را معرفی نمایید. لگنی که تحت تاثیر صدمات یا بیماری بوده است. این صدمات شامل صدمات وارده به ستون فقرات یا اندام‌های تحتانی است که از کیفوزیس (گوزپستی) یا اسکولیوزیس (خمیدگی طرفی ستون فقرات) ناشی شده‌اند.

دوباره در اینجا لگن بدشکل وجود دارد در اینجا تحت تاثیر انحنای غیر طبیعی ستون فقرات، قسمت فوقانی ساکروم به سمت خلف و قسمت تحتانی آن به سمت جلو فشرده شده است. شکل تنگه ورودی لگن ممکن است غیر متقارن شده، حفره لگن همچنان که به سمت تنگه خروجی پیش می‌رود باریک‌تر می‌شود.

صدمات و بیماری‌هایی که سبب بدشکلی ستون فقرات و لگن می‌شوند عبارتند از: شکستگی لگن، شکستگی اندام تحتانی که سبب کوتاه شدن اندام درگیر می‌شود. فلج در اندام که باعث خمیدگی ستون فقرات بطور جبرانی می‌گردد، سل ستون فقرات یا هیپ.

در لیبر متوقف شده چه اتفاقی می افتد؟

نهایتاً برای دانشجویان درک این مطلب مهم است که در زمان توقف لیبر چه اتفاقی می افتد. به دانشجویان موارد زیر را یادآوری کنید:

- مراحل سه گانه لیبر
- فاز نهفته مرحله اول
- فاز فعال مرحله اول

پارگی پیش از موعد پرده‌ها

زمانی که سر جنین در تنگه ورودی لگن متوقف می شود، تمام فشار وارد شده توسط رحم بطور مستقیم به اعضای در تماس با سوراخ داخلی دهانه‌ی رحم وارد شده و در نتیجه احتمال پارگی پیش از موعد پرده‌ها وجود دارد.

اتساع غیر طبیعی دهانه رحم

بدلیل عدم نزول سر جنین و در نتیجه عدم فشار آن بر دهانه‌ی رحم، دهانه‌ی رحم به آرامی متسع شده و یا اصلاً اتساع پیدا نمی کند، هم‌زمان دهانه‌ی رحم دچار تورم می شود و در نتیجه مرحله اول لیبر طول کشیده خواهد شد. (با این وجود، مرحله اول ممکن است طبیعی بوده و یا کوتاه باشد، اگر بعنوان مثال انسداد، فقط در لگن خروجی باشد، در این موارد تنها مرحله‌ی دوم طولانی خواهد بود). لیبر طول کشیده باعث می شود مادر دچار کتواسیدوز و دهیدراتاسیون شود.

عدم اتساع دهانه‌ی رحم، معمولاً نشان دهنده نیاز به انجام سزارین است. به عبارت دیگر اگر دهانه رحم بطور طبیعی اتساع پیدا کند، معمولاً به این معنی است که لیبر بر انسداد غلبه کرده و زایمان واژینال امکان پذیر خواهد بود (مطرح کننده این است که خروجی لگن دچار انسداد نیست).

خطر پارگی رحم

زمانی که پرده‌ها دچار پارگی شده و مایع آمنیون خارج شود، جنین در اثر انقباضات به سگمان تحتانی رحم فشار وارد می کند (شکل ۱.۶). اگر انقباضات ادامه پیدا کنند، سگمان تحتانی اتساع یافته و بطور خطرناکی نازک شده و احتمال پارگی آن وجود دارد. (با این وجود خستگی رحم ممکن است قبل از رسیدن به این نقطه اتفاق بیافتد و سبب تضعیف و یا قطع انقباضات شده و در نتیجه احتمال پارگی رحم کمتر باشد).

پارگی رحم ممکن است از نوع کامل و یا ناکامل باشد. اگر کامل باشد (یعنی رحم بطور مستقیم با حفره صفاق ارتباط پیدا کند)، خونریزی در صفاق اتفاق افتاده و اگر پارگی ناکامل باشد (یعنی پارگی به صفاق احشائی نرسیده است)، خونریزی در پشت صفاق احشائی اتفاق خواهد افتاد (شکل ۱.۷).

پارگی رحم با احتمال زیاد در مولتی‌پارها اتفاق می افتد (در زنان نولی‌پار خیلی نادر است)، مخصوصاً اگر رحم در حال حاضر بوسیله اسکار برش سزارین قبلی ضعیف شده باشد.

پارگی رحم سبب خونریزی و شوک شده و در صورت عدم درمان کشنده است.

در طول مرحله اول یا دوم لیبر

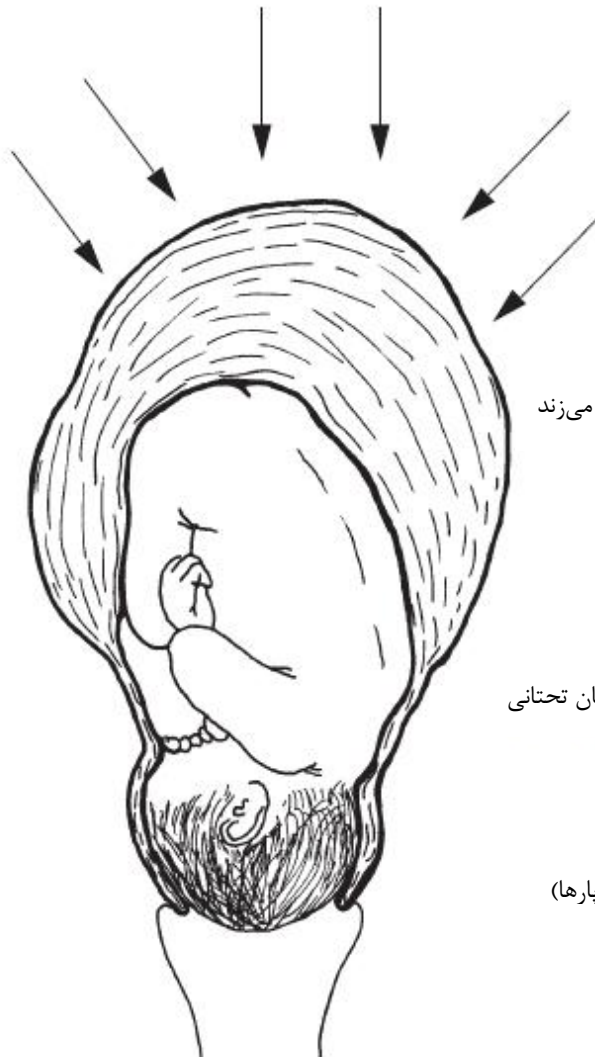
پارگی زودهنگام پرده‌ها ----- خروج مایع آمنیون

فشار جنین بر سگمان تحتانی رحم در اثر انقباضات

فشار زیاد بر روی جفت و بند ناف

دیسترس جنینی

مرگ جنین



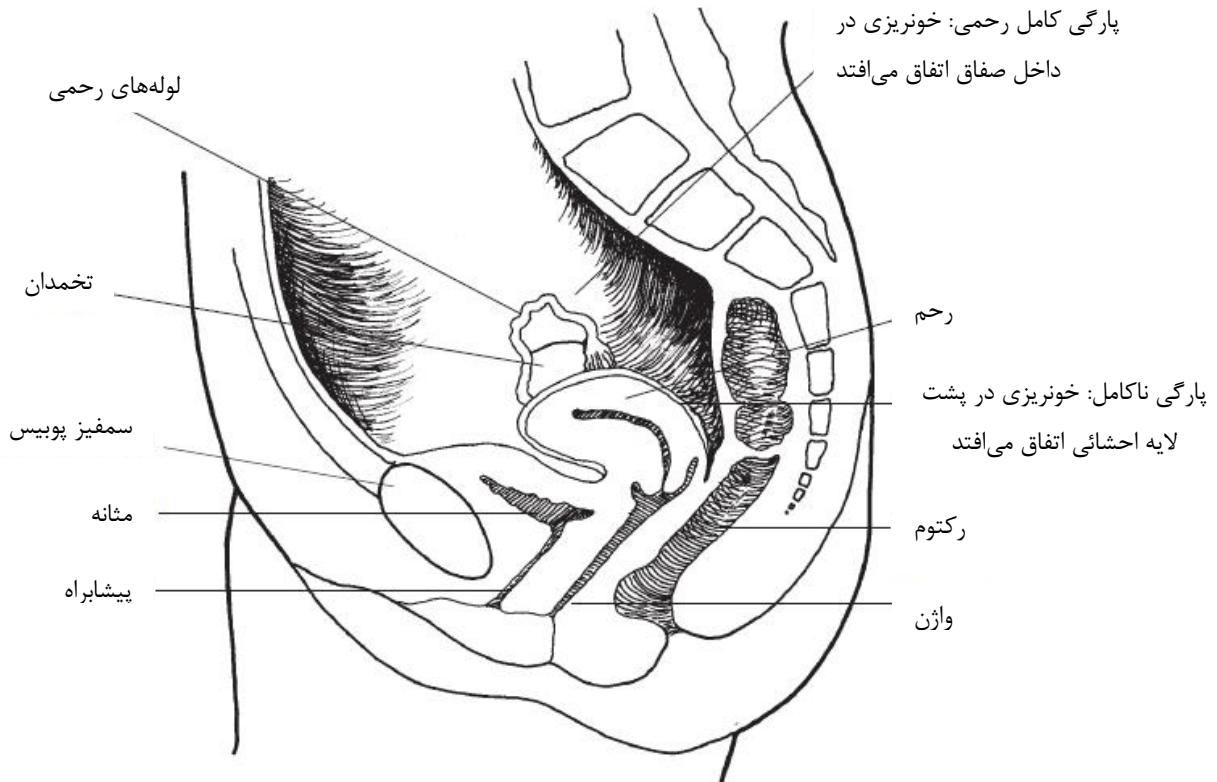
رحم بطور محکم اطراف جنین حلقه می‌زند

کشیده شدن بیش از حد سگمان تحتانی

پارگی رحم (مولتی پارها)

هیچ راه فراری بعلت انسداد وجود ندارد

شکل ۱.۶: اتفاقاتی که در لیبر متوقف شده می افتد.

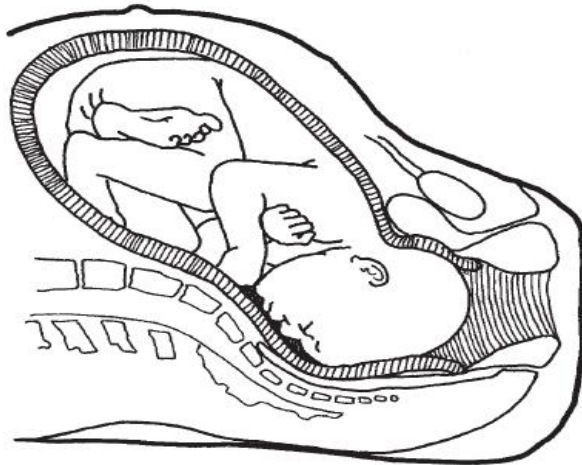


شکل ۱.۷: مکان های خونریزی در پارگی کامل و ناکامل رحم

فیستول

زمانی که سر جنین به مدت طولانی در لگن گیر بکند، قسمت‌هایی از مثانه، دهانه رحم، واژن و رکتوم بین سر جنین و استخوان‌های لگن گیر کرده و تحت فشار زیاد قرار می‌گیرد. به علت اختلال در خون‌رسانی، اکسیژن‌رسانی این بافت‌ها بصورت ناکافی صورت گرفته و نکروز اتفاق می‌افتد و متعاقباً در چند روز آتی سبب تشکیل فیستول می‌شود. فیستول ممکن است از نوع وزیکوواژینال (بین مثانه و واژن)، وزیکوسرویکال (بین مثانه و دهانه رحم) و یا رکتوواژینال (بین رکتوم و واژن) بوده و سبب خروج ادرار یا مدفوع از واژن شود. این موارد در زنان زایمان نکرده، بویژه در کشورهایی که زایمان در سنین پائین‌تر شروع می‌شود، شایع‌تر است (شکل

۱.۸).



مثانه
دهانه
رحم
واژن
رکتوم

بین سر جنین و استخوانهای لگن
گیر افتاده‌اند

شکل ۱.۸: تشکیل فیستول در لیبر متوقف شده

سپسیس دوران نفاسی

عفونت خطر جدی دیگری برای مادر و جنین در موارد لیبر طول کشیده و متوقف شده مخصوصاً در موارد پارگی زود هنگام پرده- هاست. خطر عفونت در اثر معاینات متعدد واژینال افزایش می‌یابد.

تأثیر لیبر متوقف شده بر روی جنین

تغییرات در حجمه و پوست سر:

بعلت فشار دهانه رحم بر سر جنین در حال عبور از کانال زایمانی، استخوان‌های انعطاف پذیر حجمه بر روی هم سوار شده و مولدینگ اتفاق می‌افتد. این تغییرات در شکل سر جنین باعث تسهیل عبور جنین از کانال زایمانی می‌شود. بعلاوه تورم پوست سر ممکن است اتفاق افتاده که به آن کاپوت سوکسدانئوم گفته می‌شود. این موارد طبیعی بوده و در طی چند روز مولدینگ سر جنین به شکل طبیعی خود برگشته و تورم برطرف خواهد شد. به هر حال مولدینگ بیش از حد می‌تواند منجر به پارگی منتر شده و سبب خونریزی داخل حجمه و احتمالاً مرگ جنین شود.

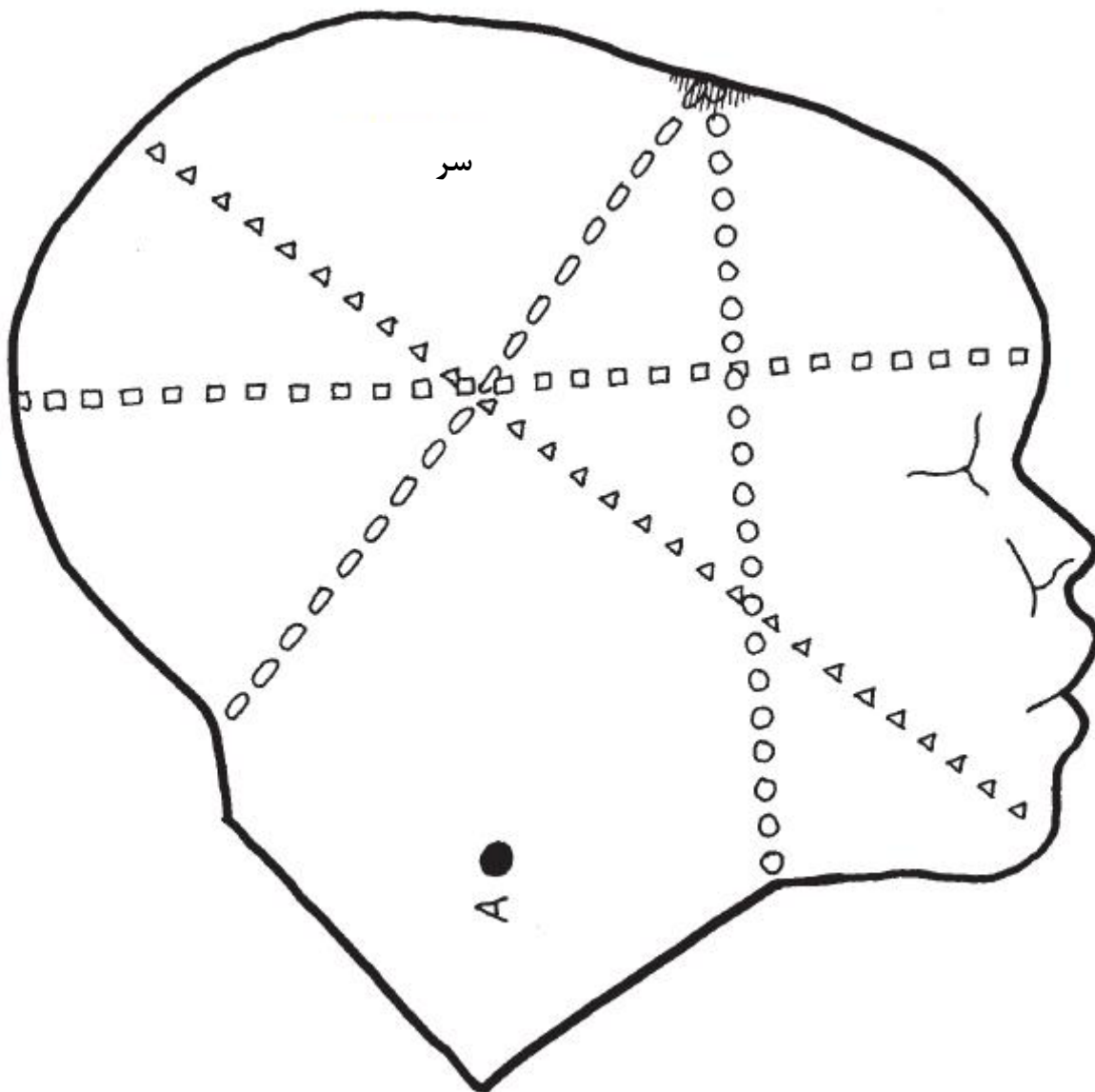
مرگ جنین:

(مراجعه به شکل ۱.۶). اگر توقف لیبر به مدت طولانی ادامه یابد، جنین در اثر فشار زیاد بر روی جفت و بند ناف و در نتیجه ایجاد آنوکسی می‌میرد. جنین مرده در اثر فاسد شدن نرم‌تر شده و ممکن است سبب تشدید بروز اختلال انعقادی شود. این عوامل منجر به خونریزی مادری در موقع زایمان، شوک و افزایش خطر مرگ می‌شود.

خلاصه کنید.

هر سوالی دارند، بپرسند.





کمک آموزشی ۱.۲: بچه طلقی (سر)

دستورالعمل درست کردن مدل "بچه طلقی"

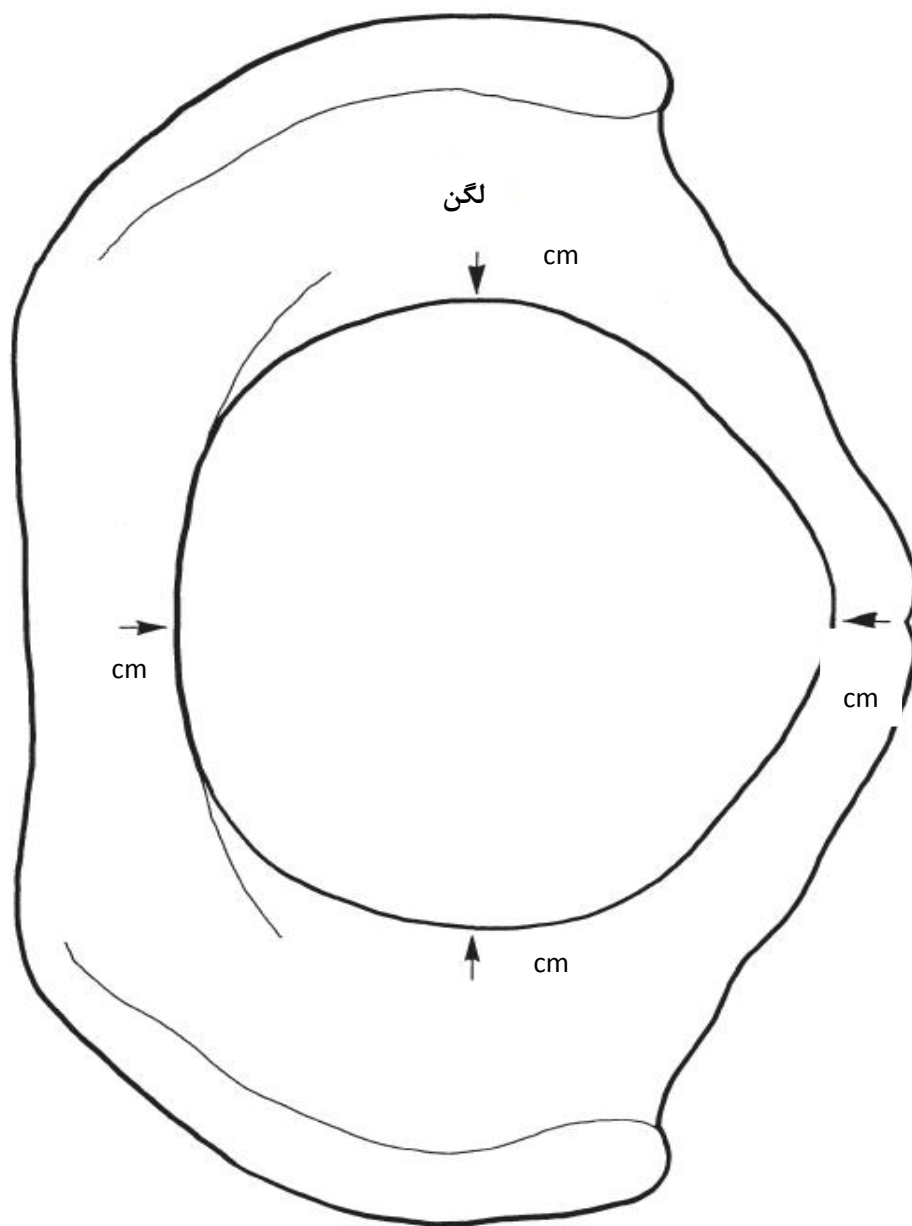
صفحه را به مقوای نازکی بچسبانید. برای این کار از چسب آماده و یا ساخته شده در منزل استفاده کنید. اجازه دهید که خشک شود.

۱. به دقت، بدن، سر و لگن را از روی خطوط پرنگ برش دهید.

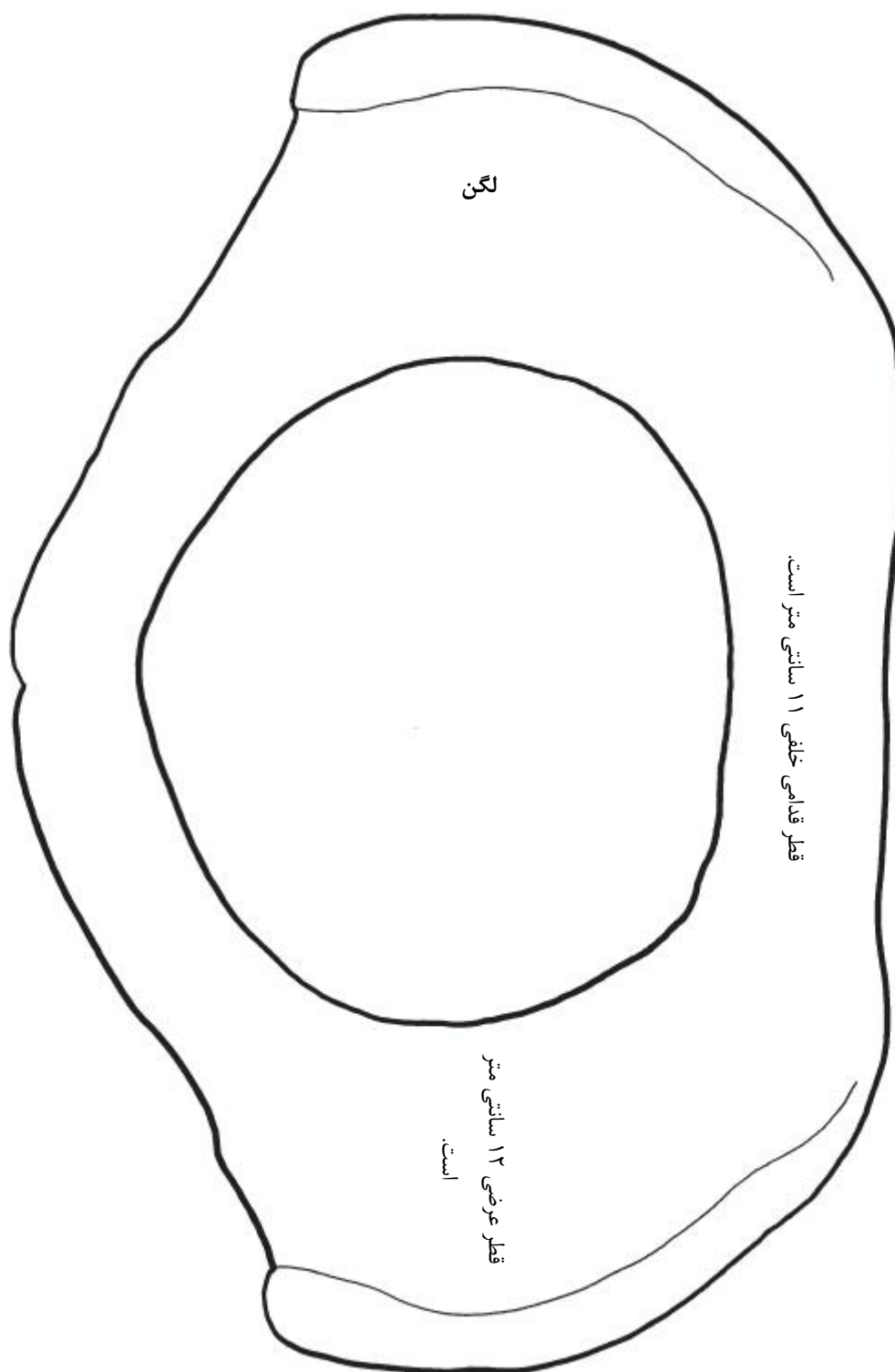
۲. قسمت سایه دار مرکز لگن را برش دهید.

۳. خطوط روی سر را بر اساس مدل زیر رنگ آمیزی کنید:

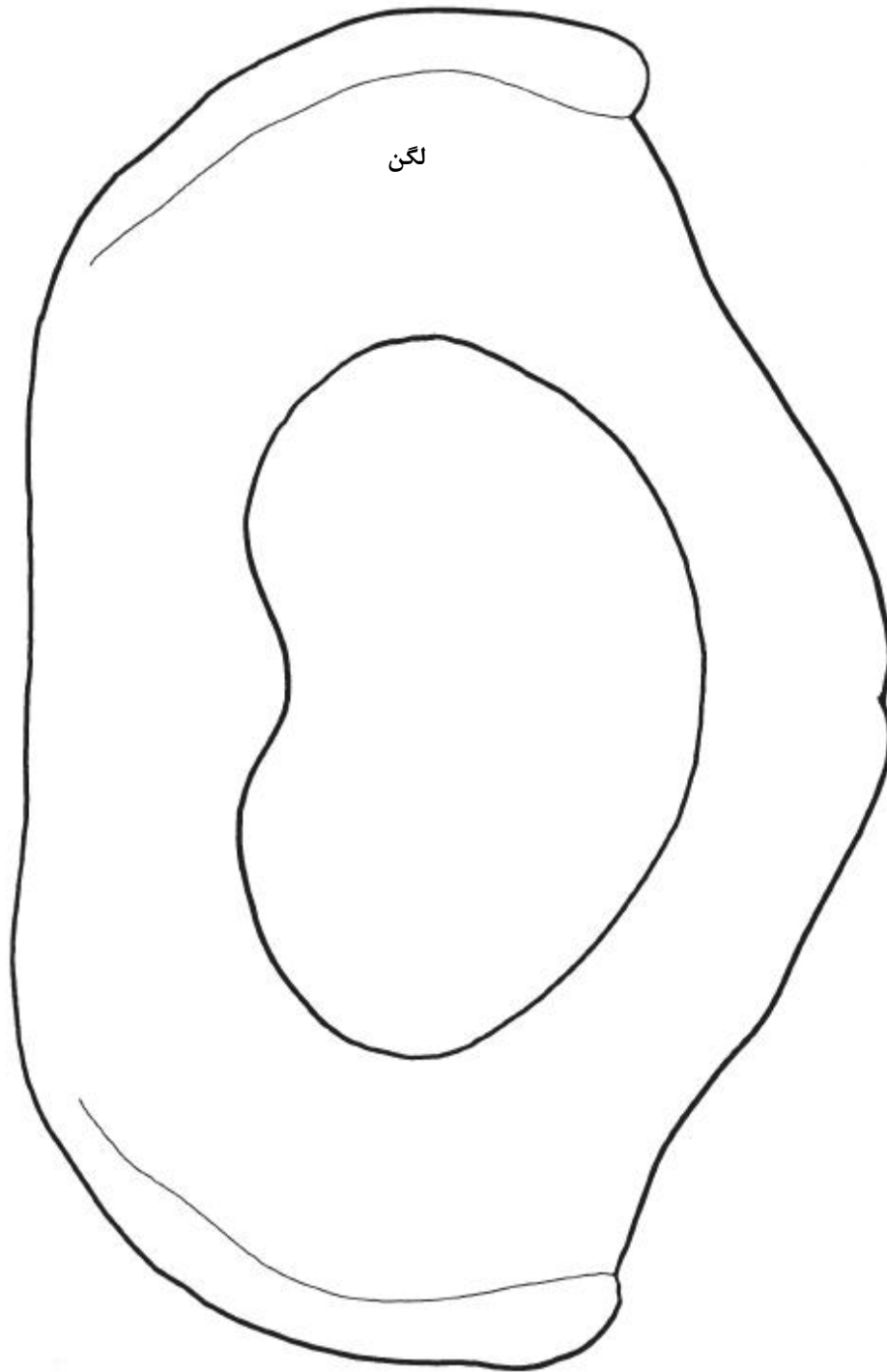
۴. دو نقطه A بر روی سر و بدن وصل کنید).



کمک آموزشی ۱.۳: لگن طبیعی زنانه

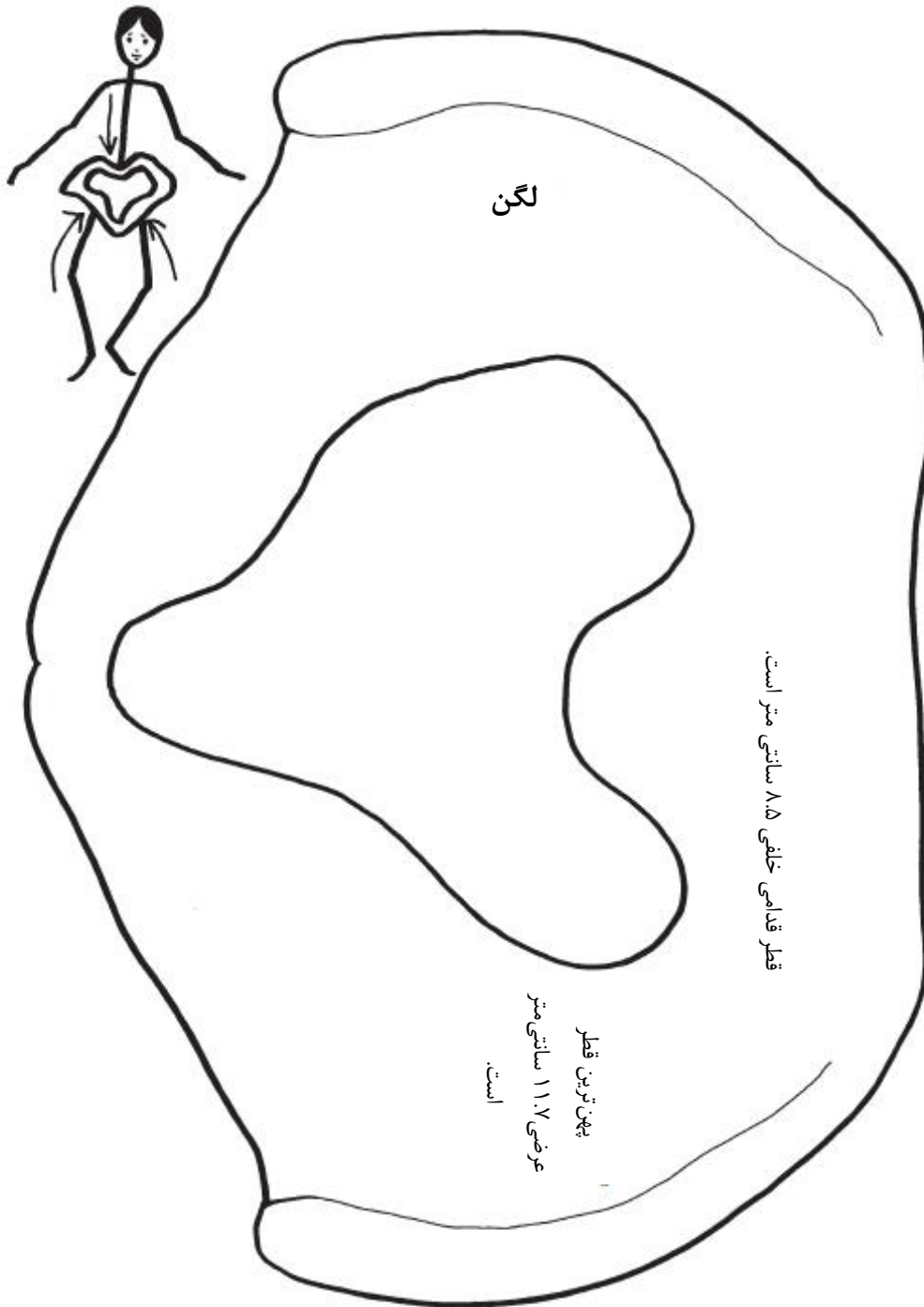


کمک آموزشی ۲ لگن زنانه کوچک (شکل لگن طبیعی است، اما اندازه آن کوچک است)



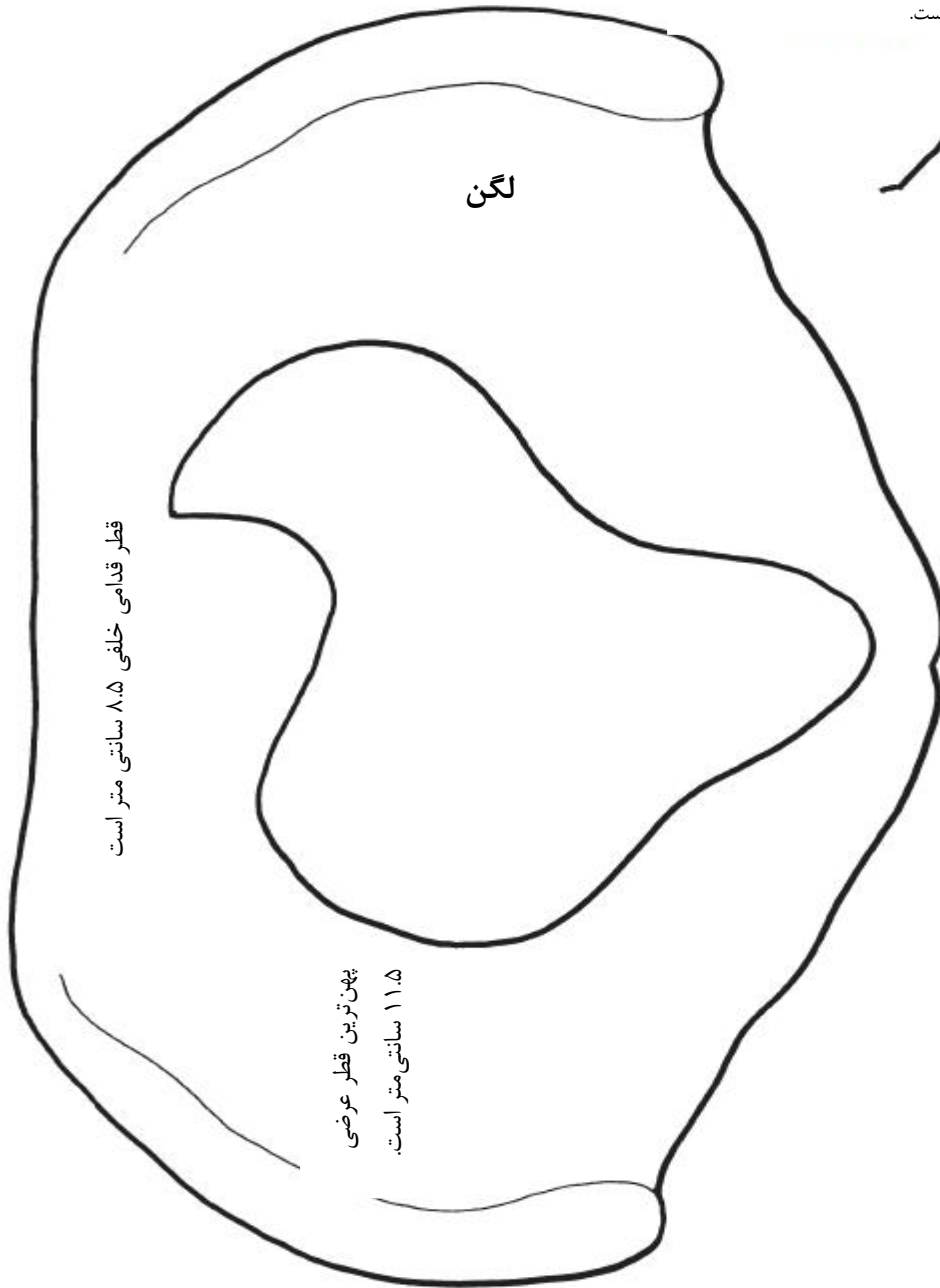
کمک آموزشی ۳ لگن تحت تأثیر راشیتیس، کلیوی شکل شده است.

فلش‌ها نشان می‌دهند که چگونه فشار بر روی استخوان-
های نرم سبب تغییر شکل لگن می‌شود.



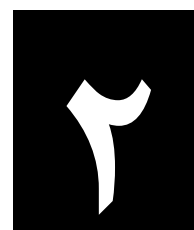
کمک آموزشی ۴ لگن تحت تأثیر استئومالاسی لا شکل شده است.

فلش نشان دهنده فشار غیرطبیعی بر روی لگن و اثرات ناشی از آن است.



کرمک آموزشی ۵ لگن تحت تأثیر آسیب یا بیماری ناشی از کیفوز یا اسکولیوز ستون فقرات دچار تغییر شکل شده است.

عوامل قابل اجتناب



جلسه ۲

عوامل قابل اجتناب

اهداف این جلسه

- برای توانمندسازی دانشجویان در فهم این که اغلب مرگ‌های مادری قابل پیشگیری هستند.
- برای ایجاد روش‌های پیشگیری از مرگ ناشی از لیبر متوقف شده

اهداف درسی

- در پایان جلسه ۲، دانشجویان قادر خواهند بود:
- عوامل قابل اجتناب، عوامل خطر، مرگ مستقیم مادری و مرگ غیر مستقیم مادری را تعریف کنند.
- لیستی از علل و عوامل خطر لیبر متوقف شده را تهیه کرده و عوامل قابل اجتناب را شناسایی کنند.
- در مورد گام‌هایی بحث نمایند که به منظور پیشگیری از مرگ ناشی از عوامل قابل اجتناب باید شناسایی کنند.

طرح درسی

- سخنرانی تعدیل شده (نیم ساعت)
- کار گروهی (۱ ساعت)
- بازخورد و بحث (۱.۵ ساعت)

منابع

- دستورالعمل کار گروهی
- کاربرگ

اگر تا کنون با یک مدل تکنیکی دیگر در مورد عوامل قابل اجتناب، عوامل خطر، مرگ مستقیم مادری و مرگ غیرمستقیم مادری با دانشجویان صحبت کرده‌اید، اکنون این تعاریف را مرور کرده و سپس در ادامه بخش آنها را یادآوری کنید.

تعاریف

مطمئن باشید که دانشجویان تعاریف زیر را درک کرده‌اند:

عوامل قابل اجتناب:

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

عوامل خطر:

عواملی هستند که سبب ایجاد موقعیتی می‌شوند که احتمال وقوع را بیشتر کرده و یا آن را خطرناک‌تر می‌کند.

مهم است که دانشجویان موارد زیر را درک کنند:

"عوامل خطر"^{*} نباید برای پیشگویی مشکلات مورد استفاده قرار گیرند. سیستم گروه‌بندی خطر یا "رویکرد خطر" که قبلاً برای انتخاب زنان برای ارائه مدیریت خاص بکار می‌رفت، دیگر قابل استفاده نیست، زیرا مدارک نشان می‌دهند که بسیاری از زنانی که بعنوان گروه پرخطر طبقه‌بندی می‌شوند، در حقیقت مشکلی را تجربه نمی‌کنند، در حالی که زنان واقع در گروه کم خطر، با آن مواجه می‌شوند. بنابراین تمام زنان باردار باید بعنوان در معرض خطر در نظر گرفته شوند.

مرگ مادری مستقیم:

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

* Risk factors

† Risk approach

مرگ مادری غیر مستقیم:

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

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

▪ زنی در فاصله طولانی از یک بیمارستان زندگی می‌کند. (این مورد می‌توانست قابل پیشگیری باشد، اگر ترتیبی اتخاذ می‌شد که: این زن در یک بیمارستان نزدیک‌تر بعنوان مثال در یک اتاق انتظار زایمان بماند).

به منظور پیشگیری از مرگ مادری، لازم است که به هر دو مورد علت مرگ و عامل خطر نگاه کنیم:

▪ لیبر متوقف شده می‌تواند علت مرگ باشد، اما دوری از کمک‌های تخصصی یک عامل خطر است، زیرا خطر مرگ ناشی از لیبر متوقف شده را تشدید می‌کند.

کار گروهی

دانشجویان را به گروه‌هایی تقسیم کرده و به آن‌ها دستورالعمل‌های کار گروهی و کاربرد موجود در انتهای جلسه را داده و توضیح دهید که چه کارهایی را از طریق دستورالعمل آماده شده باید انجام دهند.

بازخورد

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

عوامل قابل اجتناب را شناسایی کرده و در مورد مراحل پیشگیری از وقوع که گروه پیشنهاد کرده است بحث کنید.

به دانشجویان کمک کنید که ببینند مرگ ناشی از لیبر متوقف شده قابل اجتناب بوده و باید پیشگیری شوند.

در مورد کارهای عملی که دانشجویان می‌توانند پیشنهاد کنند و چه اقداماتی باید انجام دهند بحث کنید.

در مورد اهمیت شناسایی زنانی که در معرض خطر لیبر متوقف شده هستند (بعنوان مثال زنان کوتاه قد، زنان دچار راشیتیس، سزارین قبلی یا مرده زائی) در شرایطی که می‌توانند در زمان مناسب به بیمارستان یا اتاق انتظار زایمان ارجاع داده شوند، بحث کنید. جایی که می‌توانند در صورت نیاز ارزیابی شده و توسط یک دستیار ویزیت شوند.

در مورد رسوم مربوط به ازدواج زودهنگام و ختنه زنانه در صورت انجام در کشورتان بحث کنید. راه‌های دستیابی به تأثیرگذاری بر روی این موارد را از طریق بحث با افراد خانواده، زنان مسن، منع‌ها، رهبران جامعه و مادرشوهرها ارزیابی کنید.

به دانشجویان در فهم این مطلب کمک کنید که فراموش کردن نیازهای تغذیه‌ای زنان بعثت برتری جنس مذکر، رشد جسمانی زنان را تحت تأثیر قرار داده و در نتیجه سبب افزایش خطر لیبر متوقف شده و مرگ مادر و کودکش می‌شود.

در مورد پوشش سنتی زنان* در صورت وجود در جامعه‌تان بحث کنید. در نظر بگیرید که این عامل چگونه می‌تواند در اثر عدم تماس کافی با نور خورشید منجر به راشیتیسم و استئومالاسی و کوچکی لگن شود (ویتامین D که برای رشد صحیح استخوانها مورد نیاز است در پوست و در نتیجه تماس با نور خورشید ساخته می‌شود). در مورد راه‌های احتمالی پیشگیری از این مشکل، همزمان با تأکید بر قانون حجاب و محرومیت‌های موجود بحث کنید.

به نقش مهم ماما در مشاوره با زنان باردار و خانواده آن‌ها، منع‌ها و رهبران جامعه، در مورد خطرات لیبر متوقف شده و لزوم ارجاع به تسهیلات سلامتی بعد از ۱۲ ساعت از عدم پیشرفت در لیبر تأکید کنید.

بالاخره بر نقش اساسی پارتوگراف در شناسایی لیبر طول کشیده/متوقف شده و نیاز به ارجاع سریع برای پیشگیری از مرگ مادر ناشی از لیبر متوقف شده، تأکید کنید.

هر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه کرده و بر اهمیت پیشگیری تأکید کنید.

دستورالعمل کار گروهی

(لطفاً قبل از شروع، همه دستورالعمل را به دقت بخوانید).

۱. لیبر متوقف شده را تعریف کنید.
۲. علل لیبر متوقف شده را لیست کنید.
۳. عوامل خطر لیبر متوقف شده را لیست کنید (عوامل خطر عواملی هستند که شانس لیبر متوقف شده را بیشتر کرده و یا آن را تشدید می‌کنند).
۴. شرح دهید که کدام عامل، خطر لیبر متوقف شده را بیشتر می‌کند.
۵. عوامل خطری را که قابل اجتناب یا پیشگیری هستند را مشخص کنید. مثالی بزنید. می‌توانید به همین طریق از کاربرد آماده شده استفاده کنید. شما یک ساعت در گروهتان وقت دارید. در صورت نیاز از برگه‌های اضافی استفاده کنید. از گروه یک نفر بعنوان رهبر و شخصی را برای ارائه گزارش انتخاب کنید.

* purdah

مثال:

علل	عوامل خطر	آیا قابل اجتناب است؟	اقداماتی برای پیشگیری از وقوع
عدم تناسب سر با لگن	زنی که در مسافت طولانی از بیمارستان زندگی می کند	بله	شناسائی زودهنگام خطر و ارجاع به بیمارستان و اتاق انتظار زایمان

پیشگیری از لیبر متوقف شده			
علل	عوامل خطر	آیا قابل اجتناب است؟	اقداماتی برای پیشگیری از وقوع

✓ چک لیست لیبر متوقف شده

از این چک لیست برای هدایت بحث در طی بازخورد استفاده کرده و بررسی کنید که تمام نکات تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

علل

- عدم تناسب سر با لگن: لگن کوچک یا تحت فشار یا جنین بزرگ
- نمایش غیر طبیعی (بعنوان مثال نمایش پیشانی، شانه در اثر قرار عرضی)
- وضعیت غیرطبیعی جنین که در تعداد کمی از موارد ممکن است منجر به توقف عرضی عمقی در مرحله دوم لیبر شود.
- ناهنجاری‌های جنینی بعنوان مثال هیدروسفالی، آنانسفالی و دوقلوهای قفل شده
- ناهنجاری‌های دستگاه تولیدمثل بعنوان مثال تومور لگنی، تنگی دهانه رحم یا واژن، پرینه سفت

عوامل خطر

این عوامل شامل موارد زیر می‌باشند:

- سوء تغذیه یا عدم تماس با نور خورشید بعلت پوشش بیش از حد و در نتیجه ایجاد راشیتیسیم یا استئومالاسی
- کوتاه قدی مادر ($< 150\text{cm}$) (اغلب در ارتباط با سوء تغذیه)
- سزارین قبلی یا مرده‌زائی، لیبر طولانی شده قبلی
- مادران جوان‌تر (کمتر از ۱۷ سال)
- ختنه دستگاه تناسلی زنانه
- مسافت طولانی از دستیابی به کمک‌های تخصصی
- فقدان حمل و نقل و ارتباط
- باورهای و شیوه‌های سنتی مربوط به لیبر طول کشیده/متوقف شده
- رسوم مرتبط با ازدواج زودهنگام
- عدم اعتماد افراد جامعه به مراقبین بهداشتی
- عدم تعلیم کارکنان بهداشتی در مورد شناسائی لیبر متوقف شده (عدم استفاده از پارتوگراف)
- ناتوانی در تأثیر گذاری بر روی عوامل خطر
- تأخیر در ارجاع به سطوح مراقبتی بالاتر (جهت انجام سزارین)

تمام این عوامل قابل پیشگیری هستند:

- در طولانی مدت (با تصحیح رفتارهای تغذیه‌ای، بهداشت عمومی، پوشش، وضعیت زنان و شیوه زندگی، مراقبت از دختران و زنان، شناسائی مشکلات مرتبط با حمل و نقل و ارتباط، اتاق انتظار زایمان)
- در کوتاه مدت (شناسائی و ارجاع موارد پرخطر)

شناسایی مشکل



جلسه ۳

شناسائی مشکل

اهداف این جلسه

- توانمندسازی دانشجویان در درک اهمیت شناسائی و تعریف مشکلات مرتبط با لیبر متوقف شده به منظور ارائه مدیریت موثر
- توانمندسازی دانشجویان در کسب هنر تشخیص لیبر متوقف شده و تشخیص‌های افتراقی آن

اهداف درسی

- در پایان جلسه ۳ دانشجویان قادر خواهند بود:
- گام‌های موثر در ارائه مدیریت موثر را لیست کنند.
- علل پیشرفت غیرموثر لیبر را لیست کنند.
- تصویر بالینی زن دچار لیبر متوقف شده را شرح دهند.
- علائم و نشانه‌های پارگی رحم را شرح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده، بحث (۲ ساعت)
آموزش بالینی (چند روز)
آزمون اختیاری

منابع

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.

Geneva, World Health Organization, ۲۰۰۳ (WHO/RHR/۰۰.۷).

شرح دهید که ۶ گام جهت ارائه مدیریت موثر وجود دارد.

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

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

ممکن است فکر کردن در مورد تشخیص بعنوان نوعی "کار تشخیصی" کمک کننده باشد. دانشجویان باید بحث گروهی کوچکی برای تصمیم‌گیری در مورد نحوه اقدام تشکیل دهند. از دانشجویان بپرسید:

- 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 موقعیت‌ها را در نظر بگیرند.

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

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

دانشجویان باید از تمام حواس و توان خود در جهت:

- دیدن
- شنیدن

- لمس کردن
- درست فکر کردن و پرسیدن این سوال که: مشکل چیست؟
- 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 می‌گیرید. دانشجویان باید یاد بگیرند که به همین طریق عمل کنند.

تصویر بالینی

در شناسائی مشکل لیبر طول کشیده و متوقف شده ضروری است که شرح حال، معاینه فیزیکی و پارتوگراف را در نظر بگیرید. با استفاده از جدول ۱ به دانشجویان یافته‌های مشخص و واضح را در کلاس توضیح دهید. سپس دانشجویان را به بالین ببرید. نکات مهم در شرح حال زن را یادآوری کنید.

معاینه شکمی را نشان داده و مطمئن شوید که دانشجویان می‌توانند این یافته‌ها را تفسیر کنند.

توضیح دهید که دانشجویان چگونه باید یافته‌هایشان را در مورد معاینه واژینال در موقعیت ایجاد شده گزارش کنند.

معاینه زنی که لیبر طول کشیده یا متوقف شده را تجربه می‌کند باید در همان محلی که این مشکل اتفاق می‌افتد صورت گیرد. این مسأله ممکن است زمان‌بر باشد. اما جای امیدواری است که تعداد زیادی از زنان دچار این مشکل نخواهند بود. از دانشجویان بخواهید هم‌زمان با توضیح و بحث در مورد نقاط تشخیصی، تجربیاتشان را در مورد این وضعیت در بالین بیان کنند.

شرح حال

نکات مرتبطی که باید در مورد زن، خانواده و مراقبین بهداشتی او فهمیده شوند شامل موارد زیر هستند:

- سن
- قد، راه رفتن و هرگونه ناتوانی که لگن یا اندام تحتانی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- شرح حال پزشکی مخصوصاً در مورد راشیتیس، استئومالاسی یا آسیب لگن
- آیا این بارداری نخست اوست/ یا زایمان در هنگام ترم شروع شده است.
- دلایل انجام زایمان قبلی از طریق جراحی
- سابقه مرده‌زایی قبلی یا مرگ زود هنگام نوزادی و علت آن در صورت مشخص شدن
- هر مشکلی در طول بارداری
- مدت زمان لیبر تاکنون
- در صورت استفاده از پارتوگراف، آیا اتساع دهانه رحم از خط هشدار و اقدام عبور کرده است؟
- الگوی عملکرد رحمی تاکنون بعنوان مثال افزایش تعداد و مدت انقباضات یا توقف آن و غیره
- آیا پارگی پرده‌ها اتفاق افتاده است؟
- اگر پرده‌ها دچار پارگی شده باشند، چه مدت زمان است و آیا رنگ گرفتگی با مکونیوم یا بوی بد وجود دارد؟

جدول ۱: تشخیص عدم پیشرفت کافی لیبر

تشخیص	یافته‌ها
لیبر کاذب	عدم اتساع دهانه رحم عدم لمس انقباضات/انقباضات غیر متناوب
فاز نهفته طولانی	عدم اتساع دهانه رحم بیشتر از ۴ ساعته بعد از ۸ ساعت از شروع انقباضات منظم
فاز نهفته طولانی	انتقال خط اتساع دهانه رحم به سمت راست خط هشدار پارتوگراف
عدم تناسب سر با لگن	توقف ثانویه اتساع دهانه رحم و نزول عضو پرزائنه علی‌رغم وجود انقباضات موثر
توقف	توقف ثانویه اتساع دهانه رحم و نزول عضو پرزائنه با کاپوت بزرگ، مولدینگ درجه ۳، فشار ضعیف دهانه رحم به عضو پرزائنه، دهانه رحم متورم، اتساع سگمان تحتانی رحم، تشکیل حلقه انقباضی، دیسترس مادری و جنینی
فعالیت ناکافی رحمی	کمتر از ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام حداقل ۴۰ ثانیه طول می‌کشند
عضو نمایش و وضعیت غیر طبیعی	نمایش سایر اعضای غیر ورتکس به همراه نمایش اکسی پوت قدامی
مرحله خروج طولانی	عدم نزول علی‌رغم اتساع کامل دهانه رحم و تمایل زن به زور زدن

نکات تشخیصی در معاینه فیزیکی

وضعیت عمومی

در موارد لیبر متوقف شده علائم خستگی جسمی و روحی وجود خواهند داشت.

تمام یا برخی از علائم و نشانه‌های زیر ممکن است مشاهده شوند:

- دیسترس مادری و/ یا جنینی
- دهیدراتاسیون و یا کتواسیدوز (چشمان گود افتاده، تشنگی، دهان خشک، پوست خشک که با برگشت آهسته پوست بلند کرده همراه است)
- تب (افزایش دمای بدن)
- درد شکمی که ممکن است مداوم باشد
- شوک، نبض ضعیف و سریع (۱۰۰ یا بیشتر در هر دقیقه)، کاهش برون‌ده ادراری، پوست سرد و مرطوب، رنگ پریدگی، افت فشار خون (فشار سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه)، تنفس سریع (به تعداد ۳۰ یا بیشتر در یک دقیقه)، اضطراب، گیجی، یا عدم هوشیاری. شوک ممکن است بعلت پارگی رحم و یا سپسیس باشد.

معاینه شکمی

علائم لیبر متوقف شده که ممکن است بوسیله معاینه شکمی آشکار شود، شامل موارد زیر است:

- پهن‌ترین قطر سر جنین می‌تواند در تنگه ورودی لگن احساس شود، زیرا قادر به نزول نیست. یک مولدینگ بزرگ ممکن است در ورودی لگن ایجاد شده و باعث اشتباه در تشخیص شود. ولی یک لمس دقیق باید مشخص کند که پهن‌ترین قطر سر جنین هنوز بالای تنگه ورودی لگن است. اگر رحم بطور دائم منقبض باشد، لمس خیلی مشکل خواهد بود. زیرا رحم بطور مداوم سفت بوده و برای زن خیلی دردناک خواهد بود.
 - انقباضات مداوم، طولانی و قوی رحم (با وجود این اگر زن دچار لیبر طولانی مدت باشد ممکن است انقباضات بعلت خستگی رحم متوقف شوند)؛ که با شدت مضاعف دوباره شروع می‌شوند.
 - رحم ممکن است در حالت انقباض باقی بماند (یعنی بطور مداوم سفت باشد) و بطور خیلی محکم اطراف جنین حلقه کند.
 - حلقه باندل ممکن است مشاهده شود. (شکل ۳.۱).
- حلقه باندل نامی است که به ناحیه بین سگمان فوقانی و تحتانی رحم، زمانی که این ناحیه قابل مشاهده و یا قابل لمس می‌شود، داده شده است. در مراحل حاملگی و زایمان طبیعی این ناحیه حلقه انقباضی نامیده می‌شود. این حلقه نباید در حالت طبیعی دیده شده و یا لمس شود.
- حلقه باندل علامت دیررس لیبر متوقف شده است، که می‌توان آن را بعنوان یک فرورفتگی در سراسر شکم در حد ناف دید. قسمت فوقانی آن سگمان فوقانی رحم به شدت منقبض و ضخیم شده است و در زیر حلقه باندل سگمان تحتانی رحم که بطور

خطرناکی نازک و متسع شده است وجود دارد. قسمت تحتانی شکم می‌تواند بوسیله مthane پر و یا وجود گاز در روده اتسع بیشتری پیدا کند.

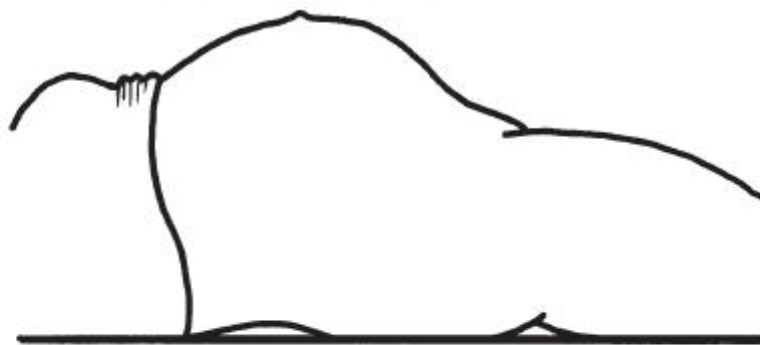
- در موارد لیبر متوقف شده قلب جنین ممکن است در اثر مرگ جنینی ناشی از آنوکسی سمع نشود.

معاینه واژینال

علائم انسدادی که باید جستجو شوند، شامل موارد زیر است:

- ترشح مکونیوم بدبو
- خروج مایع آمینیون
- سوندگذاری باعث خروج ادرار غلیظی می‌شود که ممکن است حاوی مکونیوم یا خون نیز باشد.
- معاینه واژینال
 - تورم فرج، مخصوصاً در زنانی که به مدت طولانی زور زده‌اند.
 - واژن بعلت دهیدراتاسیون گرم و خشک است.
 - تورم دهانه رحم
 - اتسع ناکامل دهانه رحم (در موارد انسداد خروجی لگن ممکن است اتسع کامل باشد).
 - لمس یک کاپوت سوکسدانثوم بزرگ
 - علت انسداد شامل مولدینگ شدید سر جنین گیر افتاده در لگن، شانه، پیشانی، یا نمایش صورت خلفی و پرولاپس بازو است.

شکل طبیعی شکم

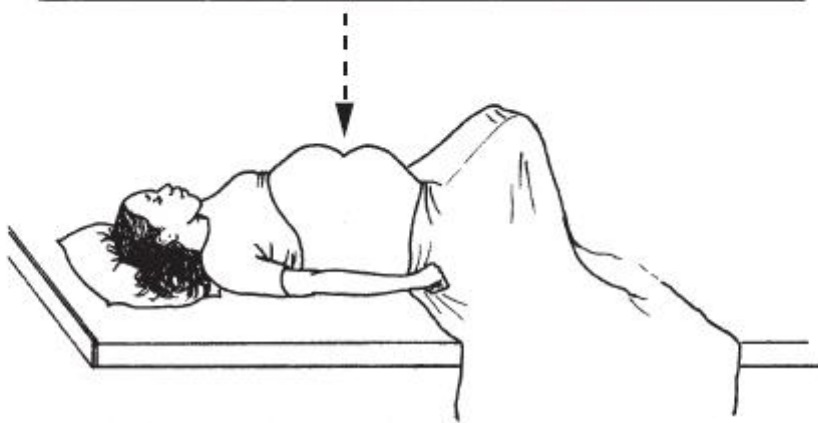
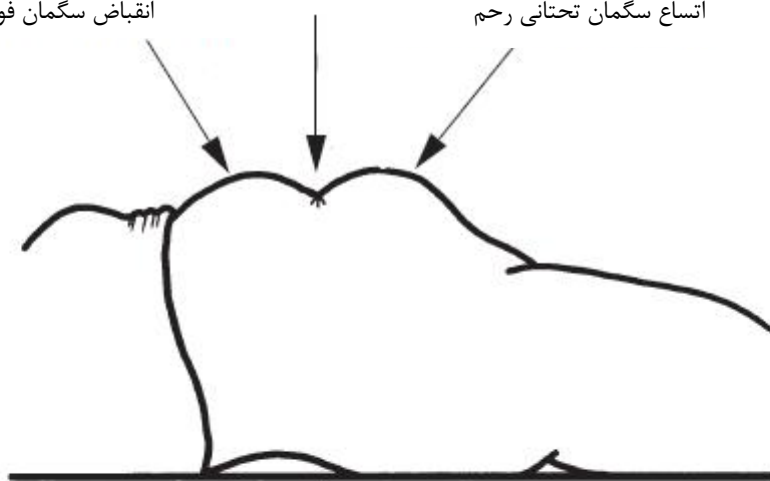


شکل شکم در موارد لیبر متوقف شده

حلقه باندل

انقباض سگمان فوقانی رحم

اتساع سگمان تحتانی رحم



گزارشات پارتوگراف

در صورتی که گزارشات پارتوگراف شامل مورد زیر باشد، ممکن است نشان دهنده‌ی لیبر متوقف شده باشد:

- مرحله اول یا دوم طول کشیده لیبر که محرز شده است؛ چرا که دیلاتاسیون دهانه رحم ابتدا از خط هشدار عبور کرده و اگر به دنبال آن هیچ دخالتی صورت نگیرد، با وجود انقباضات قوی رحمی از خط اقدام نیز عبور خواهد کرد.

علائم و نشانه‌های رحم پاره شده

دانشجویان باید قادر به تشخیص رحم پاره شده باشند (مراجعه به جلسه ۱ برای تعریف و علل رحم پاره شده در لیبر متوقف شده).

پارگی رحم در زنان مولتی‌پار شایع‌تر است اما در زنان نولی‌پار به ندرت دیده می‌شود.

علائم هشدار دهنده: حلقه باندل و حساسیت سگمان تحتانی رحم

در صورت وجود علائم زیر، به پارگی رحم مشکوک شوید:

- شوک
- اتساع شکم / مایع آزاد
- انقباضات غیرطبیعی رحمی
- شکم حساس
- لمس راحت قسمت‌های جنینی
- عدم وجود حرکات و صداهای قلبی جنینی
- نبض سریع مادر

اگر پارگی رحم ناکامل و یا کوچک باشد، تشخیص می‌تواند مشکل باشد. در چنین نمونه‌هایی، جنین یا حداقل بخشی از آن در رحم باقی مانده و علائم شوک در مادر تا بعد از زایمان به تأخیر می‌افتد؛ زیرا فشار جنین تا حدودی از خونریزی جلوگیری می‌کند. علائم در این مورد می‌تواند به آرامی شروع شده و حتی ممکن است لیبر نیز ادامه یابد. زمانی مشکوک به پارگی رحم می‌شویم که جنین بطور ناگهانی دچار دیسترس شده و نبض مادر شروع به افزایش نماید.

هر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه کنید.

شما ممکن است بخواهید آزمونی از دانش و درک دانشجویان بعمل آورید که شامل اطلاعاتی است که در سه جلسه اول موجود است. مثالی از آزمون در جلسه ۱ مدل خونریزی بعد از زایمان وجود دارد.

جلوگیری از لیبر طول کشیده و متوقف شده



جلسه ۴

پیشگیری از لیبر طول کشیده و متوقف شده

اهداف این جلسه

- توانایی دانشجویان برای درک مفهوم و اصول استفاده از پارتوگراف در پیشگیری از لیبر طول کشیده و متوقف شده.
- به کار بردن این شناخت در عمل و افزایش مهارت در ارزیابی پیشرفت لیبر

اهداف درسی

در پایان جلسه ۴، دانشجویان قادر خواهند بود:

- اصول پارتوگراف بعنوان یک ابزار برای پیشگیری از لیبر طول کشیده و متوقف شده را شرح دهند.
- تفاوت بین فاز نهفته و فعال لیبر را توضیح دهند.
- مشاهدات بالینی پارتوگراف را به دقت گزارش دهند.
- مشاهدات گزارش شده پارتوگراف را به دقت تفسیر نمایند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده، تمرینات عملی (۸ ساعت)

آموزش بالینی، ارزیابی (روزهای متعدد)

اگر پارتوگراف به دانشجویان معرفی نشده و در معاینات لیبر بی تجربه می‌باشند، وقت اضافی برای سخنرانی، تمرینات و آموزش بالینی مورد نیاز خواهد بود.

منابع

بیشتر اطلاعات این بخش از کتاب "چگونه از پارتوگراف زمانی که لیبر در حال پیشرفت است استفاده نمائیم" از

Life-saving skills manual for midwives. 2nd ed. American College of Nurse-Midwives, Washington, DC,.

اقتباس شده است. سایر منابع عبارتند از:

Exercise 1. Using the partograph is taken from the Emergency obstetric care for doctors and midwives Course notebook for trainers. Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program, Columbia University, Mailman School of Public Health, and JHPIEGO/Maternal and Neonatal Health Program Baltimore, Maryland, .

Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph, part I: principles and strategy Geneva, World Health Organization, (WHO/FHE/MSM/ . . .)

Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph, part II: user's manual Geneva, World Health Organization, (WHO/FHE/MSM/ . . .)

Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph, part III: facilitator's guide Geneva, World Health Organization, (WHO/FHE/MSM/ . . .)

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

مقدمه

به دانشجویان یادآوری نمائید که لیبر متوقف شده یکی از علل اصلی مرگ مادری است. تمام موارد اخیر در محل تمرین باید ارجاع شوند.

اطمینان داشته باشید که دانشجویان با هدف پارتوگراف، چگونگی گزارش، تفسیر و اداره پیشرفت لیبر با استفاده از آن آشنا باشند. به منظور دستیابی به این هدف، در طول جلسه، از تمرین ۴.۱ در صفحه ۶۷ استفاده نمایید که فرصتی را برای تمرین دانشجویان در زمینه استفاده از پارتوگراف فراهم می‌کند. به عبارت دیگر می‌توانید در طول جلسه استفاده از پارتوگراف را تمرین کنید (شکل ۴.۱) و در انتهای جلسه از مطالعات موردی جهت آزمون فهم دانشجویان استفاده نمایید.

معرفی پارتوگراف*

پارتوگراف گزارشی از تمام مراقبت‌های بعمل آمده از یک زن در لیبر است. ویژگی اصلی آن نمودار گزارش دیلاتاسیون سرویکس می‌باشد که از طریق معاینه واژینال قابل ارزیابی است.

پارتوگراف WHO برای استفاده آسان‌تر تعدیل یافته و اصلاح شده است. فاز نهفته برداشته شده و بصورتی طراحی شده است که شروع آن از دیلاتاسیون ۴ سانتی متر در نظر گرفته شده است. این کار در جهت اصلاح پارتوگراف صورت گرفته است.

اطلاعات شخصی

اطلاعات شامل نام، تعداد حاملگی، زایمان، شماره پذیرش بیمارستان، تاریخ پذیرش، زمان پذیرش و زمان پارگی پرده‌ها در بالای نمودار نوشته می‌شود.

ضربان قلب جنین

ضربان قلب جنین هر نیم ساعت جهت کنترل وضعیت جنین گزارش می‌شود.

مایع آمنیوتیک

مایع آمنیوتیک در هر معاینه واژینال بصورت: روشن ("C")، آغشته به خون ("B") یا آغشته به مکنونوم ("M") مشاهده و ثبت می‌شود. اگر پرده‌ها پاره نشده باشند، برای پرده سالم ("I") گزارش می‌شود.

* توجه داشته باشید که پارتوگراف اصلاح شده WHO که در آن فاز نهفته لیبر برداشته شده است،

در، (WHO/RHR/۰۰۷) *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*، که در این جلسه وجود دارد نشان داده شده است. با وجود این در صورت تمایل به استفاده از نسخه قدیمی پارتوگراف WHO که در آن فاز نهفته موجود بود می‌توانید از *The partograph, part III: facilitator's guide* (در قسمت منابع) استفاده نمایید.

مولدینگ

به اینصورت گزارش می‌شود: استخوان‌ها جدا بوده و درزها به راحتی احساس می‌شوند (O)، استخوان‌ها فقط با همدیگر تماس هستند (+)، استخوان‌ها روی هم قرار گرفته‌اند (++)، استخوان‌ها شدیداً روی هم قرار گرفته‌اند (+++) .

دیلاتاسیون دهانه رحم

مهمترین قسمت برای بررسی پیشرفت لیبر مشاهده منحنی دیلاتاسیون دهانه رحم است. باز شدن دهانه رحم در هر بار معاینه واژینال ارزیابی شده و بصورت یک ضربدر (X) علامت‌گذاری می‌شود. علامت‌گذاری بر روی پارتوگراف از دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر شروع می‌شود.

خط هشدار

خط هشدار در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر شروع شده و تا نقطه مورد انتظار دیلاتاسیون کامل با سرعت ۱ سانتی‌متر در ساعت ادامه دارد.

خط اقدام

خط اقدام بصورت موازی و در ۴ ساعتی سمت راست خط هشدار قرار دارد.

نزول سر

نزول از طریق لمس شکمی قسمتی از سر که در بالای سمفیز پوبیس می‌باشد، قابل ارزیابی است (به ۵ قسمت تقسیم می‌شود). نزول بصورت یک دایره (O) در هر معاینه واژینال گزارش می‌شود.

ساعات

به زمان سپری شده از آغاز فاز فعال لیبر اشاره می‌کند.

زمان

زمان واقعی روز در اینجا یادداشت می‌شود.

انقباضات

انقباضات هر ۳۰ دقیقه یادداشت می‌شوند: تعداد انقباضات در ۱۰ دقیقه و طول مدت آن‌ها به ثانیه

اکسی‌توسین، داروها و مایعات داخل‌وریدی

در محل‌های مشخص شده یادداشت می‌شوند.

فشار خون، نبض و درجه حرارت

نبض هر ۳۰ دقیقه، فشارخون هر ۴ ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت ثبت می‌شود.

ادرار

هر زمانی که دفع ادرار رخ می‌دهد، مقدار آن یادداشت می‌شود. زن هر ۲ ساعت به دفع ادرار در لیبر تشویق می‌شود و هر نمونه از نظر پروتئین و کتون مورد آزمایش قرار می‌گیرد.

پارتوگراف

Name	Gravida	Para	Hospital no.
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours

Fetal Heart Rate

Liquor Moulding

Descent of Head (Plot 'O')

Centix (cm) (Plot 'X')

Contractions per 10 mins.

Oxytocin U/L Drops/ min.

Drugs given and IV fluids

Pulse and BP

Temp. °C

Urine protein acetone volume

شکل ۴.۱: پارتوگراف

استفاده از پارتوگراف

زمانی که یک زن در لیبر پذیرش می‌شود، یک ارزیابی از وضعیت عمومی وی و جنینش بعمل می‌آید که شامل تاریخچه (اگر در پرونده زن موجود نباشد)، معاینه شکمی، ضربان قلب جنین و معاینه واژینال می‌باشد. اطلاعات زیر به دانشجویان کمک خواهد کرد که چگونگی گزارشات، مشاهدات و تفسیر یافته‌های مورد استفاده در پارتوگراف را یاد بگیرند. قبل از ادامه، به هر دانشجو یک برگه خالی پارتوگراف بدهید تا آنها را قادر سازید توضیحاتی که در هر قسمت از فرم ارائه می‌کنید، پیگیری نمایند.

پیشرفت لیبر

دیلاتاسیون دهانه رحم

مرحله اول لیبر به دو مرحله نهفته و فعال تقسیم می‌شود. فاز نهفته از آغاز لیبر تا دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر طول کشیده و با افاسمان دهانه رحم همراه است. فاز نهفته ممکن است تا ۸ ساعت طول بکشد، گرچه معمولاً سریع‌تر از این کامل می‌شود. هر چند ارزیابی منظم مادر و سلامت جنین و گزارشی از تمام یافته‌ها باید انجام شود اما این موارد تا زمان رسیدن به فاز فعال در پارتوگراف رسم نمی‌شوند (در صورت استفاده از پارتوگراف اصلاح شده). فاز فعال از مرحله اول لیبر زمانی که دهانه‌ی رحم به اندازه ۴ سانتی‌متر باز شود، شروع شده و با دیلاتاسیون کامل یعنی ۱۰ سانتی‌متر به اتمام می‌رسد. پیشرفت در این فاز تقریباً ۱ سانتی‌متر در ساعت و در مولتی‌پارها هم اغلب سریع‌تر است. در سمت چپ پارتوگراف شماره‌هایی از ۰-۱۰ وجود دارند. هر شماره / مربع، دیلاتاسیون ۱ سانتی‌متر را نشان می‌دهد. در پائین پارتوگراف، ۲۴ مربع وجود دارد که هر مربع ۱ ساعت را نشان می‌دهد. دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم در پارتوگراف با علامت X نشان داده می‌شود. معاینات واژینال تقریباً هر ۴ ساعت انجام می‌شود. در مراحل پیشرفته لیبر ممکن است به معاینات بیشتر بخصوص در زنان مولتی‌پار نیاز باشد. اگر پیشرفت رضایت‌بخش باشد، دیلاتاسیون دهانه رحم روی خط هشدار و یا در سمت چپ آن باقی خواهد ماند. اگر پرده‌ها پاره شده باشند و زن هیچ انقباضی نداشته باشد، از معاینه واژینال انگشتی استفاده نکنید. چرا که نه تنها کمکی به تشخیص نمی‌کند، بلکه خطر آغاز عفونت را بیشتر می‌کند. یک پد تمیز را روی واژن قرار داده و هر یک ساعت آن را از نظر وجود مایع آمنیون و یا بوی مخصوص آن بررسی کنید. اگر علائمی از عفونت وجود داشته یا پرده‌ها به مدت بیش از ۱۸ ساعت پاره بوده و یا حاملگی کمتر از ۳۷ هفته با یا بدون وجود عفونت باشد، آنتی‌بیوتیک داده و ترتیب انتقال بیمار به یک مرکز سلامتی پیشرفته با امکانات ویژه مراقبت از نوزاد را فراهم سازید.

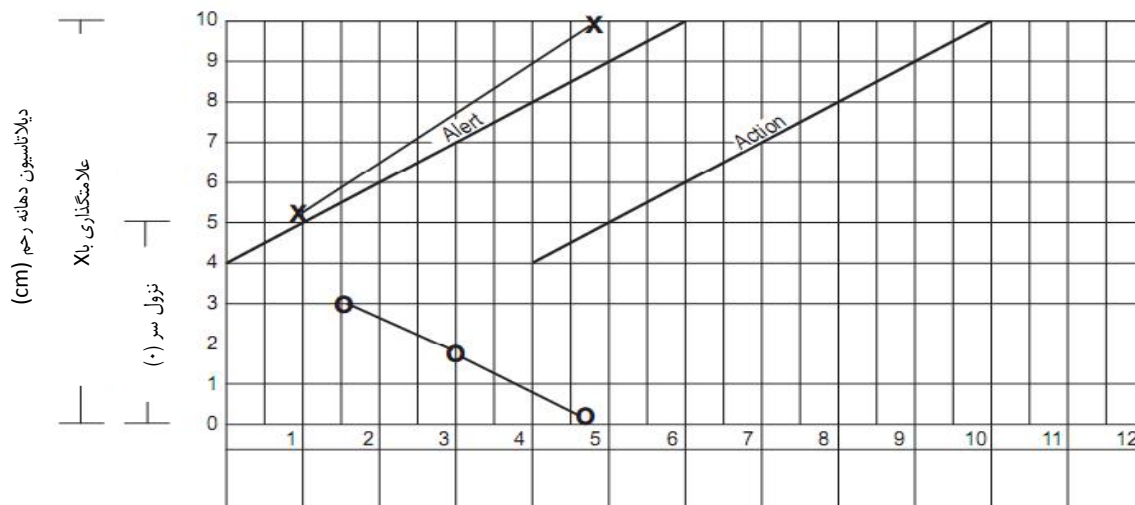
نکاتی که باید بخاطر بسپارید:

- فاز نهفته از دیلاتاسیون ۴-۰ سانتی متر بوده و همراه با کوتاه‌شدگی و نرم‌شدگی (افاسمان) تدریجی دهانه رحم می‌باشد. این فاز بطور طبیعی نباید بیشتر از ۸ ساعت طول بکشد.
- فاز فعال از دیلاتاسیون ۱۰-۴ سانتی متر بوده که سرعت پیشرفت باید حداقل ۱ سانتی‌متر در ساعت باشد.
- وقتی که لیبر خوب پیشرفت می‌کند، دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم باید در روی و یا سمت چپ خط هشدار باشد.
- وقتی که پذیرش در فاز فعال صورت می‌گیرد، دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم بر روی خط هشدار علامت‌گذاری می‌شود.

نزول سر جنین

برای پیشرفت خوب لیبر، دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم باید به همراه نزول سر جنین باشد.

وقتی که نزول سر رسم می‌شود، از یک نماد جدا از آنچه که برای دیلاتاسیون استفاده می‌شود استفاده کنید (شکل ۲-۴).

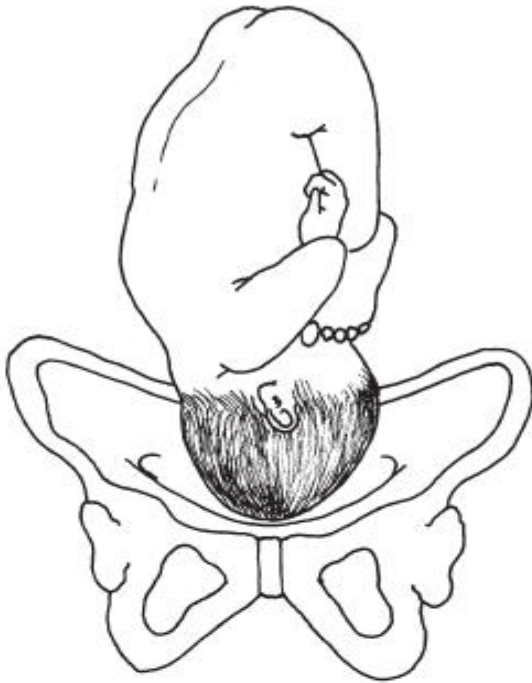


شکل ۲-۴: رسم نزول سر جنین

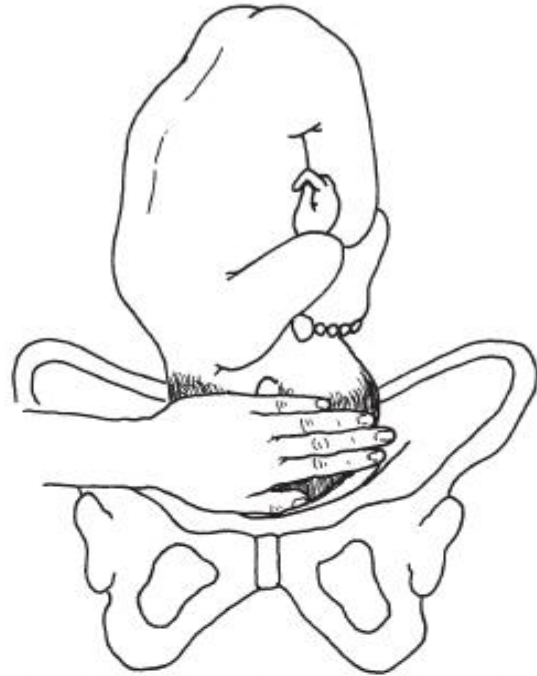
برای راحتی، پهنای ۵ انگشت، راهنمایی برای بیان کسر پنجم از سر بالای تنگه ورودی لگن خواهد بود. سری که بالای تنگه ورودی لگن متحرک است، تمام پهنای ۵ انگشت بسته را در خود جا خواهد داد (شکل ۳-۴ بالا).

همچنان که سر نزول می‌کند، قسمتی از سر که بالای لبه سمفیز می‌ماند، با انگشتان کمتری از دست نشان داده خواهد شد ($\frac{3}{5}$ ، $\frac{4}{5}$ و ...) معمولاً به این صورت پذیرفته شده است که وقتی قسمت بالای سمفیز به اندازه پهنای ۲ انگشت یا کمتر باشد، سر انگازه شده است (شکل ۳-۴ پایین).

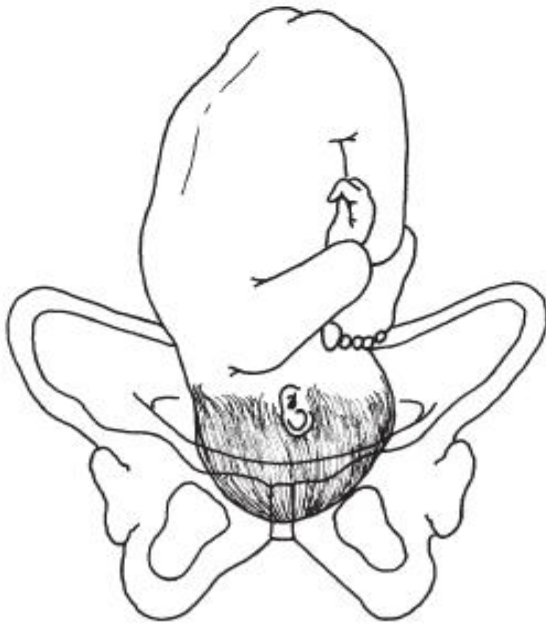
نزول سر باید همیشه بوسیله معاینه شکمی بلافاصله قبل از انجام معاینه واژینال ارزیابی شود تا شما بدانید که سر را کجا در حین معاینه واژینال لمس خواهید کرد.



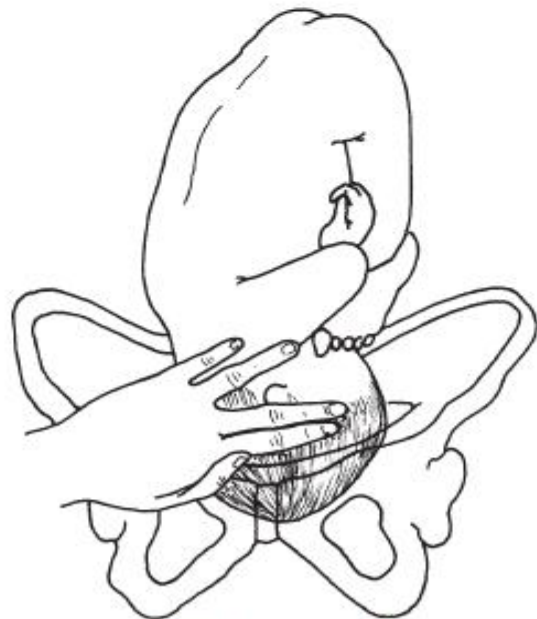
سر در بالای لبه سمفیز پوبیس متحرک است $(\frac{5}{5})$



سر بطور کامل توسط ۵ انگشت در بالای سمفیز پوبیس قابل لمس است.



سر آنگازه شده است $(\frac{3}{5})$



سر به وسیله ۲ انگشت در بالای لبه سمفیز قابل لمس است.

شکل ۴.۳: نزول سر به وسیله معاینه شکمی ارزیابی می‌شود.

نکاتی که باید بخاطر بسپارید:


میزان نزول سر جنین به ماما کمک می‌کند که پیشرفت لیبر را بررسی کند. نارسایی در نزول ممکن است نشان-دهنده‌ی لیبر متوقف شده باشد.
یک معاینه شکمی باید همیشه قبل از معاینه واژینال انجام گیرد.


انقباضات


وجود انقباضات خوب رحمی برای پیشرفت لیبر ضروری است. بطور طبیعی تعداد و مدت انقباضات با پیشرفت زایمان بیشتر می‌شود. انقباضات هر ۳۰ دقیقه بر روی پارتوگراف ثبت می‌شود.

در زیر خط زمان و در سمت چپ آن نوشته شده است " انقباضات در عرض ۱۰ دقیقه ".
مربع‌های این قسمت از پارتوگراف از ۵-۱ شماره‌گذاری شده‌اند. هر مربع یک انقباض را نشان می‌دهد که اگر ۲ انقباض در ۱۰ دقیقه اتفاق بیافتد، دو مربع علامت‌گذاری خواهد شد.

مربعات زیر کلید ثبت قدرت انقباضات را بر روی پارتوگراف نشان می‌دهد.

 نقطه‌ها نشان دهنده انقباضات ملایم به مدت کمتر از ۲۰ ثانیه می‌باشند.

 خطوط مورب نشان دهنده انقباضات متوسط به مدت ۲۰-۴۰ ثانیه می‌باشند.

 رنگ توپر نشان دهنده انقباضات قوی و طولانی‌تر از ۴۰ ثانیه می‌باشند.

بخاطر داشته باشید که:

- انقباضات از نظر تعداد و طول مدت مشاهده شده و هر ۳۰ دقیقه در پارتوگراف ثبت می‌شوند.
- تعداد انقباضات در ۱۰ دقیقه ثبت می‌شود.
- ۳ راه گزارش طول مدت انقباضات شامل: کمتر از ۲۰ ثانیه، ۲۰-۴۰ ثانیه و بیشتر از ۴۰ ثانیه می‌باشد.

وضعیت جنین

ضربان قلب جنین، وضعیت پرده‌ها، مایع آمنیوتیک و مولدینگ استخوان‌های مجمله اطلاعاتی درباره وضعیت جنین در لیبر می‌دهد.

ضربان قلب جنین

سمع و ثبت ضربان قلب جنین یک راه سالم و قابل اعتماد برای ارزیابی عملکرد جنین می‌باشد. ضربان قلب جنین در بالای پارتوگراف ثبت می‌گردد. ضربان قلب هر نیم ساعت در مرحله اول لیبر، و بطور مداوم در انتهای مرحله اول و در طول مرحله دوم لیبر سمع می‌شود. هر مربع برای ضربان قلب جنین معرف ۳۰ دقیقه می‌باشد. خطوط بین ۱۰۰ تا ۱۸۰ ضربه در دقیقه تیره‌تر بوده تا به ماما یادآوری نماید که ضربان قلب جنین کمتر از ۱۰۰ و بیشتر از ۱۸۰ نشان‌دهنده و یا مشخص‌کننده دیسترس مهم جنینی است.

پرده‌ها و مایع آمنیوتیک

وضعیت مایع آمنیوتیک می‌تواند به ارزیابی وضعیت جنین کمک نماید. مشاهدات زیر در پارتوگراف بلافاصله در زیر ضربانات قلب جنین ثبت می‌شود. مشاهدات در هر بار معاینه واژینال تشخیص داده می‌شود.

اگر پرده‌ها سالم باشند:

▪ حرف " I " را برای سالم ثبت کنید.

اگر پرده‌ها پاره باشند:

▪ مایع روشن است، حرف " C " را برای روشن گزارش کنید.

▪ مایع آغشته به خون است، حرف " B " را گزارش کنید.

▪ مایع آغشته به مکونیوم است، حرف " M " را گزارش کنید.

▪ مایع مشاهده نمی‌شود، حرف " A " را بکار ببرید.

هر ۵ دقیقه یکبار ضربان قلب جنین را گوش دهید اگر:

▪ مایع شامل مکونیوم سبز غلیظ یا تیره باشد.

▪ در زمان پارگی پرده‌ها مایع وجود نداشته باشد.

این‌ها ممکن است علائم دیسترس جنینی باشند (جنین کمبود اکسیژن دارد).

مولدینگ استخوان‌های مجمله

مولدینگ یک نشانه مهم اعمال فشار لگن بر سر جنین در طول لیبر است. مثلاً یک لگن گشاد فشار کمتری بر یک سر کوچک اعمال خواهد کرد. اما یک لگن کوچک فشار قابل توجهی بر یک سر بزرگ اعمال می‌کند. برای ثبت مولدینگ از نکات کلیدی زیر پیروی کنید:

O استخوان‌ها جدا بوده و درزها می‌توانند به راحتی احساس شوند.

+ استخوان‌ها فقط با هم تماس هستند.

++ استخوان‌ها بر روی هم قرار گرفته‌اند، اما به راحتی با فشار انگشتان شما می‌توانند جدا شوند که ممکن است بدین معنی باشد که زن باید به یک سطح مراقبتی بالاتر ارجاع داده شود.

+++ استخوان‌ها بر روی هم قرار گرفته‌اند اما به راحتی با فشار انگشتان شما نمی‌توانند جدا شوند که ممکن است بدین معنی باشد که زن باید به یک سطح مراقبتی بالاتر ارجاع داده شود.

نکاتی که باید بخاطر بسپارید:

- بلافاصله بعد از یک انقباض قوی به صدای قلب جنین گوش دهید.
- در مرحله اول لیبر طبیعی هر نیم ساعت یکبار صدای قلب جنین را ثبت کنید.
- بطور طبیعی ضربان قلب جنین بین ۱۶۰-۱۲۰ ضربه در دقیقه است.
- افزایش مولدینگ با یک سر بزرگ علامت عدم تناسب است (جنین خیلی بزرگتر از لگن می باشد).

وضعیت مادر

تمام مشاهدات مربوط به وضعیت مادر در پائین پارتوگراف نوشته می‌شود.

نبض، فشارخون و درجه حرارت

هر نیم ساعت نبض را بگیرید.

ادرار

هر ۲-۴ ساعت در مورد دفع ادرار از مادر سوال کنید. به غلظت ادرار توجه کنید. هر نمونه باید از نظر پروتئین و کتون چک شود.

داروها و مایع درمانی

وقتی که آن‌ها را می‌دهید ثبت کنید.

اکسی توسین

در بالای ستون مایع درمانی و داروها ستون جداگانه‌ای برای اکسی توسین وجود دارد.

در زمان انجام مشاهدات، تمامی موارد باید در خط زمانی صحیح وارد شوند.

پیشرفت غیررضایتبخش لیبر

ماما و یا پزشک می‌تواند از پارتوگراف برای شناسایی مشکلات لیبر استفاده کند. وقتی که لیبر طبیعی نباشد، ماما باید ترتیب ارجاع زن به یک سطح مراقبتی بالاتر را بدهد که امکان مداخله جراحی (سزارین) در آن مرکز وجود دارد.

فاز نهفته طول کشیده

اگر زن بیش از ۸ ساعت در فاز نهفته لیبر باقی بماند، پیشرفت غیرطبیعی است. در این موارد ممکن است زن در لیبر کاذب یا فاز نهفته طول کشیده باشد.

در فاز نهفته پاره‌ای تغییرات در افسمان و/ یا دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم ایجاد شده و انقباضات ادامه می‌یابد، در حالی که در لیبر کاذب هیچ تغییری در دهانه‌ی رحم وجود نداشته و انقباضات متوقف می‌شود. تشخیص معمولاً گذشته نگر بوده، بدین صورت که یا انقباضات در موارد لیبر کاذب متوقف می‌شود و یا تا زمان پیشرفت دیلاتاسیون دهانه رحم تا ۴ سانتی‌متر این انقباضات ادامه می‌یابد. هر زنی با فاز نهفته ۸ ساعت باید ارجاع داده شود.

در یک فاز نهفته طول کشیده، دیلاتاسیون دهانه رحم بین ۱ تا ۴ سانتی‌متر باقی خواهد ماند. در صورت استفاده از پارتوگراف دارای فاز نهفته، زمانی که دیلاتاسیون دهانه رحم، بعد از ۸ ساعت استفاده، به سمت راست خط هشدار عبور کند، زن باید ارجاع داده شود.

حرکت به سمت راست خط هشدار در فاز فعال

در فاز فعال لیبر منحنی دیلاتاسیون دهانه رحم، بطور طبیعی بر روی و یا در سمت چپ خط هشدار باقی خواهد ماند. زمانی که دیلاتاسیون دهانه رحم به سمت راست خط هشدار عبور کند، این یک اخطار است که لیبر ممکن است طول کشیده باشد. زمانی که دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم به سمت راست خط هشدار حرکت می‌کند، یک ارزیابی کلی از مادر، جنین و پیشرفت لیبر بایستی انجام شود. گاهی اوقات مایع درمانی مجدد، خالی کردن مثانه و تشویق زن به فعالیت بیشتر و حرکت با چرخش به یک طرف یا وضعیت قائم* باعث بهبودی در پیشرفت لیبر خواهد شد و پیشرفت طبیعی ادامه خواهد یافت. در صورتی که هر عارضه دیگری (مانند هیپرتانسیون، شکست در نزول سر و مانند آن) وجود داشته باشد، مادر باید بلافاصله برای دریافت کمک تخصصی ارجاع داده شود بجز زمانی که تولد جنین قریب الوقوع است. مادر و خانواده او باید از تمام یافته‌ها و امکان ارجاع به سطح مراقبتی بالاتر که ممکن است لازم باشد، آگاه باشند. اگر لازم باشد مادر به یک تسهیلات دیگر ارجاع داده شود، بایستی ترتیب انتقال وی داده شود. مخصوصاً اگر سطح مراقبتی بالاتری در آن نزدیکی وجود نداشته باشد.

در خط اقدام

خط اقدام در ۴ ساعتی خط هشدار است. وقتی که دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم از این خط عبور می‌کند، بلافاصله باید وارد عمل شد. مگر اینکه زایمان قریب الوقوع باشد که در این صورت باید بلافاصله برای دریافت ارزیابی‌های تخصصی و اقدامات مناسب ارجاع داده شود.

* Upright

نکاتی که باید بخاطر سپرد:

- تمام زنانی که دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم آن‌ها به سمت راست خط هشدار حرکت کند، باید ارزیابی شده و تصمیمی درباره اقدام مناسب گرفته شود. اگر عوارض دیگری هم وجود داشته باشد، مایع درمانی مجدد، تخلیه مثانه و وضعیت قائم ایجاد کرده و زن در عرض ۲-۴ ساعت مجدداً ارزیابی شود.
- در خط اقدام، زن باید بدون تأخیر به مرکز مراقبتی بالاتر ارجاع داده شود. در صورتی که این مسئله مستلزم انتقال زن می‌باشد، ماما باید زن را در این انتقال همراهی کند.

کمک آموزشی - دیلاتاسیون دهانه رحم

دیلاتاسیون دهانه رحم با سانتی‌متر (cm) انگشتان، درصد و اینچ اندازه‌گیری می‌شود. در این مدل به سانتی‌متر بیان می‌شود. اگر شما از روش اندازه‌گیری دیگری استفاده می‌کنید، سانتی‌متر را در روش خودتان تغییر داده و از اطلاعات زیر استفاده کنید:

$$۱ \text{ انگشت} = \frac{1}{2} \text{ اینچ یا } ۱.۲۵ \text{ سانتی‌متر}$$

$$۲ \text{ انگشت} = \frac{1}{4} \text{ اینچ یا } ۳ \text{ سانتی‌متر}$$

$$۳ \text{ انگشت} = \frac{3}{4} \text{ اینچ یا } ۴.۵ \text{ سانتی‌متر}$$

$$۴ \text{ انگشت} = ۲ \frac{1}{4} \text{ اینچ یا } ۵.۵ \text{ سانتی‌متر}$$

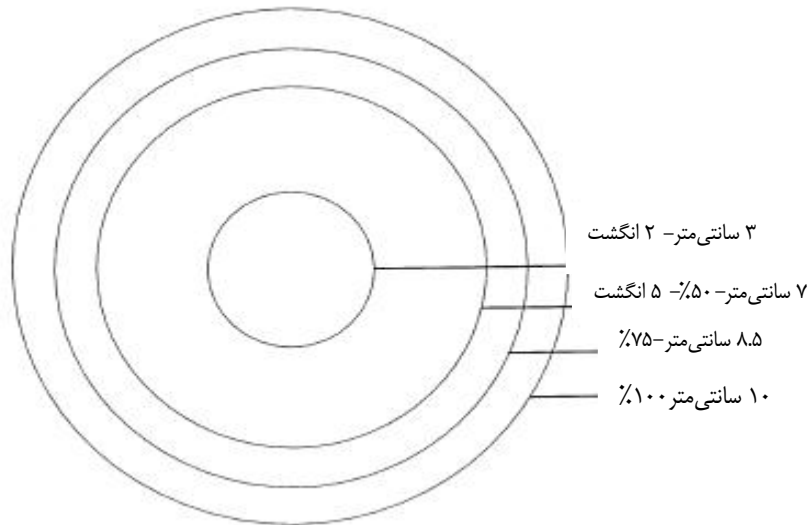
$$۵ \text{ انگشت} = ۵۰\% \text{ دیلاتاسیون} = ۲ \frac{3}{4} \text{ اینچ یا } ۷ \text{ سانتی‌متر}$$

$$۶ \text{ انگشت} = ۷۵\% \text{ دیلاتاسیون} = ۳ \frac{1}{2} \text{ اینچ یا } ۸.۵ \text{ سانتی‌متر}$$

$$۷ \text{ انگشت} = ۹۵\% \text{ دیلاتاسیون یا لبه} = ۳ \frac{3}{4} \text{ اینچ یا } ۹.۵ \text{ سانتی‌متر}$$

زمانی که دیلاتاسیون به ۵۰٪ رسید، مامای با تجربه ممکن است میزان دهانه‌ی رحم باقیمانده در طی معاینه واژینال را حدس بزند. مثلاً وقتی که دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم ۷۵٪ است، ماما فقط یک حلقه‌ای از دهانه رحم را احساس می‌کند که به پهنای یک انگشت باقی‌مانده است.

وقتی که دیلاتاسیون ۹۵٪ است، ماما فقط یک لبه نازک از دهانه‌ی رحم را احساس می‌کند. او می‌داند که به‌زودی دهانه‌ی رحم از روی سر جنین محو شده و مرحله دوم به‌زودی شروع خواهد شد. شما می‌توانید به دانشجویان کمک کنید که چگونگی ارزیابی دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم را با ساختن راهنمای دیداری از دایره‌هایی با سانتی‌مترهای مختلف فرا گیرند (شکل ۴.۴). راهنمای دیداری ایده‌آل باید به دانشجویان اجازه دهد که انگشتان خود را داخل دایره‌ها قرار دهند. دانشجویان بایستی با چشم‌های بسته ارزیابی از دایره‌های مختلف را بعمل آورند.



شکل ۴.۴: اندازه‌گیری دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم

خلاصه کنید.

فرصتی را برای کنترل کردن این نکته در نظر بگیرید که تمام دانشجویان بفهمند که چه چیز را و کجای پارتوگراف و چگونه باید ثبت کنند.

سرانجام تمرین ۴.۱ را یا در گروه‌های کوچک با وقت دادن برای بحث و یا بصورت انفرادی با سوال در انتهای جلسه تکمیل نمایید. با این وجود در صورتی که شما مطالعه موردی را به عنوان یک تمرین فردی انتخاب کرده‌اید، ممکن است برای کار اول مطالعه موردی ۱ برای یک گروه مفید باشد. دانشجویان در این شرایط بایستی فهم بهتری از آن‌چه که از آن‌ها مورد انتظار است، داشته باشند.

تمرین ۴.۱ استفاده از پارتوگراف

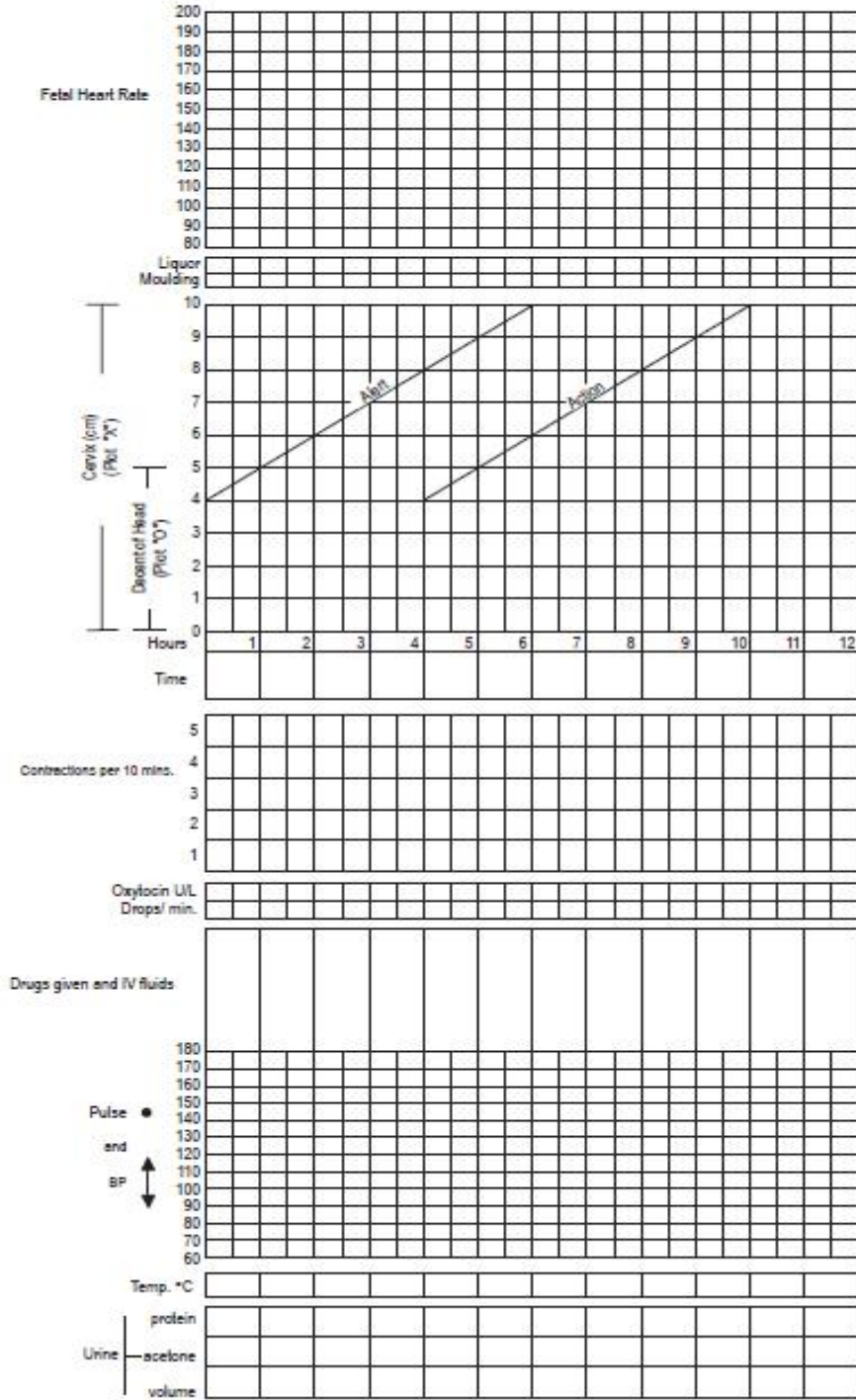
هدف از این تمرین، توانمند کردن دانشجویان برای استفاده از پارتوگراف برای اداره زایمان می‌باشد.

منابع	دستورالعمل
<ul style="list-style-type: none"> ▪ فرم های پارتوگراف (۳ عدد برای هر دانشجو) ▪ پارتوگراف تقسیم‌بندی شده به اندازه پوستر اگر موجود باشد. 	<p>قبل از شروع تمرین، پارتوگراف را با دانشجویان مرور کنید.</p> <p>به هر دانشجو باید ۳ فرم خالی داده شود.</p>
	<p>مورد ۱</p> <p>معلم باید هر مرحله را در کلاس خوانده و اطلاعات را بر روی پارتوگراف تقسیم‌بندی شده به اندازه پوستر، رسم کند و از دانشجویان سوالاتی در هر مرحله بپرسد. در همان زمان دانشجویان باید اطلاعات را در فرم‌های پارتوگراف خودشان رسم کنند.</p> <p>مورد ۲</p> <p>معلم باید هر مرحله را در کلاس بخواند و دانشجویان باید اطلاعات را در فرم دیگر پارتوگراف خودشان رسم کنند. سوالات در هر مرحله باید به محض بوجود آمدن پرسیده شوند.</p> <p>مورد ۳</p> <p>معلم باید هر مرحله را در کلاس بخواند و دانشجویان باید اطلاعات را در فرم سوم پارتوگراف خودشان رسم کنند. وقتی که پارتوگراف کامل شد سوالات باید پرسیده شود.</p>
<p>تمرین کلید پاسخ پارتوگراف</p>	<p>در بین تمرین، معلم باید اطمینان داشته باشد که دانشجویان فرم های پارتوگراف خود را بطور صحیح پر کرده باشند.</p> <p>برای شرکت کنندگان ۳ فرم کامل شده پارتوگراف با استفاده از کلید جواب، سوالات را تهیه کرده و برای مقایسه با فرم‌های کامل شده توسط دانشجویان به آن‌ها تحویل دهید. تفاوت‌های بین پارتوگراف‌های کامل شده بوسیله دانشجویان و آنچه که در کلید جواب‌ها است را حل و بحث کنید.</p>

پارتوگراف

Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital no. _____

Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ hours _____



استفاده از پارتوگراف : مورد ۱

گام ۱:

- خانم A در ساعت ۵:۰۰ قبل از ظهر مورخ ۱۲/۵/۲۰۰۰ پذیرش شده است.
- پرده ها در ساعت ۴:۰۰ قبل از ظهر پاره شده‌اند.
- حاملگی ۳، زایمان ۲، سقط ۰
- شماره بیمارستان ۷۸۸۶
- در زمان پذیرش سر جنین $\frac{4}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس شده و دیلاتاسیون دهانه رحم ۲ سانتی‌متر بود.

سوال: چه چیزی باید در پارتوگراف ثبت شود؟

توجه: زن در فاز فعال لیبر نیست. فقط جزئیات تاریخچه او را گزارش کنید مانند ۴ مورد اول اما نزول و دیلاتاسیون یادداشت نشود.

گام ۲:

۰۹:۰۰ قبل از ظهر

- سر جنین $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می شود.
- دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم ۵ سانتی‌متر است.

سوال: در حال حاضر چه چیزی باید در پارتوگراف ثبت شود؟

توجه: حالا زن در فاز فعال لیبر است. اطلاعات زیر را در پارتوگراف رسم کنید:

- ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام ۲۰-۴۰ ثانیه طول می‌کشد.
- ضربان قلب جنین ۱۲۰
- پرده‌ها پاره، مایع روشن
- استخوان‌ها جدا بوده و درزها به راحتی لمس می‌شوند
- فشارخون ۱۲۰/۷۰
- درجه حرارت ۳۶.۸ درجه سانتیگراد
- نبض ۸۰ در دقیقه
- برون‌ده ادراری ۲۰۰ میلی‌لیتر: پروتئین و استون منفی

سوال: چه گام‌هایی باید برداشته شود؟

سوال: چه آگاهی‌هایی باید داده شود؟

س: در ساعت ۱:۰۰ بعد از ظهر چه انتظاری دارید؟

گام ۳ :

اطلاعات زیر را بر روی پارتوگراف رسم کنید:

ضربان قلب جنین ۱۲۰، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۳۰ ثانیه، نبض ۸۰	۹.۳۰ قبل از ظهر.
ضربان قلب جنین ۱۳۶، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۳۰ ثانیه، نبض ۸۰	۱۰.۰۰ قبل از ظهر.
ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۳۵ ثانیه، نبض ۸۸	۱۰.۳۰ قبل از ظهر
ضربان قلب جنین ۱۳۰، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۸۸، درجه حرارت ۳۷	۱۱.۰۰ قبل از ظهر.
ضربان قلب جنین ۱۳۶، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه نبض ۸۴، سر در $\frac{2}{5}$ بالای سمفیز پوبیس	۱۱.۳۰ : قبل از ظهر.
ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۸۸	۱۲.۰۰ ظهر.
ضربان قلب جنین ۱۳۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۴۵ ثانیه نبض ۸۸	۱۲:۳۰ بعد از ظهر
ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۴۵ ثانیه نبض ۹۰، درجه حرارت ۳۷	۱۰:۰۰ بعد از ظهر.

۱:۰۰ بعد از ظهر

- سر جنین در $\frac{0}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می شود.
- دهانه‌ی رحم بطور کامل باز شده است
- مایع آمنیوتیک روشن
- استخوان‌های جمجمه جدا بوده و درزها به راحتی احساس می شوند.
- فشار خون ۱۰۰/۷۰
- برون ده ادراری ۱۵۰ میلی لیتر، پروتئین و استون منفی
-

سوال: چه گام‌هایی باید برداشته شود؟

سوال: چه آگاهی‌هایی باید داده شود؟

سوال: انتظار دارید بعداً چه اتفاقی بیفتد؟

گام ۴ :

اطلاعات زیر را بر روی پارتوگراف ثبت کنید:

۱.۲۰ بعد از ظهر: زایمان خودبخودی با یک جنین دختر زنده، وزن ۲۸۵۰ گرم

به سوالات زیر پاسخ دهید:

سوال: طول مدت مرحله اول فاز فعال لیبر چقدر بود؟

سوال: مرحله دوم لیبر چقدر طول کشید؟

استفاده از پارتوگراف : مورد ۲

گام ۱ :

- خانم B در ساعت ۱۰.۰۰ قبل از ظهر مورخ ۲۰۰۰.۵.۲ پذیرش شد.
 - پرده ها سالم
 - حاملگی اول، زایمان ۰، سقط ۰
 - شماره بیمارستان ۱۴۴۳
- اطلاعات زیر را بالای پارتوگراف همراه با جزئیات زیر وارد کنید:

- سر جنین $\frac{5}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می شود.
- دیلاتاسیون دهانه ی رحم ۴ سانتی متر است.
- ۲ انقباض در ۱۰ دقیقه وجود دارد که هر کدام ۲۰ ثانیه طول می کشند.
- ضربان قلب جنین ۱۴۰
- پرده ها سالم
- فشار خون ۱۰۰/۷۰
- درجه حرارت ۳۶.۲ درجه سانتیگراد
- نبض ۸۰ در دقیقه
- برون ده ادراری ۴۰۰ میلی لیتر؛ پروتئین و استون منفی

سوال: تشخیص شما چیست؟

سوال: چه اقدامی انجام خواهید داد؟

گام ۲ :

اطلاعات زیر را روی پارتوگراف رسم کنید:

- ۱۰.۳۰ قبل از ظهر ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۲/۱۰ هر کدام ۱۵ ثانیه ، نبض ۹۰
- ۱۱.۰۰ قبل از ظهر ضربان قلب جنین ۱۳۶، انقباضات ۲/۱۰ هر کدام ۱۵ ثانیه ، نبض ۸۸ پرده ها سالم
- ۱۱.۳۰ قبل از ظهر ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۲/۱۰ هر کدام ۲۰ ثانیه ، نبض ۸۴
- ۱۲.۰۰ قبل از ظهر ضربان قلب جنین ۱۳۶، انقباضات ۲/۱۰ هر کدام ۱۵ ثانیه ، نبض ۸۸، درجه حرارت ۳۶.۲

- سر جنین $\frac{5}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می شود
- دیلاتاسیون دهانه ی رحم ۵ سانتی متر است، پرده ها سالم

سوال: تشخیص شما چیست؟

سوال: چه اقدامی انجام خواهید داد؟

گام ۳ :

اطلاعات زیر را روی پارتوگراف رسم کنید:

۱۲.۳۰ بعد از ظهر	ضربان قلب جنین ۱۳۶، انقباضات ۱/۱۰ هر کدام ۱۵ ثانیه، نبض ۹۰
۱.۰۰ بعد از ظهر	ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۱/۱۰ هر کدام ۱۵ ثانیه، نبض ۸۸
۱.۳۰ بعد از ظهر	ضربان قلب جنین ۱۳۰، انقباضات ۱/۱۰ هر کدام ۲۰ ثانیه، نبض ۸۸
۲.۰۰ بعد از ظهر	ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۲/۱۰ هر کدام ۲۰ ثانیه، نبض ۹۰، درجه حرارت ۳۶.۸ فشار خون ۱۰۰/۷۰

- سر جنین $\frac{5}{5}$ بالای سمفیز پوییس لمس می شود
- دیلاتاسیون دهانه رحم ۴ سانتی متر، برون ده ادراری ۳۰۰ میلی لیتر؛ پروتئین و استون منفی
- پرده ها سالم

سوال: تشخیص شما چیست؟

سوال : اکنون چه اقدامی باید انجام دهید؟

اطلاعات زیر را روی پارتوگراف رسم کنید

- پارگی مصنوعی پرده ها، مایع آمنیوتیک روشن
- دیلاتاسیون دهانه ی رحم ۴ سانتی متر، استخوان های مجمله جدا بوده و درزها به راحتی قابل لمس هستند.
- لیبر با اکسی توسین ۲/۵ واحد در ۵۰۰ میلی لیتر مایع و با سرعت ۱۰ قطره در دقیقه تقویت شده است.

گام ۴ :

اطلاعات زیر را روی پارتوگراف رسم کنید:

۲.۳۰ بعد از ظهر

- ۲ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام ۳۰ ثانیه طول می کشد.
- سرعت انفوزیون به ۲۰ قطره در دقیقه افزایش می یابد.
- ضربان قلب جنین ۱۴۰، نبض ۸۸، فشار خون ۱۲۰/۸۰

۳.۰۰ بعد از ظهر

- ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام ۳۰ ثانیه طول می کشد.
- سرعت قطرات به ۳۰ قطره در دقیقه افزایش می یابد.
- ضربان قلب جنین ۱۴۰، نبض ۹۰

۳.۳۰ بعد از ظهر

- ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام ۳۰ ثانیه طول می کشد.
- افزایش میزان قطرات به ۴۰ قطره در دقیقه
- ضربان قلب جنین ۱۴۰، نبض ۸۸

۴.۰۰ بعداز ظهر

- سر جنین در $\frac{2}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می شود
- دیلاتاسیون دهانه ی رحم ۶ سانتی متر است.
- ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام ۳۰ ثانیه طول می کشد
- افزایش تعداد قطرات به ۵۰ قطره در دقیقه

۴.۳۰ بعد از ظهر

- ضربان قلب جنین، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۵ ثانیه، نبض ۹۰

سوال: اکنون باید چه اقدامی صورت گیرد؟

گام ۵ :

- ۵.۰۰ بعداز ظهر. ضربان قلب جنین ۱۳۸ ، نبض ۸۸ ، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه ، قطرات ۵۰ در دقیقه
- ۵.۳۰ بعداز ظهر. ضربان قلب جنین ۱۴۰ ، نبض ۹۰ ، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۵ ثانیه ، قطرات ۵۰ در دقیقه
- ۶.۰۰ بعداز ظهر. ضربان قلب جنین ۱۴۰ ، نبض ۹۰ ، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۵۰ ثانیه ، قطرات ۵۰ در دقیقه
- ۶.۳۰ بعداز ظهر . ضربان قلب جنین ۱۴۴ ، نبض ۹۰ ، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۵۰ ثانیه ، قطرات ۵۰ در دقیقه

گام ۶ :

اطلاعات زیر را روی پارتوگراف رسم کنید:

۷.۰۰ بعداز ظهر.

- سر جنین در $\frac{0}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می شود.
- ضربان قلب جنین ۱۴۴ ، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۵۰ ثانیه، نبض ۹۰
- دهانه رحم بطور کامل باز شده است

گام ۷ :

اطلاعات زیر را روی پارتوگراف ثبت کنید:

۱۰.۰۰ بعداز ظهر: زایمان خودبخودی با نوزاد پسر زنده با وزن ۲۶۵۴ گرم

به سوالات زیر پاسخ دهید:

سوال: فاز فعال مرحله اول لیبر چقدر طول کشید؟

سوال: مرحله دوم لیبر چقدر طول کشید؟

سوال: چرا نیاز به تقویت لیبر احساس شد؟

استفاده از پارتوگراف: مورد ۳

گام ۱:

- خانم C در ساعت ۱۰.۰۰ مورخه ۲۰۰۰.۵.۱۲ پذیرش شده بود
 - پرده‌ها در ساعت ۹.۰۰ پاره شده بود.
 - حاملگی اول، زایمان ۰
 - شماره بیمارستان ۶۶۳۹.
- اطلاعات فوق را به همراه جزئیات زیر بر روی پارتوگراف ثبت کنید:
- سر جنین $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پوبیس لمس می‌شود
 - دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم ۴ سانتی‌متر است.
 - ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه هر کدام به مدت کمتر از ۲۰ ثانیه
 - ضربان قلب ۱۴۰
 - مایع روشن
 - درزها مقابل هم
 - فشار خون ۱۲۰/۷۰
 - درجه حرارت ۳۶.۸ درجه سانتیگراد
 - نبض ۸۰ در دقیقه
 - برون‌ده ادراری ۲۰۰ میلی‌لیتر؛ پروتئین و استون منفی

گام ۲:

اطلاعات زیر را بر روی پارتوگراف رسم کنید:

- | | |
|-------------------|--|
| ۱۰.۳۰ قبل از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۳۰،، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۳۵ ثانیه، نبض ۸۰ |
| ۱۱.۰۰ قبل از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۳۶، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۹۰ |
| ۱۱.۳۰ قبل از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۸۸ |
| ۱۲.۰۰ ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۴۰، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۹۰، درجه حرارت ۳۷، سر $\frac{3}{5}$ بالا |
| ۱۲.۳۰ بعد از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۳۰،، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۹۰ |
| ۱.۰۰ بعد از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۳۰،، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۸۸ |
| ۱.۳۰ بعد از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۲۰،، انقباضات ۳/۱۰ هر کدام ۴۰ ثانیه، نبض ۸۸ |
| ۲.۰۰ بعد از ظهر. | ضربان قلب جنین ۱۳۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام ۴۵ ثانیه، نبض ۹۰ درجه حرارت ۳۷، فشارخون ۱۰۰/۷۰ |
- سر $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پوبیس قابل لمس است
 - دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم ۶ سانتی‌متر است / مایع آمنیوتیک روشن
 - درزها روی هم قرار گرفته‌اند اما قابل برگشت نیستند.

گام ۳ :

- ۲.۳۰ بعداز ظهر. ضربان قلب ۱۲۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام به طول ۴۰ ثانیه، نبض ۹۰، مایع روشن
- ۳.۰۰ بعداز ظهر. ضربان قلب ۱۲۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام به طول ۴۰ ثانیه، نبض ۸۸، لکه خونی روشن
- ۳.۳۰ بعداز ظهر. ضربان قلب ۱۰۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام به طول ۴۵ ثانیه، نبض ۱۰۰
- ۴.۰۰ بعد از ظهر. ضربان قلب ۹۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام به طول ۵۰ ثانیه، نبض ۱۰۰، درجه حرارت ۳۷
- ۴.۳۰ بعداز ظهر. ضربان قلب ۹۶، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام به طول ۵۰ ثانیه، نبض ۱۰۰، سر $\frac{3}{5}$ بالا، مایع مکونیومی
- ۵.۰۰ بعداز ظهر. ضربان قلب ۹۰، انقباضات ۴/۱۰ هر کدام به طول ۵۰ ثانیه، نبض ۱۱۰

- سر $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پویس قرار دارد
- دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم ۶ سانتی‌متر است
- مایع آمنیوتیک بصورت مکونیومی
- درزرها روی هم قرار گرفته‌اند اما قابل برگشت نیستند.
- برون‌ده ادراری ۱۰۰ میلی‌لیتر، پروتئین منفی، استون +۱

گام ۴ :

اطلاعات زیر را بر روی پارتوگراف ثبت کنید:

سزارین در ساعت ۵.۳۰ بعداز ظهر. حاصل نوزاد دختر زنده با تلاش تنفسی ضعیف به وزن ۴۸۵۰ گرم. به سوالات زیر پاسخ دهید:

سوال: تشخیص نهایی چیست؟

سوال: در ساعت ۱۲ ظهر چه مشاهداتی باید باعث نگرانی می‌شد و چه معاینات دیگری کمک می‌کرد تا تصمیمی

جهت اقدام در این دوره بگیریم؟

سوال: چه عملی در ساعت ۲.۰۰ بعداز ظهر لازم بود و چرا؟

سوال: در ساعت ۵.۰۰ بعد از ظهر تصمیم برای سزارین فوری گرفته شد و یک نوزاد دختر در ساعت ۵:۳۰ به دنیا آمد.

آیا این اقدام صحیح بود؟

سوال: چه مشکلاتی برای نوزاد متولد شده انتظار می‌رود؟

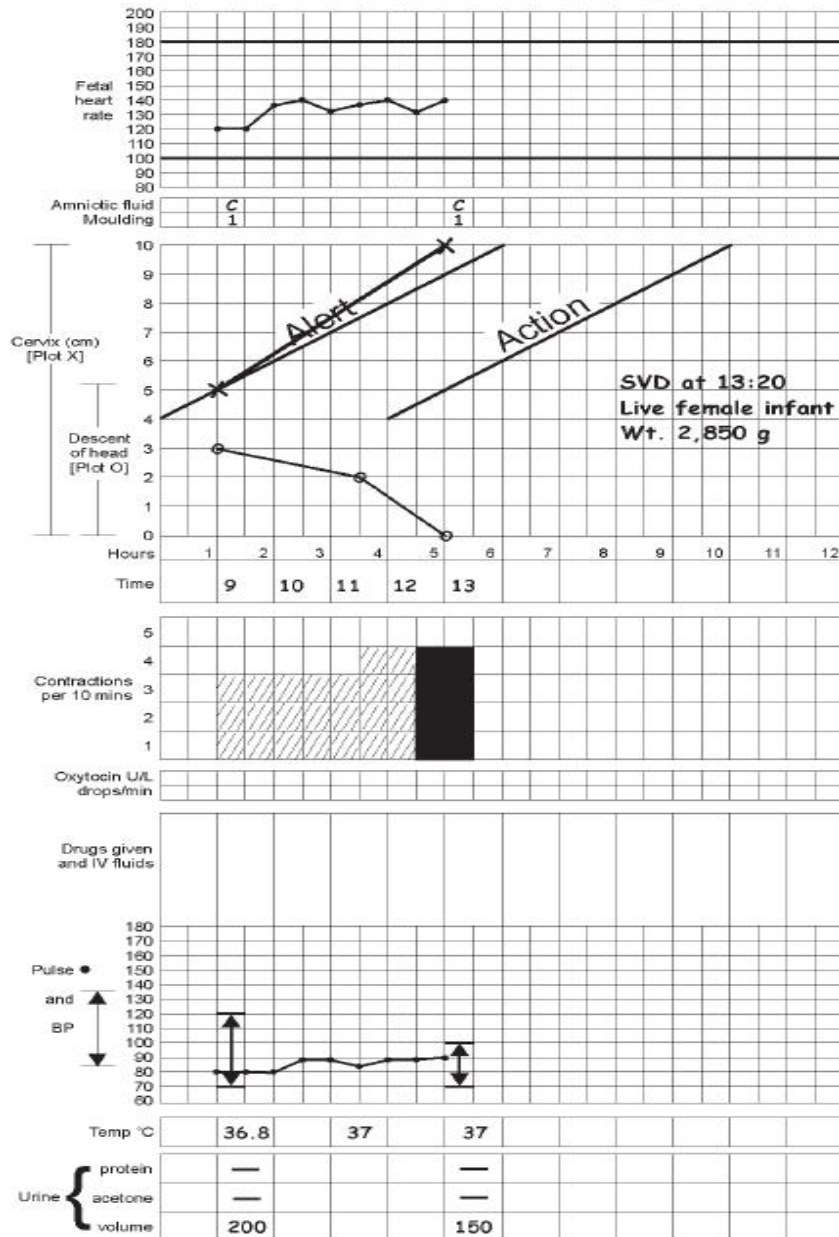
تمرین ۴.۱: استفاده از پارتوگراف

کلید پاسخ

مورد ۱

Name **Mrs. A** Gravida **3** Para **2+0** Hospital number **7886**

Date of admission **12.9.2003** Time of admission **5:00 A.M.** Ruptured membranes **04:00** hours



گام ۱

س: چه چیزی را باید بر روی پارتوگراف ثبت کنید؟
ج: پارتوگراف مورد ۱ را ملاحظه کنید.

گام ۲

س: چه چیزی را باید بر روی پارتوگراف ثبت کنید؟
ج: پارتوگراف مورد ۱ قبلی را ملاحظه کنید.
س: چه گام‌هایی باید برداشته شود؟
ج: خانم A را از یافته‌ها آگاه سازید و آنچه که انتظار دارید را به وی بگوئید. او را تشویق به سوال کردن بکنید، آسایش بیمار را از نظر میزان دریافت مایع و تغذیه فراهم کنید.
س: چه توصیه‌هایی باید صورت گیرد؟
ج: به خانم A در مورد انتخاب پوزیشن دلخواه، مصرف مقادیر مورد نیاز آب و خوردن مواد غذایی دلخواه وی آگاه کنید.
س: انتظار دارید در ساعت ۱۰:۰۰ بعداز ظهر چه یافته‌ای را پیدا کنید؟
ج: پیشرفت حداقل به میزان دیلاتاسیون ۸ سانتی متر دهانه‌ی رحم

گام ۳

س: چه گام‌هایی باید برداشته شود؟
ج: آمادگی برای تولد
س: چه توصیه‌هایی باید داده شود؟
ج: به خانم A آگاهی دهید که فقط وقتی زور بزنند که تمایل شدید به انجام این کار را داشته باشد.
س: انتظار دارید بعداً چه اتفاقی بیفتد؟
ج: زایمان خودبخودی سر

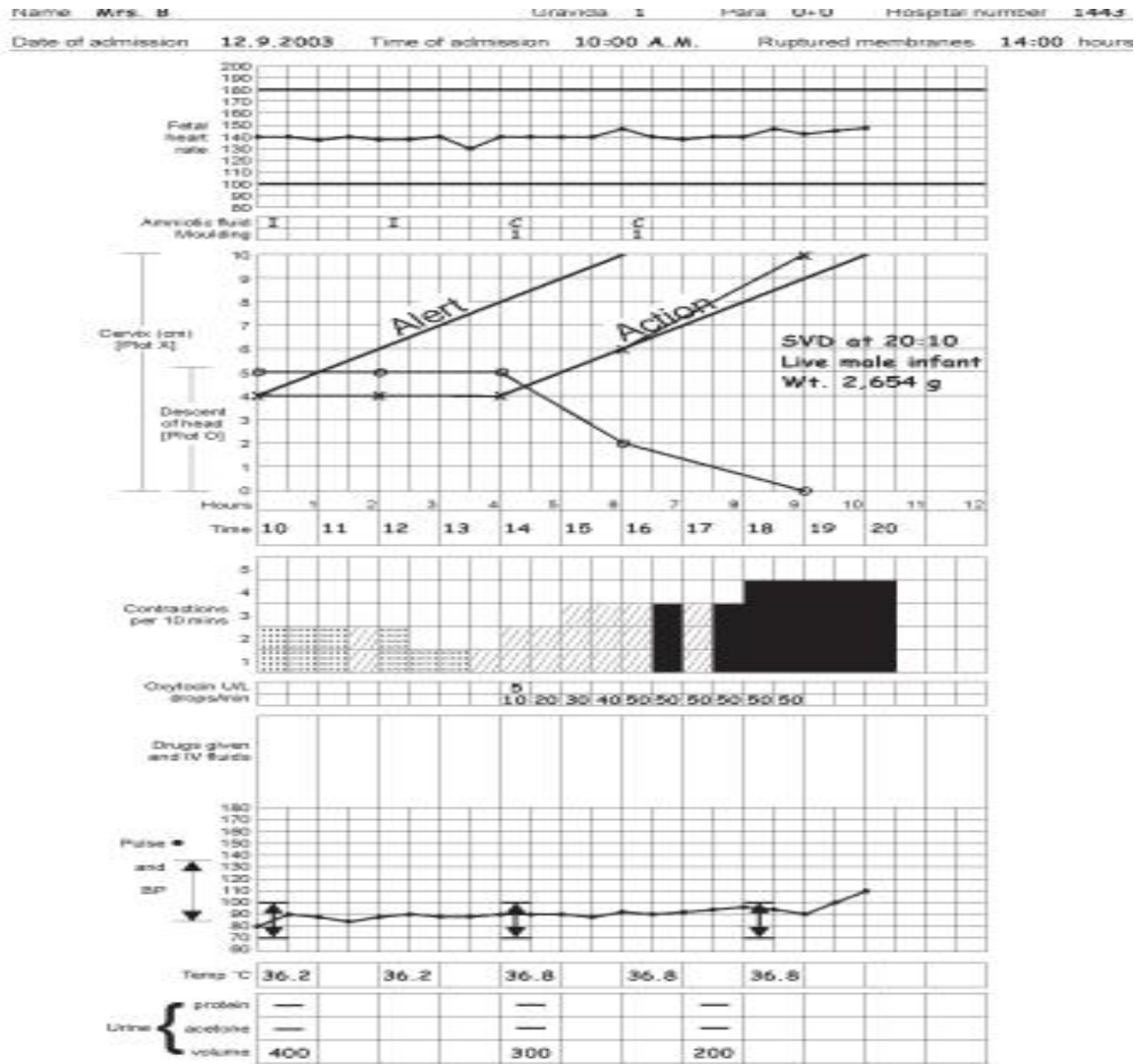
گام ۴

س: مرحله اول فاز فعال لیبر چقدر طول کشید؟
ج: ۵ ساعت
س: مرحله دوم لیبر چقدر طول کشید؟
ج: ۲۰ دقیقه

تمرین ۴.۱ : استفاده از پارتوگراف

کلید پاسخ

مورد ۲



گام ۱

آیا دانشجویان اطلاعات پار توگراف ثبت شده‌ی خود را با پار توگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

س: تشخیص شما چیست؟

ج: خانم B در فاز فعال لیبر است.

س: چه اقدامی باید انجام داد؟

ج: خانم B را از یافته‌ها و انتظارات آگاه کنید، او را تشویق نمایید که اگر سوالی دارد بپرسد، تحرک داشته و هر چه می‌خواهد بخورد و بنوشد.

گام ۲

آیا دانشجویان اطلاعات پار توگراف ثبت شده‌ی خود را با پار توگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

س: تشخیص شما چیست؟

ج: پیشرفتی وجود ندارد، عملکرد رحم ضعیف بوده ولی وضعیت جنین و مادر خوب است.

س: چه اقدامی باید انجام داد؟

ج: خانم B را از یافته‌ها و انتظارات آگاه کنید، همچنان او را تشویق نمایید که اگر سوالی دارد بپرسد، تحرک داشته و هر چه می‌خواهد بخورد و بنوشد، فراهم نمودن مقدمات مداخلات جراحی و یا ارجاع به مرکزی که این مداخلات امکان پذیر باشد ضروری است.

گام ۳

آیا دانشجویان اطلاعات پار توگراف ثبت شده‌ی خود را با پار توگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

س: تشخیص شما چیست؟

ج: پیشرفتی وجود ندارد، اگرچه در ساعت ۲ بعد از ظهر پیشرفت وجود داشته با این حال عملکرد رحم ضعیف است، وضعیت جنین و مادر همچنان خوب است.

س: چه اقدامی باید انجام داد؟

ج: باید لیبر را با استفاده از اکسی‌توسین و پاره‌کردن مصنوعی پرده‌ها تقویت نمود. خانم B را از یافته‌ها و انتظارات آگاه کنید، به او اطمینان خاطر داده و حمایتش کنید، سوالاتش را جواب دهید، او را تشویق نمایید تا مایعات نوشیده و پوزیشن دلخواه داشته باشد.

گام ۴

آیا دانشجویان اطلاعات پار توگراف ثبت شده‌ی خود را با پار توگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

س: چه اقدامی باید انجام داد؟

ج: لیبر باید با استفاده از اکسی‌توسین تقویت شود، همچنان به او اطمینان خاطر داده و حمایتش کنید، به تقویت لیبر ادامه داده و شرایط مناسب روحی و جسمی را برای مادر فراهم نموده و او را به خوردن و نوشیدن تشویق کنید.

گام ۵

آیا دانشجویان اطلاعات پار توگراف ثبت شده‌ی خود را با پار توگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

گام ۶

آیا دانشجویان اطلاعات پارتوگراف ثبت شده‌ی خود را با پارتوگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

گام ۷

آیا دانشجویان اطلاعات پارتوگراف ثبت شده‌ی خود را با پارتوگراف مورد ۲ مقایسه نموده‌اند؟

س: مرحله‌ی اول فاز فعال زایمان چقدر طول کشید؟

ج: ۹ ساعت

س: مرحله‌ی دوم زایمان چقدر طول کشید؟

ج: ۱ ساعت و ۱۰ دقیقه

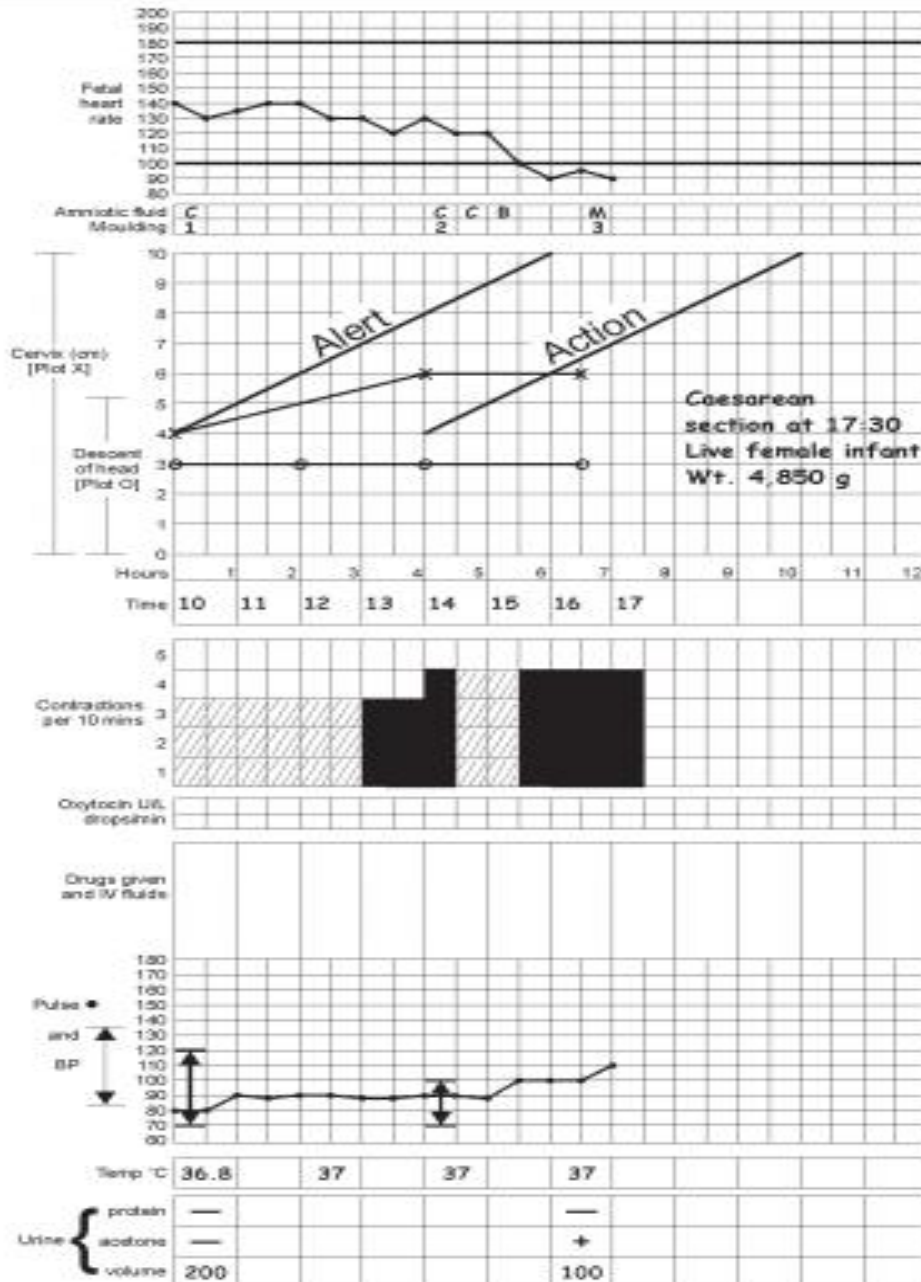
س: چرا تقویت لیبر ضروری بود؟

ج: خانم B به علت عملکرد ضعیف رحمی پیشرفتی در لیبر نداشت.

تمرین ۴.۱ : استفاده از پارتوگراف
کلید پاسخ

مورد ۳

Name Mrs. C Gravidity 4 Para 3+0 Hospital number 6639
Date of admission 12, 9, 2003 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 09:00 hours



گام ۱

آیا دانشجویان اطلاعات پارتوگراف ثبت شده‌ی خود را با پارتوگراف مورد ۳ مقایسه نموده‌اند؟

گام ۲

آیا دانشجویان اطلاعات پارتوگراف ثبت شده‌ی خود را با پارتوگراف مورد ۳ مقایسه نموده‌اند؟

گام ۳

آیا دانشجویان اطلاعات پارتوگراف ثبت شده‌ی خود را با پارتوگراف مورد ۳ مقایسه نموده‌اند؟

گام ۴

آیا دانشجویان اطلاعات پارتوگراف ثبت شده‌ی خود را با پارتوگراف مورد ۳ مقایسه نموده‌اند؟

س: تشخیص نهایی چیست؟

ج: شکست در پیشرفت (لیبر متوقف شده)

س: در ساعت ۱۲ ظهر به چه چیزهایی می‌بایست توجه می‌نمود و چه معیاناتی می‌توانست در تصمیم‌گیری‌ها کمک کننده باشد؟

ج: علی‌رغم انقباضات کافی، سر هنوز در جایگاه $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پویس قرار داشت. اگرچه معاینه‌ی قبلی ۲ ساعت پیش انجام شده بود، انجام یکمعاینه‌ی واژینال برای ارزیابی دیلاتاسیون سرویکس و مولدینگ در این زمان مناسب بود.

س: در ساعت ۲ بعد از ظهر چه اقدامی بایستی انجام می‌شد و چرا؟

ج: باید احتمال سزارین در نظر گرفته می‌شد چون علی‌رغم انقباضات مناسب رحمی پیشرفت دیلاتاسیون دهانه رحم آهسته بود و سر جنین نزول بیشتری نداشت.

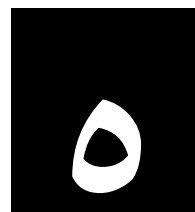
س: در ساعت ۵ بعد از ظهر تصمیم به سزارین فوری گرفته شد و در ساعت ۵:۳۰ بعد از ظهر یک نوزاد دختر زنده به دنیا آمد. آیا این کار صحیح بود؟

ج: بله، چون وضعیت جنین رفته رفته بدتر می‌شد و زایمان علی‌رغم انقباضات قوی، پیشرفتی نداشت، به علاوه نبض خانم C افزایش یافته بود و در ادرارش استون وجود داشت.

س: چه مشکلاتی ممکن است برای نوزاد پیش بیاید؟

ج: آسفیکسی هنگام تولد و آسپیراسیون مکونیوم.

اداره لیبر طول کشیده



جلسه ۵

اداره لیبر طول کشیده

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان برای درک مداخلات لازم در موارد زایمان طول کشیده.
- توانمند کردن دانشجویان برای اداره و ارجاع مناسب زن باردار در صورت نیاز.

اهداف درسی

در پایان جلسه پنجم دانشجویان قادر خواهند بود:

- مدیریت فاز نهفته‌ی طولانی لیبر را توضیح دهند.
- مدیریت فاز فعال طولانی لیبر را توضیح دهند.
- مدیریت مرحله‌ی خروج طول کشیده لیبر را توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته (۲ ساعت)

این بخش باید با فاصله‌ی زمانی کوتاه از جلسه ۶ تدریس شود. این مسئله که دانشجویان علاوه بر دانستن آنچه که باید انجام دهند، واقعاً بتوانند آن را انجام دهند اهمیت دارد.

منابع

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.

Geneva, World Health Organization, (WHO/RHR/ .).

ابتدا بر لزوم شناسایی مشکل تاکید کنید. بدین معنی که فرض کنید زایمان زن به طور رضایت بخشی در حال پیشرفت نیست در این حالت باید علت مشکل شناسایی و بر اساس آن مدیریت شود.

برای کمک به دانشجویان در تصمیم‌گیری در مورد انجام مدیریت لازم، باید این وضعیت را در منطقه‌ای دور یا یک مرکز سلامتی در اطراف و همینطور در یک مرکز سلامتی تصور کنند که دسترسی مناسب به متخصص مامایی دارد.

شش مرحله‌ی مدیریت موثر را به دانشجویان یادآوری نمایید (مراجعه به جلسه ۳).

مدیریت فاز نهفته‌ی طولانی

اطلاعات ذیل را به دانشجویان ارائه داده و بحث نمایید. سپس از آن‌ها بخواهید که تجربیات خود در مورد فاز نهفته‌ی طولانی زایمان را مطرح کنند. در مورد تفاوت‌های موجود در اداره‌ی موارد بیان شده توسط دانشجویان بحث نمایید.

فاز نهفته‌ی طولانی زایمان به طور گذشته‌نگر تشخیص داده می‌شود. با توقف انقباضات گفته می‌شود که زن در لیبر کاذب بوده و زمانی که انقباضات منظم شده و دیلاتاسیون به ۴ سانتی‌متر رسید، گفته می‌شود که زن در فاز نهفته بوده است.

شایان ذکر است که تشخیص اشتباه لیبر کاذب یا فاز نهفته‌ی طولانی ممکن است منجر به القا یا تقویت غیر ضروری زایمان شود که ممکن است با شکست مواجه شود. در نهایت امکان سزارین غیر ضروری و عفونت پرده‌های جنینی وجود دارد.

اگر زن بیش از ۸ ساعت در فاز نهفته بوده و علائم پیشرفت خیلی کمی وجود داشته باشد، مجدداً موقعیت را با معاینه‌ی دهانه‌ی رحم ارزیابی نمایید:

- اگر هیچ تغییری در دیلاتاسیون یا افاسمان دهانه‌ی رحم وجود نداشته باشد و جنین دچار دیسترس نباشد، تشخیص را مرور کنید. ممکن است زایمان شروع نشده باشد.
- اگر تغییری در دیلاتاسیون یا افاسمان دهانه‌ی رحم رخ داده باشد، پرده‌های جنینی باید با قلاب آمنیوتیک یا پنس کوخر پاره شده و زایمان القا شود:
 - زن باید هر ۴ ساعت ارزیابی شود.
 - اگر او ۸ ساعت پس از القای زایمان وارد فاز فعال لیبر نشد، باید سزارین شود.
- اگر علائم عفونت (تب، ترشحات بدبوی واژن) وجود داشته باشد:
 - لیبر باید سریعاً توسط اکسی‌توسین تقویت شود.
 - آنتی‌بیوتیک باید تا هنگام زایمان به شکل زیر تجویز شود:

آمی سیلین وریدی ۲ گرم هر ۶ ساعت، و
جنتامایسین وریدی ۵ mg به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۲۴ ساعت.

اگر زن زایمان واژینال نمود، آنتی بیوتیک را پس از زایمان قطع کنید. اگر سزارین انجام گرفت، آنتی بیوتیک را ادامه داده و مترونیدازول با دوز ۵۰۰ mg به صورت وریدی هر ۸ ساعت تا قطع شدن تب به مدت ۴۸ ساعت تجویز نمایید.

قبل از ادامه‌ی درس از دانشجویان بخواهید سوالاتشان را بپرسند.

مدیریت فاز فعال طولانی

اطلاعات ذیل را به دانشجویان ارائه داده و بحث نمایید. سپس از آن‌ها بخواهید که تجربیات خود در مورد فاز فعال طولانی زایمان را مطرح کنند. در مورد تفاوت‌های موجود در اداره‌ی موارد بیان شده توسط دانشجویان بحث نمایید.

▪ انقباضات رحمی را ارزیابی کنید.

- اگر انقباضات موثر نیست (کمتر از ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام کمتر از ۴۰ ثانیه طول بکشد) فرض بر عملکرد ناکافی رحم گذاشته و زن را به سطح مراقبتی بالاتر ارجاع دهید.
- اگر انقباضات موثر است (۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که هر کدام بیشتر از ۴۰ ثانیه طول بکشد) فرض را بر عدم تناسب سر با لگن، توقف لیبر، وضعیت یا عضو نمایش غیر طبیعی جنین گذاشته و زن را به سطح مراقبتی بالاتر ارجاع دهید.

اگر هیچ نشانه‌ای از **عدم تناسب سر با لگن یا توقف لیبر** وجود ندارد و انقباضات منظم و قوی بوده و پرده‌های جنینی سالم است، پرده‌ها باید توسط قلاب آمنیوتیک یا پنس کوخر پاره شوند.

▪ به ارزیابی سلامت مادر و جنین و پیشرفت لیبر ادامه داده و در صورت طبیعی نبودن پیشرفت زایمان آماده‌ی ارجاع مادر به سطوح مراقبتی بالا باشید. روش‌های کلی حمایت از لیبر را که ممکن است باعث بهبود انقباضات و پیشرفت زایمان شود ارائه نمایید. این‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- همراه زن باردار را تشویق نمایید که حمایت کافی از زن به عمل آورد (پشت او را ماساژ دهد، صورت و پیشانی او را با دستمال مرطوب پاک کند و به حرکت کردن او کمک کند).
- تمامی روش‌ها را به زن توضیح داده و کسب اجازه نمایید و یافته‌ها را با او در میان یگذارید.
- با احترام به خواسته‌های زن، یک فضای حمایت کننده و مشوق برای تولد نوزاد فراهم نمایید.
- او را تشویق نمایید مثانه‌اش را بطور مرتب تخلیه نماید.
- او را تشویق نمایید تکنیک‌های تنفسی را به کار گیرد.

قبل از ادامه‌ی درس از دانشجویان بخواهید سوالاتشان را بپرسند.

به دانشجویان یادآوری نمایید که مراقبت‌های ذکر شده می‌تواند تحت تاثیر جغرافیا و فاصله تا سطح مراقبتی بالا قرار گیرد.

مدیریت مرحله‌ی خروج طولانی

اطلاعات ذیل را به دانشجویان ارائه داده و بحث نمایید. سپس از آن‌ها بخواهید که تجربیات خود در مورد مرحله‌ی دوم طولانی زایمان را مطرح کنند. در مورد تفاوت‌های موجود در اداره‌ی موارد بیان شده توسط دانشجویان بحث نمایید.

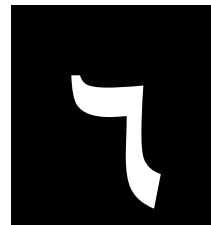
تلاش‌های مادر برای خروج جنین با کاهش انتقال اکسیژن به جفت، جنین را در معرض خطر قرار می‌دهد. همزمان با این که باید به زورزندهای خودبخود مادر اجازه داد، از تلاش‌های طولانی مدت و نگهداشتن تنفس باید ممانعت نمود. اگر پرزانتاسیون معیوب یا توقف آشکار زایمان مطرح نیست، لیبر باید با اکسی‌توسین تقویت شود.

اگر هیچ نزولی پس از تقویت لیبر مشاهده نشد و:

- اگر سر جنین بیشتر از $\frac{1}{5}$ بالای سمفیزپوبیس قرار ندارد و یا پایین‌ترین قسمت استخوانی سر در جایگاه صفر قرار دارد، زایمان توسط کشش واکيوم یا فورسپس باید انجام شود.
- اگر سر جنین بین $\frac{1}{5}$ و $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پوبیس قرار دارد یا جایگاه پایین‌ترین بخش استخوانی سر بین ۰ و ۲- می‌باشد و تولد نوزاد در منزل یا مرکزی که سزارین ایمن امکان‌پذیر نیست صورت می‌گیرد، زایمان باید با کشش واکيوم و سمفیزوتومی انجام شود.
- اگر سرویس دهنده در انجام سمفیزوتومی مهارت ندارد، ارجاع فوری مادر جهت انجام سزارین لازم است.
- اگر سر جنین بیش از $\frac{3}{5}$ بالای سمفیز پوبیس قرار دارد یا جایگاه پایین‌ترین قسمت سر بالای ۲- می‌باشد، زایمان باید با سزارین انجام شود.

مطالب بخش را خلاصه نموده و سوالات باقی‌مانده را پاسخ دهید.

اداره لیبر متوقف شده



جلسه ۶

اداره لیبر متوقف شده

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان برای درک مداخلات لازم در موارد زایمان متوقف شده
- توانمند کردن دانشجویان برای اداره و ارجاع مناسب زن باردار در صورت نیاز.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۶ دانشجویان قادر خواهند بود:

- نحوه‌ی اداره و پیشگیری از دهیدراتاسیون و کتوز در زایمان متوقف شده را توضیح دهند.
- نشانه‌های عفونت در زایمان متوقف شده و آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده شامل دوز و نحوه‌ی تجویز آن‌ها را توضیح دهند.
- مراقبت‌های حمایتی برای زنان دچار زایمان متوقف شده را توضیح دهند.
- گزینه‌های ممکن برای تولد نوزاد در زایمان متوقف شده را شرح دهند.
- مراحل ارجاع زن باردار نیازمند به کمک تخصصی در زایمان متوقف شده را شرح داده و نحوه‌ی انجام آن در بالین از قبیل نوشتن یک برگه-ی ارجاع را بحث نمایند.
- یک برگه‌ی ارجاع برای خانمی که منتقل می‌شود، بنویسند.
- روش‌های پیشگیری از عفونت در زایمان‌های طولانی و متوقف شده را توضیح دهند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده (۲ ساعت)

کار گروهی (۱ ساعت)

نمایش و تمرینات نوشتاری (۱ و ۱/۲ ساعت)

این بخش باید با فاصله‌ی زمانی کوتاه از جلسه ۷ و ۸ تدریس شود. اطمینان از این مسئله که دانشجویان علاوه بر دانستن آنچه که باید انجام داد، واقعاً بتوانند آن را انجام دهند اهمیت دارد.

منابع

Instructions for Group Work.

Obstetric management chart: difficult labor.

Obstetric management chart: referral management.

Referral management: example of a referral letter.

Essex B. Management of obstetric emergencies in a health centre. A handbook for midwives.

Churchill Livingstone, ۱۹۸۵ (used with the permission of the author).

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.

ابتدا بر لزوم شناسایی مشکل تاکید کنید. بدین معنی که فرض کنید زایمان زن به طور رضایتبخشی در حال پیشرفت نیست. در این حالت باید علت مشکل شناسایی و بر اساس آن مدیریت شود.

برای کمک به دانشجویان در تصمیم‌گیری در مورد انجام مدیریت لازم، باید این وضعیت را در منطقه‌ای دور یا یک مرکز سلامتی در اطراف و همینطور در یک مرکز سلامتی تصور کنند که دسترسی مناسب به متخصص مامایی دارد.

مدیریت زایمان متوقف شده

شش مرحله‌ی مدیریت موثر را به دانشجویان یادآوری نمایید (به بخش ۳ مراجعه کنید).

بر اهمیت انجام سریع و طبق اولویت کارها تاکید نمایید، بنابراین کارهای اورژانسی باید در ابتدا انجام شوند.

۱- هیدراتاسیون بیمار

هدف: حفظ حجم طبیعی پلاسما و پیشگیری یا درمان دهیدراتاسیون و کتوز

(الف) راه وریدی برقرار نمایید. از سرسوزن بزرگ (شماره ۱۸) یا کانول استفاده کنید.

(ب) اگر زن در حالت شوک است از سرم نرمال سالین یا رینگر لاکتات استفاده کنید. یک لیتر از سرم را هر چه سریعتر انفوزیون نموده، سپس تا زمانی که نبض به کمتر از ۹۰ در دقیقه برسد و فشارخون سیستولیک ۱۰۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر باشد، ۱ لیتر سرم هر ۲۰ دقیقه تکرار نمایید. در صورت وجود مشکل تنفسی این میزان را به ۱ لیتر هر ۴-۶ ساعت کاهش دهید.

(ج) اگر زن بادر دچار شوک نیست اما دهیدراته و کتوتیک است، ۱ لیتر به سرعت انفوزیون نموده و در صورت باقی ماندن در این حالت تکرار نمایید. سپس به ۱ لیتر در هر ۴-۶ ساعت کاهش دهید.

(د) تمام مایعات وریدی تجویز شده و برون‌ده ادراری را به دقت یادداشت نمایید.

۲- تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها

اگر نشانه‌های عفونت وجود دارد یا از پارگی پرده‌های جنینی ۱۸ ساعت یا بیشتر می‌گذرد، یا سن حاملگی ۳۷ هفته یا کمتر می‌باشد، آنتی‌بیوتیک‌ها را به روش زیر تجویز نمایید:

- آمپی‌سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت، و
- جنتامایسین وریدی ۵mg به ازای وزن بدن هر ۲۴ ساعت.

اگر سزارین انجام شد، آنتی‌بیوتیک‌ها را ادامه داده و تا زمانی که تب بیمار به مدت ۴۸ ساعت قطع شود، مترونیدازول ۵۰۰mg وریدی هر ۸ ساعت تجویز نمایید.

۳- مراقبت حمایتی

همراه زن باید برای ماندن پیش او و تأمین راحتی و حمایت از مادر تشویق شود. کادر بیمارستان باید تمامی پروسیجرها را به زن توضیح داده و از او کسب اجازه نمایند، نتایج را به او اطلاع داده، به سخنان او گوش نموده و نسبت به احساسات وی حساس باشند.

۴- زایمان نوزاد

پزشک باید زن باردار و پیشرفت زایمان او را ارزیابی نموده و در مورد نوع زایمان تصمیم‌گیری نماید.

عدم تناسب سر با لگن:

• اگر تشخیص عدم تناسب سر با لگن قطعی است زایمان باید با سزارین انجام شود.

• اگر جنین مرده است:

- زایمان باید با کرایوتومی انجام شود.

- اگر این کار ممکن نباشد زایمان باید با عمل سزارین انجام شود.

توقف:

▪ اگر جنین زنده است و دهانه‌ی رحم کاملاً باز شده است و سر در جایگاه صفر یا پایین‌تر قرار دارد، زایمان را با کشش واکيوم انجام دهید.

▪ اگر جنین زنده است و دهانه‌ی رحم کاملاً باز شده است و شواهدی از اندیکاسیون انجام سمفیزیوتومی به علت توقف نسبی وجود دارد (اگر امکان انجام سزارین ایمن وجود ندارد) و سر جنین در جایگاه ۲- می‌باشد، زایمان باید توسط سمفیزیوتومی و کشش واکيوم انجام شود.

▪ اگر جنین زنده است و دهانه‌ی رحم کاملاً باز نشده است یا سر جنین تا حدی بالاست که با واکيوم نمی‌توان خارج نمود، ارجاع فوری جهت انجام سزارین باید صورت بگیرد.

▪ اگر جنین مرده است:

- زایمان باید توسط کرایوتومی انجام شود.

- اگر این کار ممکن نباشد زایمان با سزارین انجام می‌شود.

در صورت نیاز به ارجاع زن به سطوح مراقبتی بالا اقدامات اولیه مشابه است چون آمادگی برای انتقال ضروری می‌باشد:

▪ راه وریدی جهت مایع درمانی برقرار نمایید

▪ آنتی‌بیوتیک تجویز کنید

▪ مراقبت حمایتی انجام دهید

▪ مسکن تجویز کنید

- وضعیت مادر و جنین را کنترل کنید.
- از کامل بودن برگه‌ی ارجاع اطمینان حاصل نموده و مقدمات انتقال را فراهم کنید. در صورت امکان با مرکز ارجاع تماس تلفنی گرفته و آن‌ها را مطلع نمایید.

هنگام انتقال زن باید یک نفر از کادر بهداشتی او را همراهی نماید، همچنین یکی از خویشاوندان زن که در صورت نیاز قادر به اهدای خون باشد نیز باید همراه آن‌ها باشد.

بر هدف مدیریت یعنی حفظ حیات و جلوگیری از آسیب بیشتر تاکید کنید. همچنین بر اصول مدیریت، مخصوصاً نیاز به جلوگیری از تأخیر بی‌مورد تاکید کنید. تأخیر یعنی مرگ یا آسیب. با دانشجویان گام به گام با استفاده از چارت مدیریت مامایی در زایمان سخت که در انتهای جلسه آمده است کار کنید. سوالات دانشجویان را پاسخ دهید. مطالب جلسه را خلاصه نمایید.

۵- ارجاع

از چارت مدیریت مامایی در ارجاع بیمار که در انتهای جلسه ارائه شده است استفاده کنید. بر روی این جدول همانند زایمان سخت کار کنید. اگر یک برگه‌ی ارجاع استاندارد دارید، کپی آن را به دانشجویان نشان دهید. اگر ندارید نمونه‌ی ارائه شده را نشان دهید.

طبق فرم ارائه شده کار کنید و اهمیت پر نمودن تمام جزئیات (دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم باید طبق مثال بر اساس سانتی‌متر و نه "انگشت" گزارش شود) را تاکید کنید.

۶- پیشگیری از عفونت

به کارگیری روش‌های پیشگیری از عفونت در اداره‌ی تمامی عوارض بارداری و زایمان حیاتی است. پیشگیری از عفونت به خصوص در موارد زایمان طولانی و متوقف شده به دلیل خطر بالای مداخلات لازم برای این زایمان‌ها اهمیت دارد. از دانشجویان بخواهید دلایل اهمیت پیشگیری از عفونت را بیان نمایند. پاسخ‌های آنها را روی تخته سیاه یا فلیپ چارت 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:

- تست‌شوی 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.

شست و شوی دست‌ها

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

دست‌ها را باید در زمان‌های ذکر شده‌ی زیر شست:

قبل از معاینه‌ی فیزیکی یا لگنی یا سایر پروسیجرها

قبل از پوشیدن دستکش‌ها

بعد از دست زدن به وسایل استفاده شده

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

بعد از درآوردن دستکش‌ها

در فاصله‌ی تماس با بیماران مختلف

استفاده از دستکش

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

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

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

استفاده از پیش‌بند، گان و عینک محافظ

پیش‌بندهای نایلونی یا پلاستیکی باید در طول انجام پروسیجر 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 ضد عفونی 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 ضد عفونی شوند. ضد عفونی 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 ضد عفونی کردن آن‌ها ضروری است، چون تماس محلول‌های ضد عفونی 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 ضد عفونی 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 ارگانیسم از داخل آن‌ها با آب پرفشار آبکشی شوند.

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

تمیز کردن

بعد از ضدعفونی کردن، تمام وسایل را باید با آب گرم (نه داغ) و مایع 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، دستشویی‌ها، دیوارها و ملافه‌های نایلونی به کار می‌رود. تمامی پارچه‌های کتانی الوده 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، ضدعفونی سطح بالا تنها جایگزین مورد قبول می‌باشد. وسایل موجود در این گروه شامل کانول، کورت‌ها، دیلاتورها، سرسوزن‌ها، سرنگ‌ها و فورسپس‌ها می‌باشند.

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

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

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

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

ضدعفونی سطح بالا با غوطه‌ور کردن وسایل در محلول سفیدکننده‌ی هیپوکلریت [۵ دقیقه تماس در دمای ۲۵-۲۰ درجه‌ی سانتی‌گراد با بافر هیپوکلریت (pH=۷-۸) در غلظت ۵۰۰ppm کلرین در دسترس]، یا گلو تار آلدئید تازه [۵ ساعت تماس در دمای ۲۰-۲۵ درجه‌ی سانتی‌گراد با آلکالین فعال ۲٪ (pH=۷.۵-۹)]. ضدعفونی سطح بالا تمامی میکروارگانیسم‌ها مانند ویروس هپاتیت B و HIV را از بین می‌برد، اما اسپور باکتری‌ها را بطور کامل از بین نمی‌برد. استفاده از فنل یا آنتی‌سپتیک‌ها ضدعفونی سطح بالا ایجاد نمی‌کند. وسایل باید بعد از ضدعفونی در آب استریل آبکشی شوند.

ضد عفونی حد واسط

اگر ضدعفونی سطح بالا ممکن نباشد، برای وسایلی که با خون یا بافت 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 ۹۵-۷۰٪) یا یدوفورها (محلول ۱۰٪) ضد عفونی حد واسط کرد. هر دو این محلول‌ها به وسیله‌ی مواد ارگانیک غیرفعال می‌شوند، بنابر این 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/ ضدعفونی سطح بالای وسایل باید آن‌ها را بطور مناسب نگهداری نمود. وسایلی (مثل کانول) که در محلول شیمیایی استریلیزه شده‌اند، باید با فورسپس استریل برداشته شوند. وسایل باید با آب استریل یا سالین آبکشی شده، در معرض هوا خشک شوند و بدون لمس وسایل یا قسمت داخلی بسته‌ی استریل، در کاغذ یا پارچه‌ی استریل 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 فوت دور از منبع آب سوزانده یا دفن شوند.

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

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

هر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه نمایید.

کار گروهی

دانشجویان را به گروه‌هایی تقسیم کرده و با ارائه‌ی مطالب زیر آن‌ها را آماده نمایید:

- دستورالعمل‌هایی برای کار گروهی (نمایش) که در پایان جلسه وجود دارد.
- در صورت موجود بودن، پارتوگراف زن بارداری که زایمان متوقف شده دارد (در غیر این صورت مدرس باید خودش یک پارتوگراف رسم نماید).
- برگه‌ی ارجاع استاندارد خالی که در کشور شما مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بازخورد

گروه‌ها را برای ارائه‌ی نمایش مرتب نمایید. چارت مدیریت مامایی در ارجاع را به عنوان چک لیستی برای اطمینان از این که دانشجویان تمام موارد ضروری را رعایت نموده‌اند، استفاده کنید.

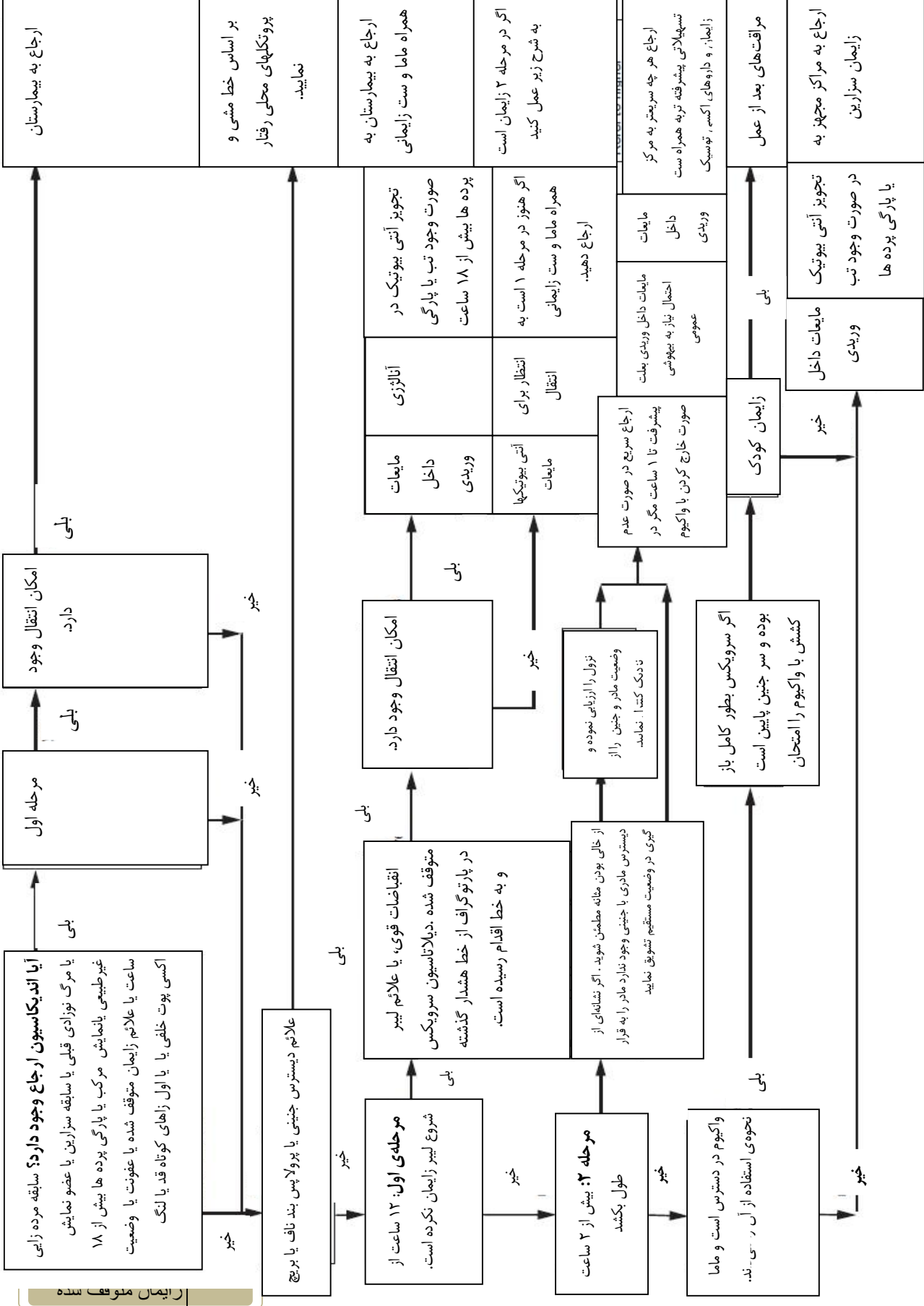
به دانشجویان اجازه دهید که برگه‌های ارجاع را ببینند. در هر گروه رعایت مسائل ایمنی در ارجاع را بحث نمایید. همچنین سایر ایده‌های عملی را که ممکن است از این رویکردهای ایمنی ایجاد شود مورد بحث قرار دهید.

هرکجا دانشجویان با مشکلات مواجه شدند، چگونگی مواجهه با مشکلات را بیان کنید. یک روش خوب برای این کار نوشتن طرح عملی است. دانشجویان با این روش از مدل‌های قبلی آشنایی دارند و باید به انجام آن قادر باشند.

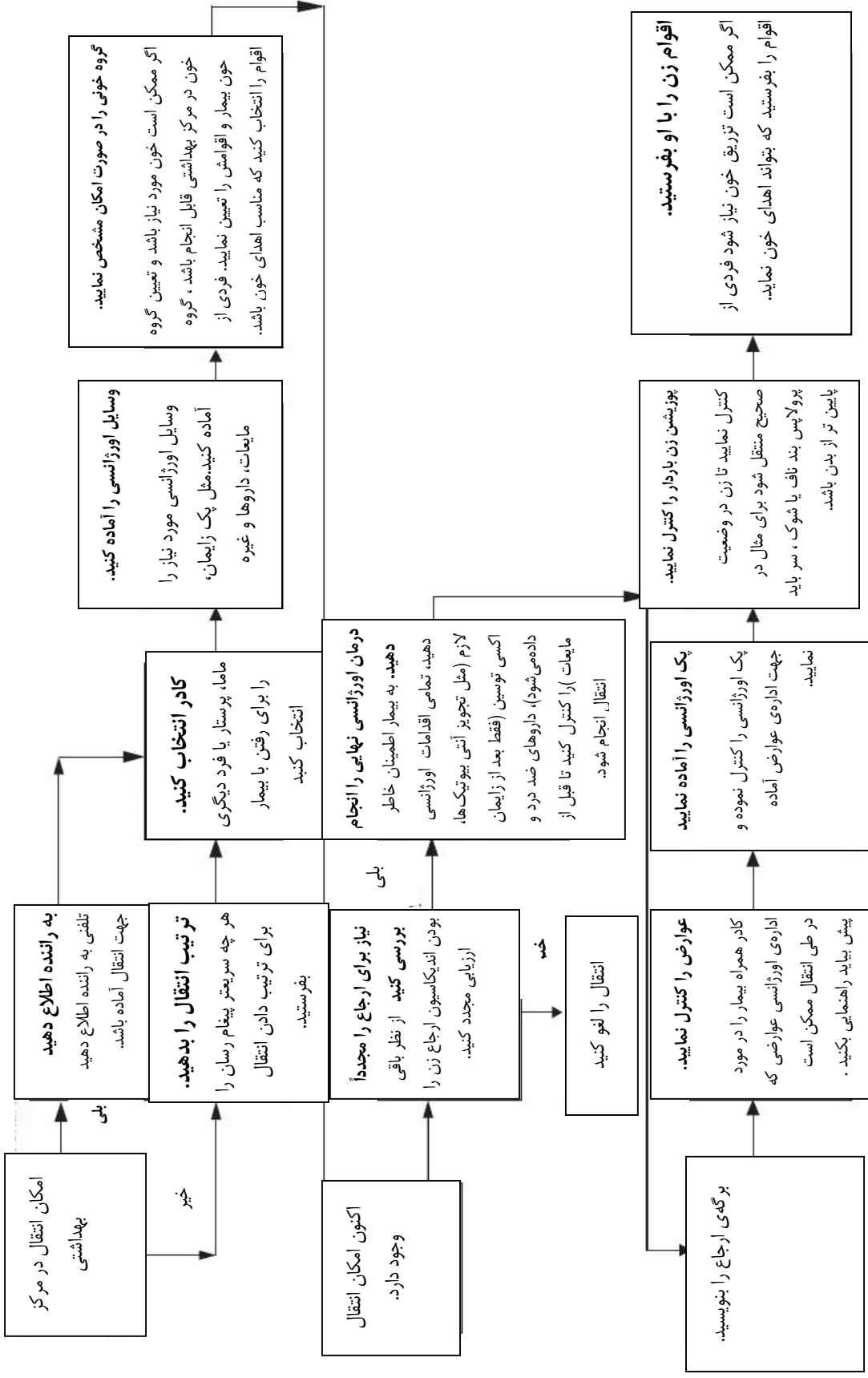
وقتی یک طرح عملی نوشته شد برای ارزیابی پیشرفت، نوشتن تاریخ را به یاد داشته باشید. بعد از اتمام، از دانشجویان بخواهید که اگر سوالی دارند بپرسند.

خلاصه کنید.

دیریت ماماها: زایمان سخت



دبیریت ماملی: زایمان سخت



دستورالعمل‌هایی برای کار گروهی

پارتوگرافی که نشان دهنده‌ی وضعیت یک زن در یکی از مراکز بهداشتی دور افتاده تحت مراقبت شماسست برایتان ارائه شده است.

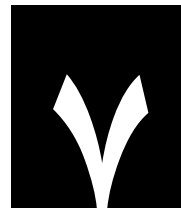
- ۱- با نمایش، چگونگی هماهنگی برای ارجاع و انتقال این زن را نشان دهید.
از روش‌هایی که در چارت مدیریت مامایی:مدیریت ارجاع و نشان داده شده است و یا نکات مورد توجه در طی جلسه استفاده کنید
- ۲- یک برگه‌ی ارجاع برای انتقال زن حامله به بیمارستان بنویسید.
برگه را روی یک صفحه‌ی بزرگ یا فلیپ چارت کپی نموده و یا با پروژکتور نشان دهید تا با دانشجویان در مورد محتوای آن بحث نمایید.

اقدامات ارجاع: نمونه‌ی برگه‌ی ارجاع

	نام بیمار
آدرس:	نام و مشخصات فرد ارجاع دهنده
آدرس:	تاریخ و زمان ویزیت اولیه‌ی بیمار
۴ آوریل ۲۰۰۴ ، ساعت ۸ بعد از ظهر.	تاریخچه‌ی قبلی
۱ فرزند زنده. مرده‌زایی یک سال قبل	ناراحتی فعلی
با وجود انقباضات قوی و منظم ، دیلاتاسیون دهانه رحم از خط هشدار گذشته و روی خط اقدام قرار دارد. سر جنین در جایگاه  لمس می‌شود. احتمال عدم تناسب سر با لگن وجود دارد.	اقدامات
مراقبت‌های معمولی زایمان . تشویق به قرار گیری در وضعیت قائم و مثانه در ۴ ساعت اخیر تخلیه شده است.	دلیل اصلی ارجاع
پیشرفت ناکافی زایمان پس از ۱۲ ساعت انقباض قوی. دیلاتاسیون دهانه رحم در پارتوگراف از خط هشدار گذشته و روی خط اقدام قرار گرفته است. سر جنین بالا باقی می‌ماند. سابقه‌ی مرده‌زایی با علت ناشناخته	تاریخ/زمان رسیدن به مرکز سلامتی
۵ آوریل ۲۰۰۴ ، ساعت ۲ بعد از ظهر	وضعیت بیمار هنگام رسیدن به مرکز سلامتی
دیلاتاسیون دهانه رحم ۵ سانتی متر. وضعیت مبهم صدای قلب جنین ۳ انقباض ۴۵-۵۰ ثانیه‌ای در عرض ۱۰ دقیقه. ۱۲۰ ضربان قلب قوی و منظم که به تدریج ضعیف و دچار دیسترس می‌شود.	فشار خون:
خونریزی: بله/ خیر	ضربان قلب جنین:
گروه خونی در صورت مشخص بودن:	۱۲۰ ضربه در دقیقه
۱۳۰/۸۰	مراقبت‌های اورژانسی در ساعت..... صبح/بعد از ظهر انجام شد.
خلاصه‌ای از مراقبت‌های اورژانسی انجام شده	سایر توضیحات:

نام بیمار		آدرس:
نام و مشخصات فرد ارجاع دهنده		آدرس:
تاریخ و زمان ویزیت اولیه بیمار		
تاریخچه‌ی قبلی		
ناراحتی فعلی		
اقدامات		
دلیل اصلی ارجاع		
تاریخ/زمان رسیدن به مرکز بهداشتی		
وضعیت بیمار هنگام رسیدن به مرکز بهداشتی		
فشار خون:	ضربان قلب جنین:	خونریزی: بله/ خیر
		گروه خونی در صورت مشخص بودن:
مراقبت‌های اورژانسی در ساعت.....	خلاصه ای از مراقبت‌های اورژانسی انجام شده	
صبح/بعد از ظهر انجام شد.		
سایر توضیحات:		

یادگیری مهارت‌های بالینی



جلسه ۷

یادگیری مهارت‌های بالینی

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان جهت رسیدن به صلاحیت و اطمینان در استفاده از مهارت‌های بالینی ضروری در اداره ی زایمان متوقف شده

اهداف درسی

در پایان جلسه هفتم دانشجویان قادر خواهند بود که:

- در عمل شناسایی کنند عواملی را که زنان را در معرض خطر زایمان متوقف شده قرار می‌دهند. توضیح دهند که چرا آنها در خطر هستند و خطر چگونه ممکن است کاهش یابد.
- خروجی لگن را ارزیابی کند.
- با معاینه شکمی (مانورهای لئوپولد) و با معاینه واژینال، نمایش و وضعیت جنین را تشخیص دهند.
- نزول سر جنین را ارزیابی کنند.
- با مراجعه به تاریخچه، مستندات و یافته‌های بالینی نشان دهد که چگونه می‌توان زایمان متوقف شده را تشخیص داد.
- تکنیک سوندگذاری ادراری را با اشاره بر اهمیت رعایت تکنیک استریل، دستکاری ملایم و حساسیت در عمل نشان دهد.*
- توانایی گرفتن نمونه خون برای آنالیز و پر کردن فرمهای مناسب درخواست آزمایش را نشان دهند.*
- توانایی برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی را با توضیح دلایل انجام این کار، بکارگیری احتیاط‌های لازم و نگهداری مستندات نشان دهند.*
- تجویز، درخواست، ذخیره و اجرای دستورات دارویی را توضیح داده و توانایی اجرای دستورات دارویی لازم را نشان دهد.*
- اهمیت دریافت مایعات کافی را توضیح داده و استفاده از برگه تعادل مایعات را نشان دهند.*
- پروسیجر ایپی‌زیاتومی و ترمیم را نشان دهند.*
- توانایی خود را برای نگهداری مستندات صحیح نشان دهند.*

طرح درسی

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

منابع

مدیریت عوارض در بارداری و زایمان: راهنما برای ماماها و دکترها
ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳ (WHO/RHR/۰۰.۷).

* دانشجویانی که مدل خونریزی پس از زایمان را تکمیل نموده‌اند، قبلاً به این اهداف دست یافته‌اند.

مقدمه

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

هر مهارت تحت سه عنوان سازماندهی می‌شود: روشهای آموزشی، محتوای آموزشی و ارزیابی صلاحیت. ضمن اینکه برای مربی استفاده از اطلاعات موجود در هر یک از عناوین حایز اهمیت است، پیگیری دقیق هر یک از راهنماها برای ارزیابی صلاحیت در هر یک از مهارت‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین استخراج این راهنماها و تهیه یک چک لیست دارای فضایی جهت نظرات مربی و دانشجو برای هر مهارت ممکن است مفید باشد. کپی چک لیست‌ها را سپس می‌توان برای هر دانشجوی مورد ارزیابی استفاده کرد.

به دانشجویان یادآوری کنید که اقدامات پیشگیری از عفونت توضیح داده شده در رابطه با اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده را (جلسه ۶) در مهارت‌های این جلسه به کار گیرند.

مهارت: شناسایی عوامل خطر برای زایمان متوقف شده

روش آموزشی

- ۱- محتوای آموزشی را به دانشجویان معرفی کنید.
- ۲- دانشجویان را به گروه‌های کوچک تقسیم کنید.
- ۳- دانشجویان را در محیط بالینی مثل درمانگاه پیش از زایمان، بخش پیش از زایمان و یا در بخش زایمان مستقر کنید.
- ۴- از دانشجو بخواهید خانمی را انتخاب نماید که هنوز زایمان نکرده است. بعد از کسب اجازه از مامای مسئول مراقبت، از خود خانم و همراهان او در صورت اقتضا، دانشجویان باید شرح حال ثبت شده در برگه پرونده خانم را مطالعه کنند. آنها باید با خانم برای روشن شدن یا به روزرسانی جزئیات پرونده وی صحبت کنند و باید یک معاینه بالینی کامل برای او انجام دهند.
- در حین انجام این کار، دانشجویان باید عواملی را شناسایی کنند که خانم را در معرض خطر زایمان متوقف شده قرار می‌دهند.
- ۵- یافته‌های دانشجویان را در کنار تخت چک کنید.

محتوای آموزشی

عوامل خطر مهم برای زایمان متوقف شده را می‌توان با اخذ شرح حال درست از هر خانم طی مراقبت پیش از زایمان شناسایی نمود.

عوامل خطر زیر را می‌توان در زمان اخذ شرح حال شناسایی نمود:

- نوجوان خردسال
- سابقه قبلی راشیتیسم، استئومالاسی، سل، پولیومیلیت، آسیب لگن
- عمل سزارین قبلی یا مرده‌زایی
- زایمان طول کشیده قبلی.
- سایر عوامل خطر قابل شناسایی با معاینه فیزیکی:
 - کوتاهی قد (قد کمتر از ۱۵۰ سانتی‌متر با یک کگن کوچک همراه باشد)
 - گام برداشتن غیرطبیعی که ممکن است توسط بیماری یا آسیب موثر بر لگن ایجاد شده باشد.
 - کوچکی یا شکل غیرطبیعی لگن که با معاینه واژینال تشخیص داده می‌شود.
 - نمایش یا وضعیت غیرطبیعی جنین
 - آنگازه نشدن سرجنین در زمان ترم در نخست‌زاهای، یا عدم توانایی آنگازه شدن (تنها $\frac{2}{5}$ در بالای تنگه دخول لگن قابل لمس باشد)
 - بچه خیلی بزرگ
 - شواهد قطع عضو تناسلی

ارزیابی صلاحیت

دانشجویان باید عواملی را شناسایی کنند که خانم را در معرض خطر زایمان متوقف شده قرار می‌دهند. چک لیست جلسه ۲ را به عنوان راهنما استفاده کنید.

جهت بررسی درک دانشجویان از آنها پرسید:

- چرا این عامل احتمال زایمان متوقف شده را بیشتر می‌کند یا خطر را افزایش می‌دهد.

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

۱- دانشجو می‌تواند عامل خطر را تشخیص دهد

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

۲- دانشجو می‌تواند توضیح دهد که چرا یک خطر وجود دارد؟

۳- آیا دانشجو می‌داند که به منظور اطمینان از اجتناب یا کاهش خطر چه باید کرد؟

مهارت: ارزیابی خروجی لگن

روش آموزشی

این مهارت را می‌توان حین همان ویزیت در محیط بالینی برای مهارت قبلی آموزش داد.

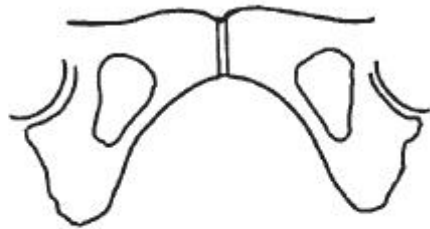
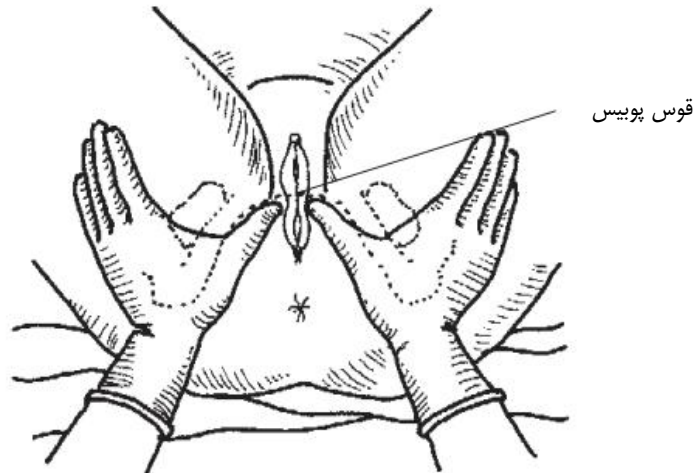
محتوای آموزشی

در صورت امکان، لمس شکم همیشه باید قبل از معاینه واژینال جهت ارزیابی اندازه رحم و/یا وضعیت جنین انجام شود.

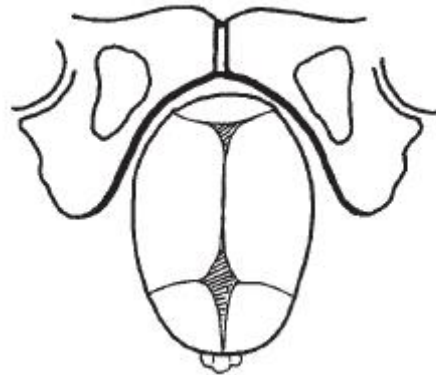
نحوه انجام معاینه واژینال

زن باید به پشت دراز بکشد و زانوهایش را خم کرده و باز نماید. دستگاه تناسلی خارجی را یک محلول ضدعفونی کننده تمیز کنید. دستها را به طور کامل بشویید و دستکش استریل بپوشید. لایبیا را با دو انگشت دست چپ باز کنید. انگشتان معاینه کننده (انگشتان اشاره و میانی) را در یک کرم نرم کننده استریل قرار داده و آنها را خیلی آرام وارد واژن کنید، مسیر واژن و قسمت فوقانی و خلفی آن را بررسی کنید. از زن بخواهید که نفس عمیق کشیده و خود را شل کند چون این کار به کاهش ناراحتی پروسیجر کمک خواهد کرد.

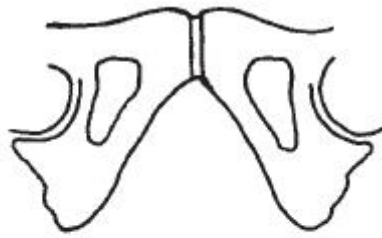
ارزیابی خروجی لگن



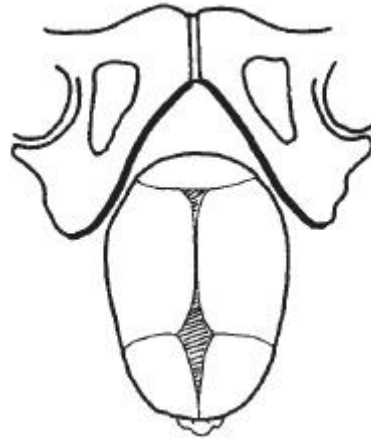
قوس پویس نرمال



سر جنین با قوس پویس متناسب است



قوس پویس باریک



سر جنین با قوس پویس متناسب نیست و به سمت پشت بر روی پرینه فشار وارد می‌کند

شکل ۷.۱: تخمین پهناي قوس پویس

مهارت: تشخیص عضو نمایش و وضعیت جنین

این مهارت شامل سه قسمت است:

۱- شناسایی لندمارکهای مجموعه جنین

۲- تشخیص عضو نمایش جنین بوسیله معاینه شکمی (مانورهای لئوپولد)

۳- تشخیص عضو نمایش جنین توسط معاینه واژینال

مدت زمانی که مربی به آموزش هر مهارت اختصاص می‌دهد، به دانش قبلی دانشجو در مورد آن مهارت بستگی خواهد داشت.

روشهای آموزشی:

برای این قسمت از جلسه، مربی به استفاده از مدل‌های آناتومیکی زیر نیاز پیدا خواهد کرد:

- مدل لگن مادر (ممکن است از مقوا ساخته شده باشد. جلسه ۱ را مشاهده کنید)
- مدل مجموعه جنین (مجموعه باید دو ناحیه فرورفته برای فونتال‌ها داشته باشد)
- جنین عروسکی

به منظور اجازه دادن به دانشجویان جهت انجام تمرینات عملی، در دسترس بودن چندین مدل کمک کننده خواهد بود.

معاینات شکمی (مانورهای لئوپولد) می‌تواند بر روی زنی نشان داده شود که در بخش زایمان بوده و هنوز زایمان نکرده است.

هر دانشجو را در موقعیت بالینی پیگیری کنید. آموزش بالینی انجام دهید.

- اخذ شرح حال
- لمس شکم در طی لیبر
- معاینه واژینال در طی لیبر*
- استفاده و تفسیر پارتوگراف

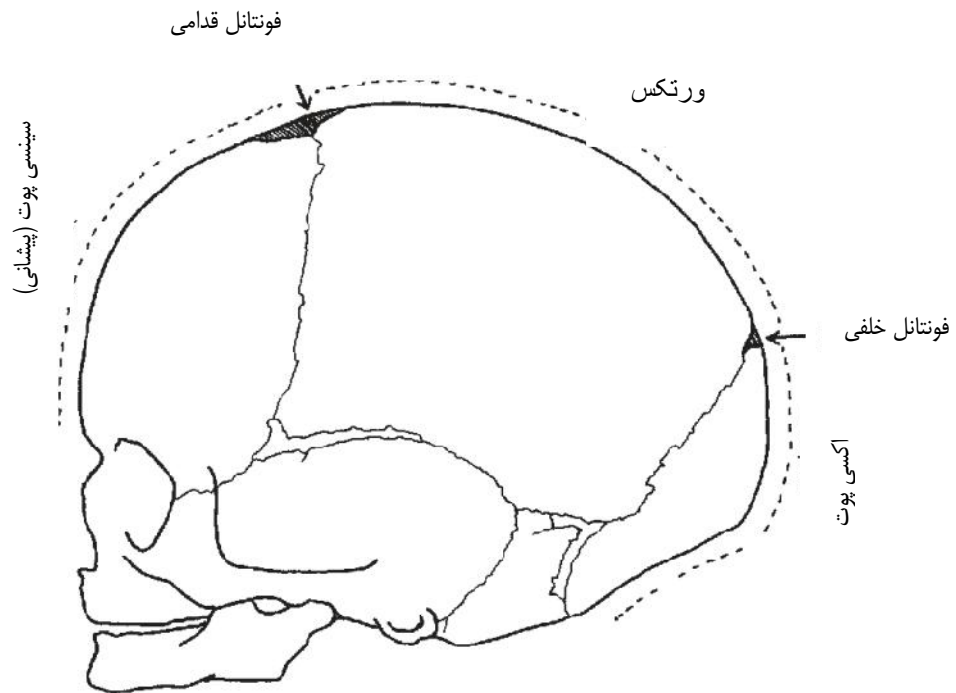
محتوای آموزشی:

لندمارکهای مجمه جنین

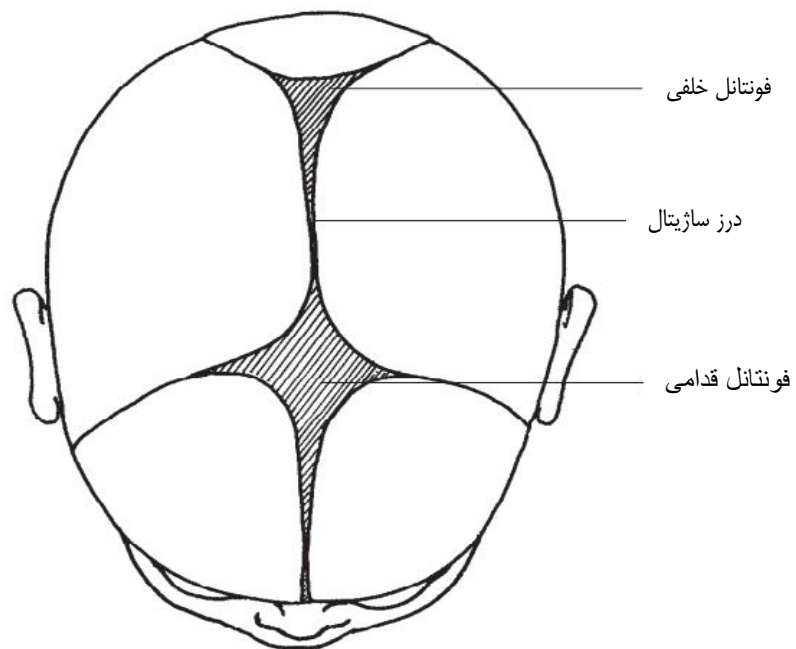
به دانشجویان وضعیت فوتانلها، درزهای ساژیتال، ورتکس، اکسی پوت و سین سیپوت مجمه جنین را یادآوری کنید (شکل ۷.۲ و شکل ۷.۳).

فوتنال خلفی در قسمت پشت سر بچه قرار داشته و به شناسایی اکسی پوت کمک می کند. این فوتنال کوچکتر از فوتنال قدامی بوده و به وسیله سه درز احاطه می شود (مثلی شکل).

*مطمئن شوید که معاینات واژینال فقط زمانی انجام می شوند که اندیکاسیون بالینی وجود دارد، و تنها برای اهداف آموزشی یا ارزیابی نباید انجام شود



شکل ۷.۲: لندمارکهای مهم جمجمه جنین



شکل ۷.۳: ناحیهی ورتکس جمجمه جنین درزها و فونتانلها را نشان می‌دهد.

فونتال قدامی در قسمت جلوی سر واقع شده و توسط ۴ درز احاطه شده است (لوزی شکل). این فونتال بزرگتر از فونتال خلفی می-باشد.

درز ساژیتال از فونتال خلفی تا فونتال قدامی ادامه دارد.

اکسی پوت قسمتی در پشت سر جنین است که بین فونتال خلفی و گردن قرار دارد.

ورتکس قسمت فوقانی سر است که بین دو فونتال قرار دارد.

سین سی پوت قسمتی از سر است که در جلوی فونتال قدامی قرار داشته و شامل پیشانی است.

تشخیص عضو نمایش توسط معاینه شکمی (مانورهای لئوپلد)

ابتدا از خانم بخواهید مثانه‌اش را تخلیه کرده و سپس به پشت خود دراز بکشد بطوریکه فقط شکم وی در معرض دید باشد. دستهای خود را شسته و به خانم توضیح دهید که چه کاری را قرار است انجام دهید.

مانور اول: مانور اول لئوپلد ارتفاع فوندوس رحم را اندازه‌گیری کرده و با تاریخ مورد انتظار زایمان مقایسه می‌شود، تا تناسب اندازه-ی رحم و طول دوره حاملگی ارزیابی شود. اندازه‌ی رحم ممکن است با سن حاملگی مطابق بوده، خیلی کوچک و یا خیلی بزرگ باشد. اگر خیلی کوچک باشد، شایعترین علل ممکن است تاریخ اشتباه، یا عدم رشد کافی جنین (تاخیر رشد داخل رحمی IUGR) باشد. اگر رحم بزرگتر از سن حاملگی باشد، شایعترین علت دوباره تاریخ اشتباه است یا ممکن است ناشی از حاملگی چند قلوبی یا جنین خیلی درشت باشد.

برای ارزیابی ارتفاع فوندوس رحم، محدوده فوقانی رحم را مشخص کنید و سپس به آرامی فوندوس (یعنی قله) رحم را بوسیله لبه کناری یک یا دو دست لمس کنید. سن حاملگی توسط دو روش قابل ارزیابی است. یکی توسط اندازه‌گیری فاصله بین لبه فوقانی سمفیز پوبیس تا فوندوس رحم بوسیله متر نواری است. در هفته‌های آخر حاملگی اندازه‌گیری فوندوس-سمفیز بایستی با هفته‌های حاملگی منطبق باشد. روش دیگر بوسیله ارتباط دادن فوندوس با برخی از لندمارک‌های قابل مشاهده یا قابل لمس شکمی است. این لندمارک‌ها شامل لبه فوقانی سمفیز پوبیس، ناف و گزیفوئید استرنوم یعنی نوک جناغ می‌باشد. حدوداً بعد از هفته ۳۴ بارداری، لندمارک مربوطه زائده گزیفوئید استرنوم است و فاصله بین فوندوس رحم و زائده گزیفوئید توسط پهناى انگشتان اندازه‌گیری می‌شود که بصورت افقی بر روی شکم قرار داده می‌شوند. در هفته ۳۶ فوندوس بطور طبیعی درست در زیر زائده گزیفوئید قرار دارد و بنابراین هیچ انگشتی نمی‌تواند جای بگیرد. با این وجود، بعد از این مدت با آنگاژمان سر جنین، ارتفاع فوندوس رحم کمی پایین آمده و دوباره ۲-۳ انگشت را می‌توان جای داد.

این مانور همچنین به تعیین عضوی از جنین کمک می‌کند که فوندوس را اشغال کرده است (شکل ۷.۴). ته جنین به صورت یک عضو بزرگ و ندولر احساس می‌شود، در حالیکه سر جنین بصورت یک عضو سفت و گرد احساس می‌شود که براحتی قابل حرکت است.

مانور دوم

مانور دوم به تعیین وضعیت پشت و اندامهای جنین کمک می‌کند. بطور طبیعی پشت جنین در سمت راست یا چپ شکم مادر به وضوح احساس خواهد شد. اگر پشت جنین در سمت چپ باشد، اکسی‌پوت نیز در سمت چپ خواهد بود و بالعکس، بنابراین این مانور به تعیین وضعیت جنین نیز کمک می‌کند.

کف دستها در هر دو طرف شکم مادر قرار گرفته و فشار آرامی (شکل ۷.۴) توسط یک دست بکار گرفته می‌شود، در حالیکه دست دیگر برای ثابت نگهداشتن رحم و فشار دادن جنین به سمت دست معاینه‌کننده استفاده می‌شود. این عمل بوسیله عوض کردن دستها انجام می‌شود. این روش به معاینه‌کننده اجازه خواهد داد که یک سمت را بصورت یک ناحیه سفت، صاف و انحنادار احساس کند که نشان‌دهنده پشت جنین است. در سمت مقابل قسمتهای کوچک متعدد احساس می‌شود که نشان‌دهنده اندامهای جنین است.

توجه: اگر جنین در یک وضعیت خلفی باشد (شکل ۷.۵)، پشت جنین را نمی‌تون احساس نمود. اجزاء کوچک در قسمت قدام می‌تواند لمس شود. صداهای ضربان قلب جنین نیز مشکل‌تر شنیده می‌شود.

این مانور همچنین به تعیین قرار جنین در یک وضعیت طولی یا عرضی کمک می‌کند.

مانور سوم:

هدف از انجام این مانور تعیین عضو نمایش یعنی قسمتی از جنین است که در پائین‌ترین قسمت رحم قرار دارد.

صورت معاینه‌کننده به سمت پاهای مادر می‌چرخد، انگشتان بر روی هر دو سمت شکم مادر و درست بالای سطح سمفیز پوبیس قرار گرفته و فشار آرام اما عمیقی برای تعیین عضو نمایش اعمال می‌کنند. معمولاً یک جسم گرد و سفت که سر جنین است لمس خواهد شد، اما مهم است که دقیقاً از نظر وضعیت بریج کنترل شود زیرا در این موارد احتمال عارضه‌دار شدن لیبر بیشتر خواهد شد. سر گرد و سفت ممکن است در فوندوس رحم و ته کمتر گرد می‌تواند در لگن لمس شود.

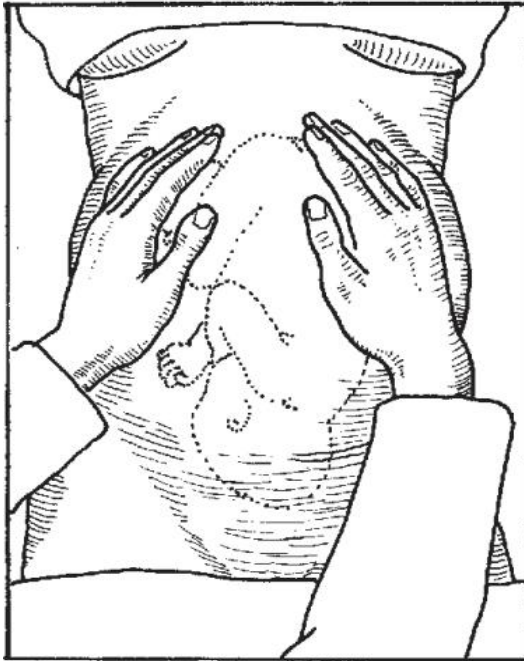
اگر عضو نمایش آنگازه شده باشد، قابل حرکت نخواهد بود که جزئیات آن در پاراگراف بعدی می‌باشد.

مانور چهارم

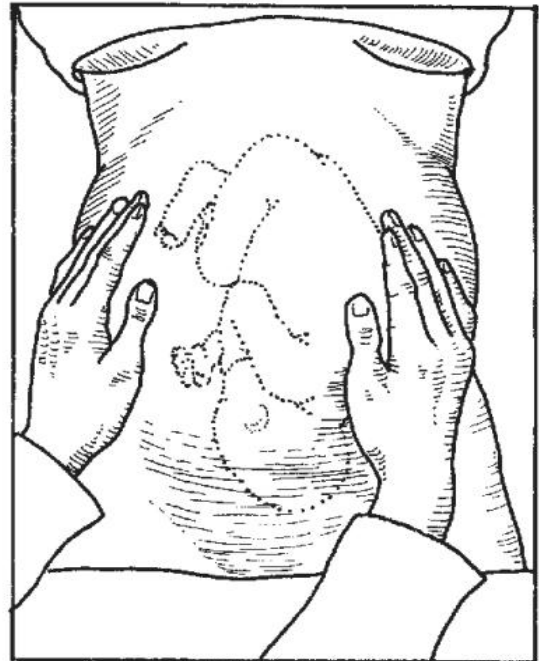
با استفاده از انگشت شست و انگشتان دیگر یک دست، قسمت تحتانی شکم درست در بالای سمفیز پوبیس را بگیرید.

اگر عضو نمایش آنگازه نشده باشد، یک ساختمان قابل حرکت بصورت گرد و سفت لمس خواهد شد که معمولاً سر جنین است. برعکس ته جنین بصورت بزرگ، نرم و نامنظم احساس می‌شود.

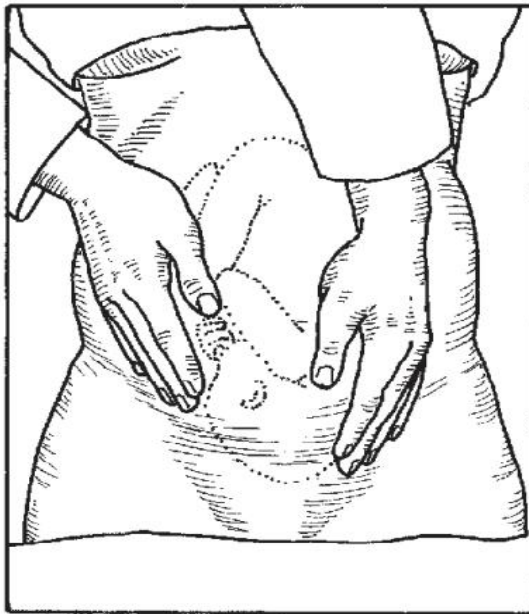
اگر عضو نمایش آنگازه شده باشد، قابل حرکت نبوده و جزئیات آن در پاراگراف بعدی می‌باشد.



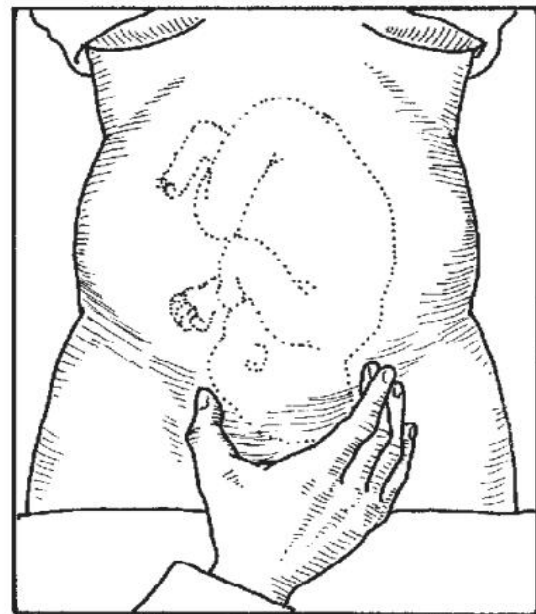
مانور اول



مانور دوم

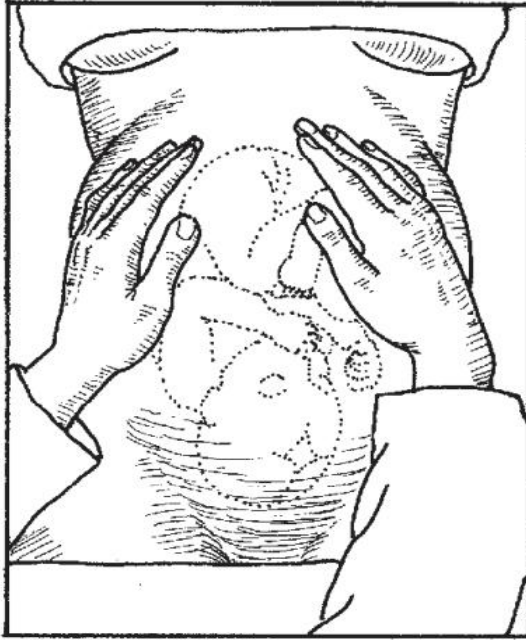


مانور سوم

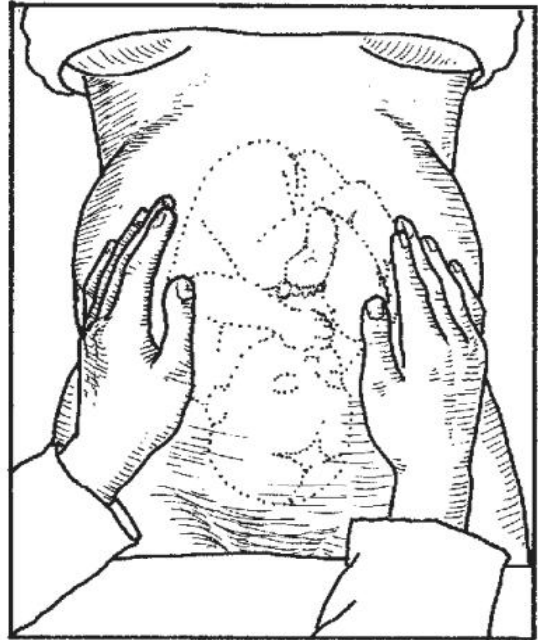


مانور چهارم

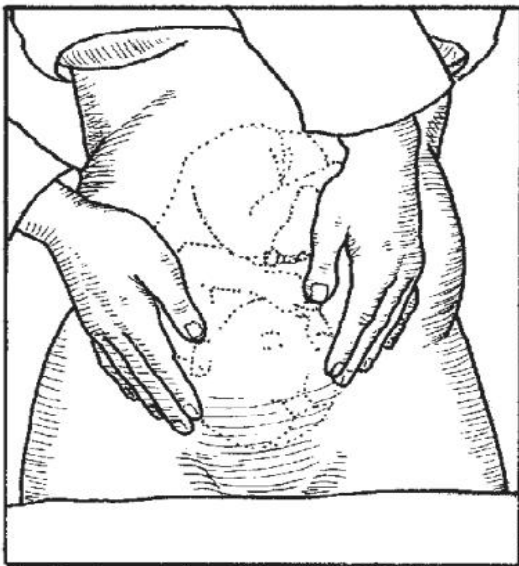
شکل ۷.۴: مانورهای لئوپولد: لمس جنین در وضعیت اکسی پوت قدامی چپ



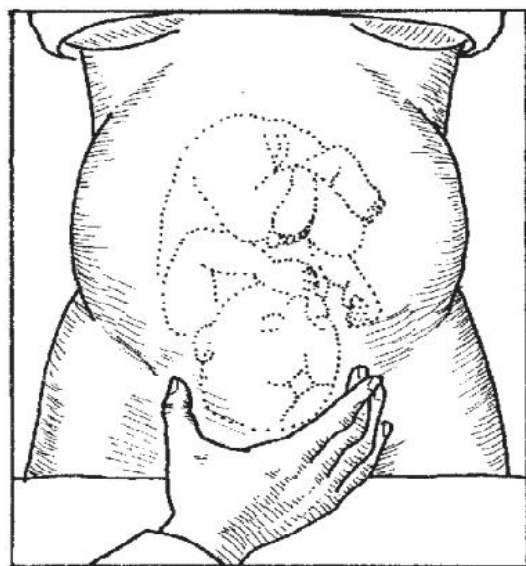
مانور اول



مانور دوم



مانور سوم



مانور چهارم

شکل ۷.۵: مانورهای لئوپولد: لمس جنین در وضعیت اکسی‌پوت قدامی راست

نزول سر: (شکل ۴.۳، جلسه ۴) نزول سر جنین بر اساس پهناي انگشتان تخمین زده می‌شود. اگر همه ۵ انگشت بصورت افقی روی شکم مادر و درست در بالای سطح سمفیز پوبیس بتواند سر جنین را لمس کند، سر بصورت $\frac{5}{5}$ قابل لمس است. یعنی خیلی بالا بوده و هنوز شروع به وارد شدن به داخل لگن نکرده است. سر زمانی آنگازه می‌شود که $\frac{2}{5}$ آن قابل لمس است، زیرا پهن‌ترین قطر عرضی وارد لگن شده است.

سمع ضربان قلب جنین

قسمت آخر معاینه شنیدن صدای قلب جنین است. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین بین ۱۲۰ تا ۱۶۰ ضربه در دقیقه است. اما اگر زیر ۱۰۰ یا بالای ۱۸۰ باشد، احتمال دیسترس قابل توجه جنین وجود داشته و باید اقدام مناسب صورت گیرد.

تشخیص عضو نمایش توسط معاینه واژینال

دوباره بر نیاز به رعایت تکنیک بهداشتی دقیق تأکید نمایید. این عمل برای پیشگیری از سپسیس مهم است.

بر اهمیت انجام معاینه کامل زن در موقع پذیرش تأکید نمایید. معاینه شکمی بایستی همیشه قبل از معاینه واژینال انجام شود.

نقاط تشخیصی را شرح دهید که برای افتراق بین نمایش سر و ته و صورت کمک کننده است.

با استفاده از شکل ۷.۶، شکل ۷.۷، و شکل ۷.۸ به تشابهات و تفاوت‌ها در معاینه واژینال تأکید کنید بین:

• درز ساژیتال و شکاف مقعد

• توبروزیته‌های ایسکیال و استخوانهای گونه

• دهان و مقعد

چیزهایی که برای یادآوری کمک کننده است:

• سر بزرگ‌تر و سفت‌تر از ته است.

• دهان می‌تواند از مقعد متمایز باشد، زیرا:

- جنین ممکن است انگشت معاینه کننده را بمکد.

- گونه‌ها سفت هستند.

- لبها مثل اسفنج‌تر محکم نیستند و

- مقعد ممکن است سبب رنگی شدن انگشت با مکونیوم شود.

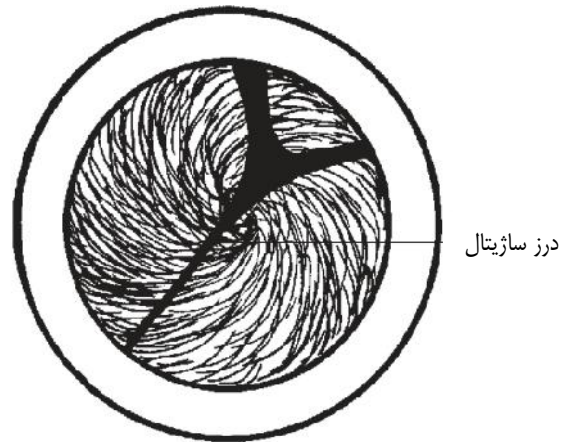
تشخیص صحیح و فوری می‌تواند از مشکلات پیشگیری کند.

توانایی افتراق بین دست و پا مهم است.

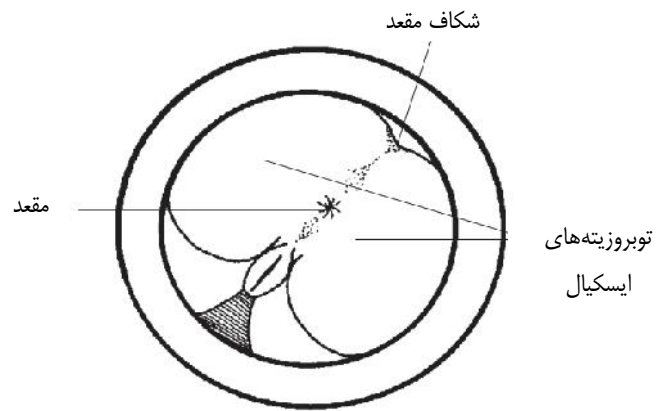
شکل ۷.۹ را با **شکل ۷.۱۰** مقایسه کرده و توجه داشته باشید که:

• انگشت بزرگ شست پا مثل انگشت شست دست قابل دور کردن نخواهد بود.

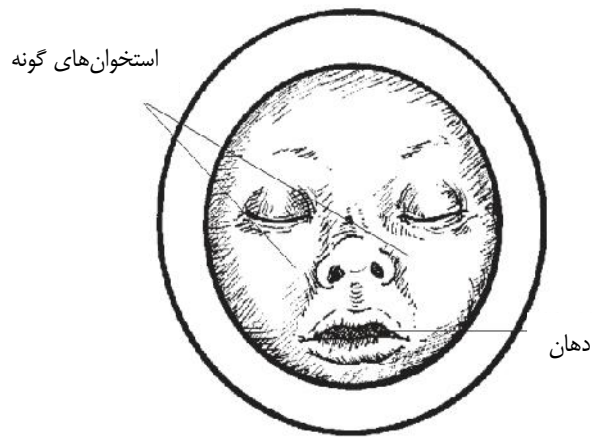
• انگشت‌های شست پا هم قد انگشتان دیگر هستند اما انگشت‌های دست چنین نیستند.



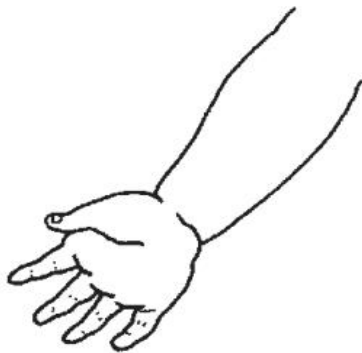
شکل ۷.۶: نمایش سر



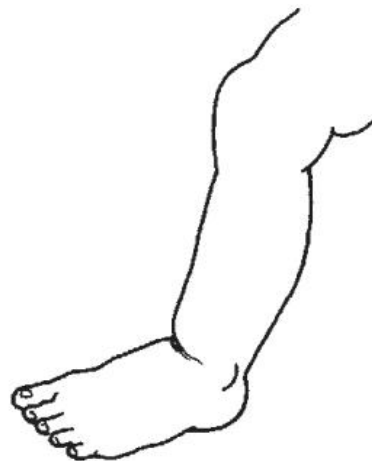
شکل ۷.۷: نمایش بریج (ته)



شکل ۷.۸: نمایش صورت



شکل ۷.۹: نمایش دست



شکل ۷.۱۰: نمایش پا

دست نشان دهنده قرار عرضی جنین است که اگر به موقع مدیریت صحیحی انجام نگیرد، سبب توقف لیبر خواهد شد. پا نشان دهنده نمایش بریج بوده و در صورتی که سایر جنبه‌های لیبر مطلوب باشند، اجازه زایمان واژینال را خواهد داد. آرنج باید از زانو افتراق داده شود. اگر شکل ۷.۱۱ با شکل ۷.۱۲ مقایسه شود، متوجه می‌شوید که:

- راس استخوان‌های بازو بیشتر مشخص است.
- استخوان کشکک معادلی در مفصل آرنج ندارد.



شکل ۷.۱۱: بازو تیز لمس می‌شود.



شکل ۷.۱۲: کشکک گرد لمس می‌شود.

آرنج نشان دهنده قرار عرضی جنین است که اگر به موقع مدیریت صحیحی انجام نگیرد، سبب توقف لیبر خواهد شد. زانو نشان دهنده نمایش بریج بوده و در صورتی که سایر جنبه‌های لیبر مطلوب باشند، اجازه زایمان واژینال را خواهد داد.

تعیین وضعیت در نمایش سر (یا سفالیک)

در طی مرحله لیبر دانشجویان باید قادر باشند که وضعیت سر جنین را با معاینه واژینال شناسایی کرده و آن را با چگونگی پیشرفت خوب لیبر ارتباط دهند به منظور تعیین اینکه آیا می‌توان انتظار لیبر خودبخود را داشت یا نه. مطالب زیر و تمرینات عملی می‌توانند برای آموزش این مهارت‌ها به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد.

در نمایش ورتکس (قسمت راهنما اکسی‌پوت است)، اکسی‌پوت می‌تواند در شش موقعیت مختلف در رابطه با ورودی لگن لمس شود (شکل ۷.۱۳).

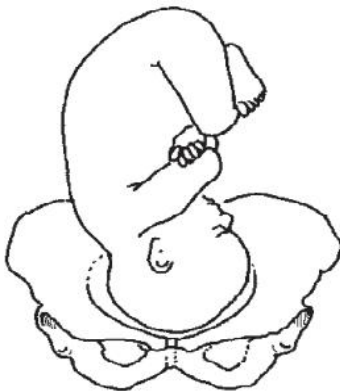
اکسیپوت خلفی راست



اکسیپوت خلفی چپ



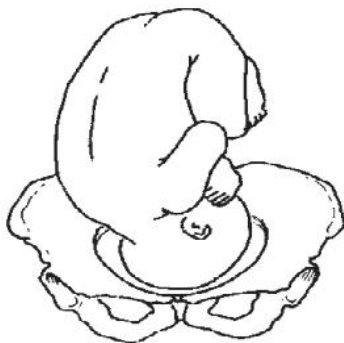
اکسیپوت لترال راست



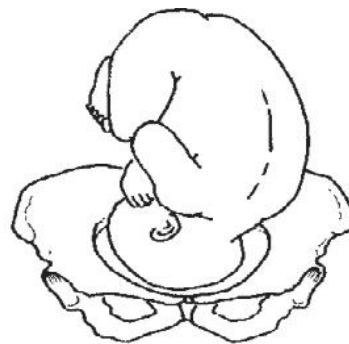
اکسیپوت لترال چپ



اکسیپوت قدامی راست



اکسیپوت قدامی چپ



شکل ۷.۱۳: شش وضعیت ورتکس

اگر اکسی پوت در محل خلفی راست ورودی لگن باشد، وضعیت اکسی پوت خلفی راست نامیده میشود.
 اگر اکسی پوت در محل لترال راست ورودی لگن باشد، وضعیت اکسی پوت لترال راست نامیده میشود.
 اگر اکسی پوت در محل قدامی راست ورودی لگن باشد، وضعیت اکسی پوت قدامی راست نامیده میشود.
 مشابه آن در سمت چپ، وضعیت اکسی پوت می تواند اکسی پوت خلفی چپ، اکسی پوت لترال چپ، و اکسی پوت قدامی چپ برطبق محل اکسی پوت در لگن باشد.

بطور خلاصه شش وضعیت اکسی پوت زمانی که سر جنین وارد ورودی لگن می شود عبارتند از:

اکسی پوت خلفی راست = ROP	اکسی پوت خلفی چپ = LOP
اکسی پوت لترال راست = ROL	اکسی پوت لترال چپ = LOL
اکسی پوت قدامی راست = ROA	اکسی پوت قدامی چپ = LOA

فراوانی نسبی این شش وضعیت عبارتند از:

ROP=%۸	LOP=%۳
ROL=%۲۴	LOL=%۴۰
ROA=%۱۰	LOA=%۱۵

جهت های راست (R)، چپ (L)، خلفی (P) و قدامی (A) نسبت به مادر در نظر گرفته می شوند (شکل ۷.۱۴).



شکل ۷.۱۴: جهت‌های راست (R)، چپ (L)، خلفی (P)، قدامی (A) نسبت به مادر

وضعیت‌های قدامی در مقابل وضعیت‌های خلفی:

به دانشجویان توضیح دهید که چرا وضعیت‌های قدامی مطلوب‌تر از وضعیت‌های خلفی هستند.

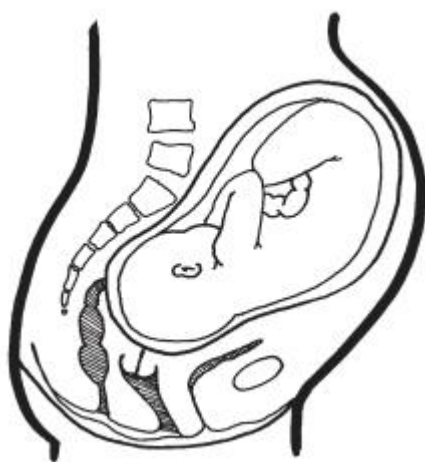
زمانی که جنین در یک وضعیت اکسیپوت قدامی باشد، پشت جنین در قدام بوده، با شکل دیواره شکم مادر متناسب بوده و بنابراین می‌تواند به راحتی خم شود. وقتی پشت خم می‌شود، سر نیز خم شده و با قطر کوچکتر در لگن آنگازه می‌شود. سر به خوبی وارد سگمان تحتانی رحم شده و به دهانه‌ی رحم فشار یکنواختی وارد می‌کند که سبب تحریک انقباضات رحمی شده و دیلاتاسیون دهانه رحم را تسهیل میکند (شکل ۷.۱۵). در طی زایمان کوتاه‌ترین قطرها کانال زایمان و پرینه را تحت کشش قرار داده و بنابراین کمترین تروما به مادر و مغز جنین وارد می‌شود.

در مقابل، زمانی که جنین در یک وضعیت اکسیپوت خلفی است، پشت جنین در مقابل ستون مهره مادر قرار گرفته و نمی‌تواند به خوبی خم شود. سر بعضی مواقع به شکل غیر خمیده می‌ماند و بنابراین اقطار بزرگتر جمع‌دهی جنین از میان لگن عبور می‌کند. این حالت ممکن است منجر به تأخیر در آنگازه شدن سر جنین شود. شکل نامنظم اقطار بزرگ‌تر سر جنین سبب فشار غیر یکنواخت بر دهانه رحم شده و بنابراین انقباضات ممکن است کمتر موثر بوده و دیلاتاسیون دهانه رحم آهسته‌تر باشد.

در بیشتر موارد سر جنین خم شده و به طرف یک وضعیت قدامی در کف لگن می‌چرخد و زایمان طبیعی است اما، زمانی که سر خم نشود، به طرف وضعیت خلفی چرخیده و زایمان مشکل‌تر خواهد بود. این مسئله به این علت است که اقطار بزرگ‌تر سر جنین سبب

اتساع کانال زایمانی و کشیدگی کف لگن شده و در نتیجه پیشرفت کندتر و احتمال پارگی بیشتر خواهد بود. در صورتیکه فشار بر جمجمه جنین بیشتر و طولانی‌تر باشد، سبب آسیب داخل مغزی می‌شود.

سایر عوارض مرتبط با وضعیت اکسی‌پوت خلفی کمتر شایع ولی جدی‌تر هستند. اگر چرخش سر بر روی خار ایسکیال صورت گیرد، ممکن است سبب گیر افتادن سر شده و زایمان غیرممکن می‌شود، مگر اینکه یک دستیار چرخش و زایمان سر را با استفاده از واکيوم یا فورسپس مخصوص مامائی انجام دهد. در موارد دیگر سر ممکن است به جای فلکسیون بازتر شده و نمایش پیشانی ایجاد شود و در صورت باز شدن بیش از حد سبب ایجاد نمایش صورت شود. یک نمایش پیشانی منجر به توقف لیبر شده و بنابراین ارجاع فوری به تسهیلات سلامتی سطح بالاتر جهت انجام زایمان از طریق جراحی لازم می‌شود. نمایش قدامی صورت می‌تواند از طریق واژینال زایمان شود، اما جهت به حداقل رساندن تروما به مادر و جنین بایستی توسط یک بالین کار حرفه‌ای حمایت گردد.



شکل ۷.۱۵: نمایش ورتکس در وضعیت قدامی. سر به خوبی خم شده، پشت جنین با دیواره شکم مادر مطابقت کرده و در نتیجه فلکسیون راحت‌تر صورت می‌گیرد.

نحوه تعیین وضعیت سر جنین در لگن

وضعیت می‌تواند بوسیله‌ی محل درز ساژیتال و فونتانل‌ها شناسایی شود.

در یک وضعیت اکسی‌پوت قدامی درز ساژیتال در سمت راست یا چپ قطر مایل لگن و فونتانل **خلفی** در قسمت **قدامی** (جلو) لگن خواهد بود. در وضعیت خلفی، درز ساژیتال دوباره در سمت راست یا چپ قطر مایل لگن بوده، اما فونتانل **قدامی** در **قدام** لگن احساس خواهد شد.

وضعیت LOA

زمانی که درز ساژیتال در قطر مایل راست لگن (یعنی از قسمت خلفی (پشتی) راست لگن مادر به سمت جلوی چپ لگنش) و فونتال خلفی در قسمت جلوی چپ احساس شود، وضعیت اکسی پوت قدامی چپ است.

وضعیت ROP

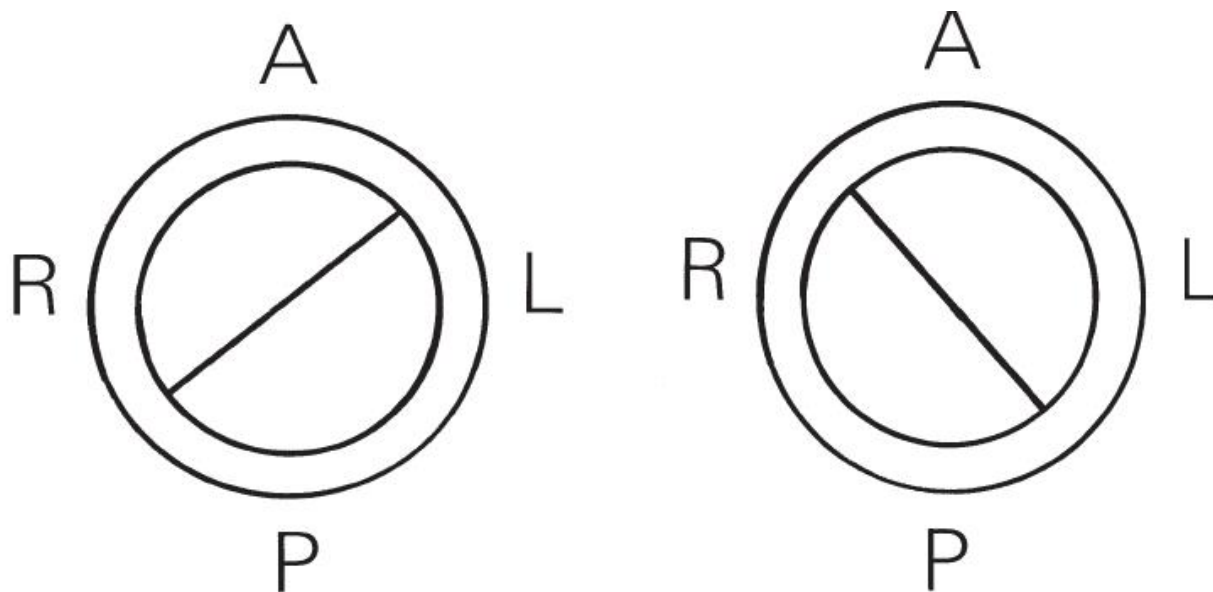
اگر درز ساژیتال در قطر مایل راست لگن و فونتال قدامی در جلو احساس شود وضعیت اکسی پوت خلفی راست است.

وضعیت ROA

در وضعیت اکسی پوت قدامی راست، درز ساژیتال در قطر مایل چپ لگن و فونتال خلفی در قسمت جلوی راست است.

وضعیت LOP

در وضعیت اکسی پوت خلفی چپ، درز ساژیتال در قطر مایل چپ لگن و فونتال قدامی در قسمت جلوی راست است.



شکل ۷.۱۶: قطر مایل راست

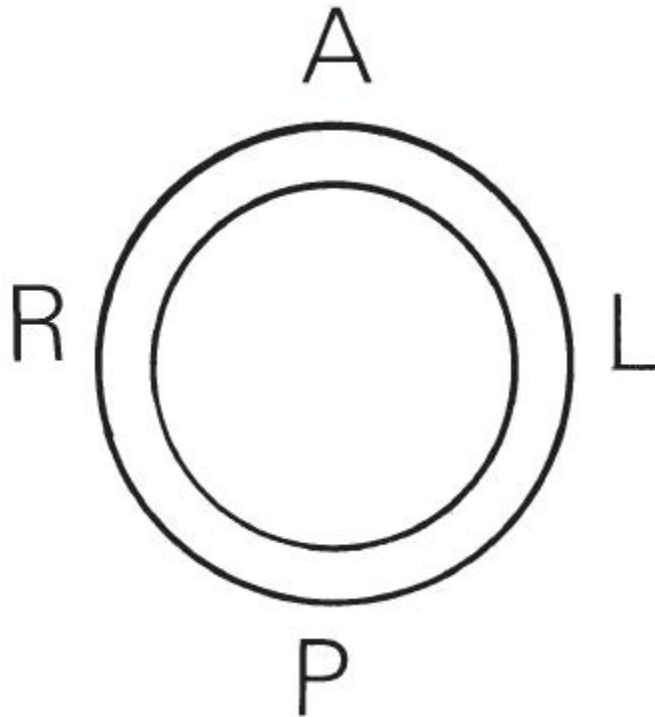
شکل ۷.۱۷: قطر مایل چپ

وضعیت اکسی پوت قدامی چپ:

گامهای زیر نحوه ترسیم سر جنین را در وضعیت اکسی پوت قدامی چپ توضیح می دهد. از رسم برای توضیح چگونگی تشخیص وضعیت اکسی پوت قدامی چپ به دانشجویان استفاده کنید.

گام ۱:

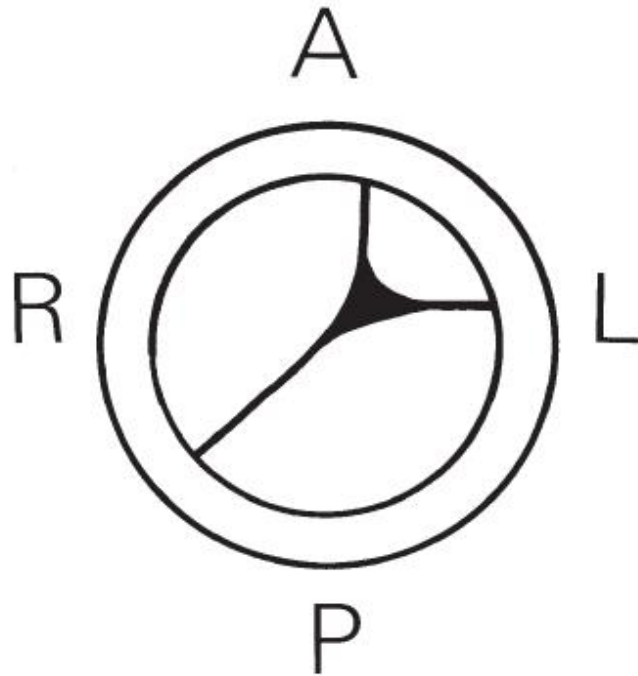
دهانه‌ی رحم را مثل شکل زیر (شکل ۷.۱۸) رسم کرده و علامت گذاری کنید: قدامی (A)، خلفی (P)، راست (R) و چپ (L). (به دانشجویان یادآوری کنید که تمام این وضعیت‌ها بستگی به مادر دارد. به شکل ۷.۱۳ صفحات قبل مراجعه شود).



شکل ۷.۱۸: علامت گذاری وضعیت‌ها بر روی دیاگرام

گام ۲:

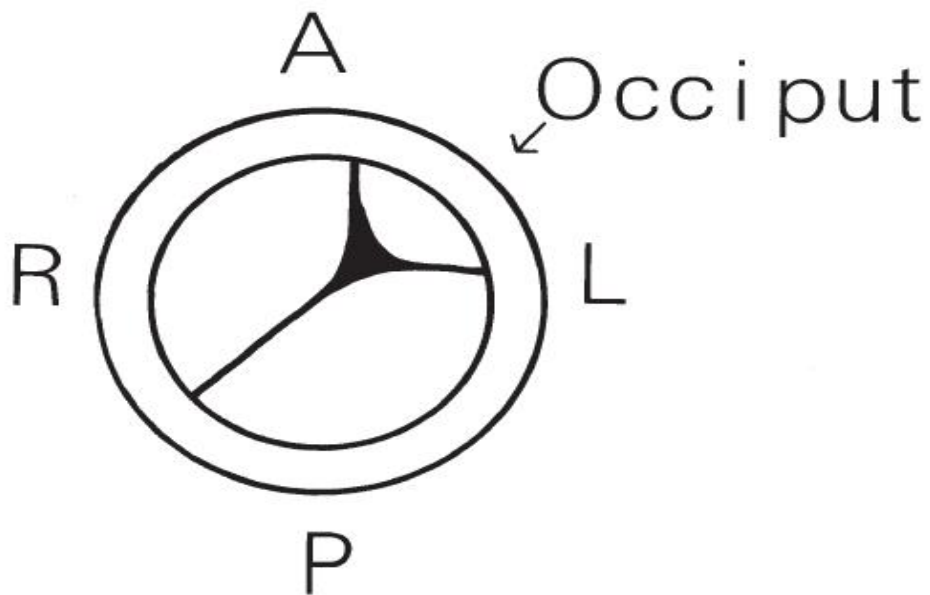
بر روی دیاگرام، درز سائیتال و فونتانل خلفی را در وضعیت اکسی پوت قدامی چپ رسم کنید. این کار را با قرار دادن مدل مجموعه‌ی جنین یا یک عروسک بر روی مدل لگن در وضعیت LOA نشان دهید (شکل ۷.۱۹).



شکل ۷.۱۹: درز سازیتال و فونتanel خلفی در وضعیت اکسی پوت قدامی چپ

گام ۳:

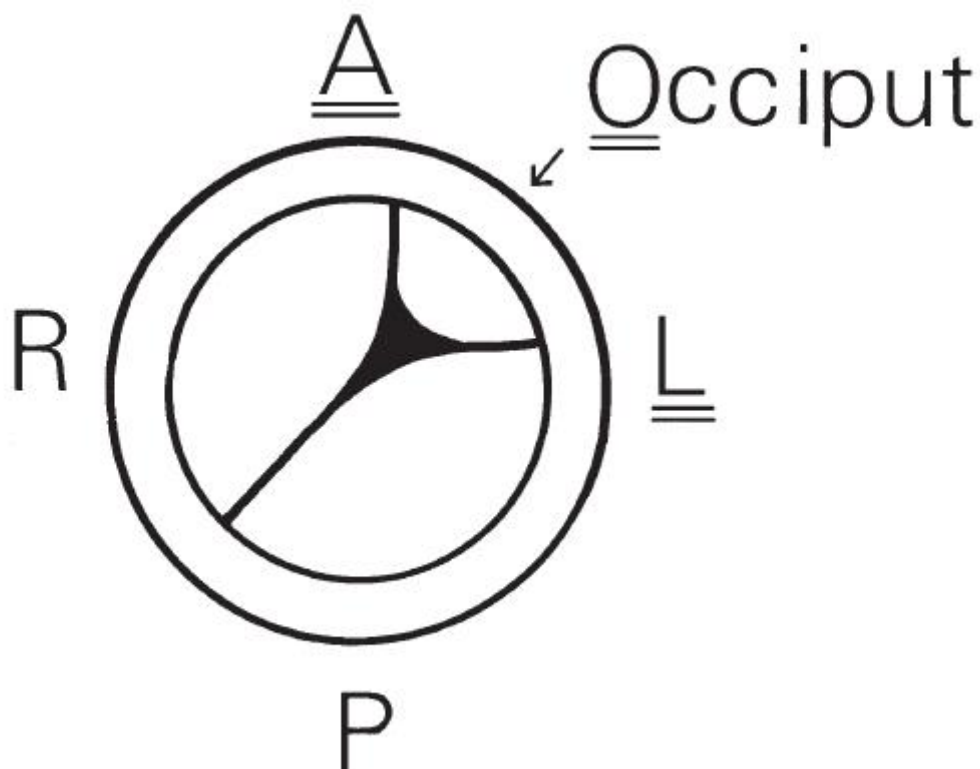
اکسی پوت را بر روی دیاگرام خودتان علامت گذاری کنید.



شکل ۷.۲۰: علامت گذاری اکسی پوت بر روی دیاگرام

گام ۴:

از یک گچ رنگی برای علامت‌گذاری یا کشیدن خط زیر حروف A, O, L بر روی دیاگرام استفاده کنید که این وضعیت اکسی‌پوت قدامی چپ است.



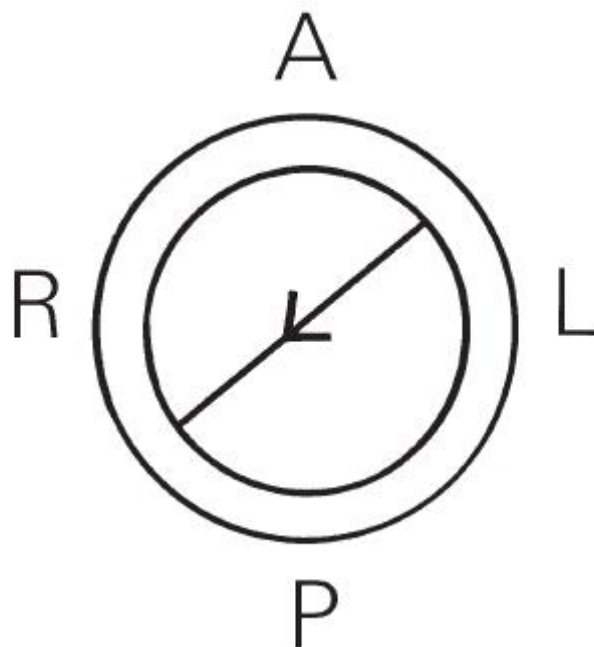
شکل ۷.۲۱: وضعیت اکسی‌پوت قدامی چپ (LOA)

به دانشجویان توضیح دهید که اکسی‌پوت همیشه در محلی است که فونتال خلفی قرار دارد. بر روی یک عروسک یا ماکت مجسمه‌ی جنین، یا حتی بر روی سر خودشان، وضعیت فونتال خلفی (کوچک) را نشان دهید.

به دانشجویان یاد دهید آنچه را که می‌بینند شرح دهند. آنها باید بتوانند توصیف کنند آنچه را که احساس می‌کنند و آن را روی برگه‌ی یادداشت بنویسند.

فونتال خلفی در چپ، و مایل به قدام (یا در جلو) است.

درز سائیتال در قطر مایل راست خروجی لگن قرار دارد.



شکل ۷.۲۲: قطر مایل راست

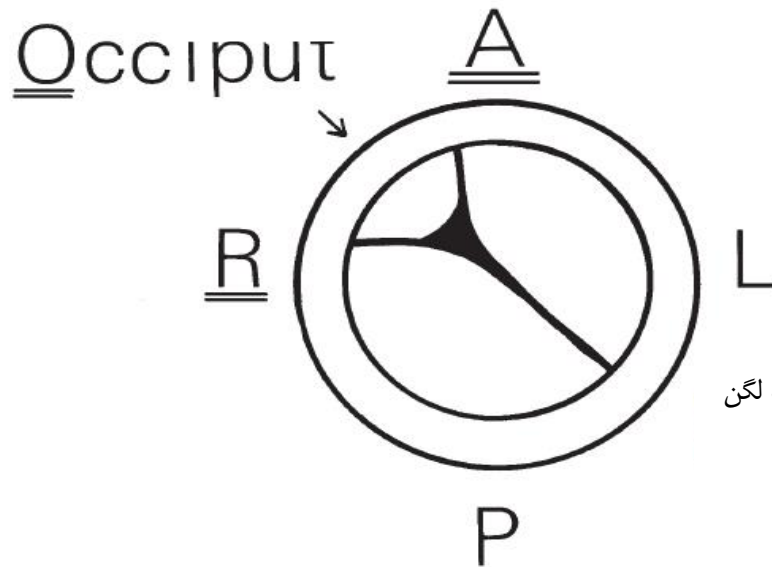
دیاگرام‌هایی برای سایر وضعیت‌ها بسازید (شکل ۷.۲۳ تا شکل ۷.۲۷). به این ترتیب دانشجویان با علامت‌گذاری جهت‌ها و شناسایی درزها و فوتتانل‌ها آشنا می‌شوند.

اطمینان حاصل کنید که دانشجویان هر مرحله را کاملاً درک کرده‌اند.

در صفحات زیر، فقط دیاگرام نهایی/کامل برای وضعیت‌های بحث شده قبلی (LOA, LOP, ROP, ROL, LOL) ارائه می‌شود. به دانشجویان ساختن هر دیاگرام در مراحل مختلف وضعیت LOA را آموزش دهید.

مثال: اکسی پوت قدامی

فونتائل خلفی در طرف راست و قدام است



درز ساژیتال در قطر مایل چپ لگن قرار دارد

شکل ۷.۲۳: وضعیت اکسی پوت قدامی راست

مثال: اکسی پوت خلفی چپ

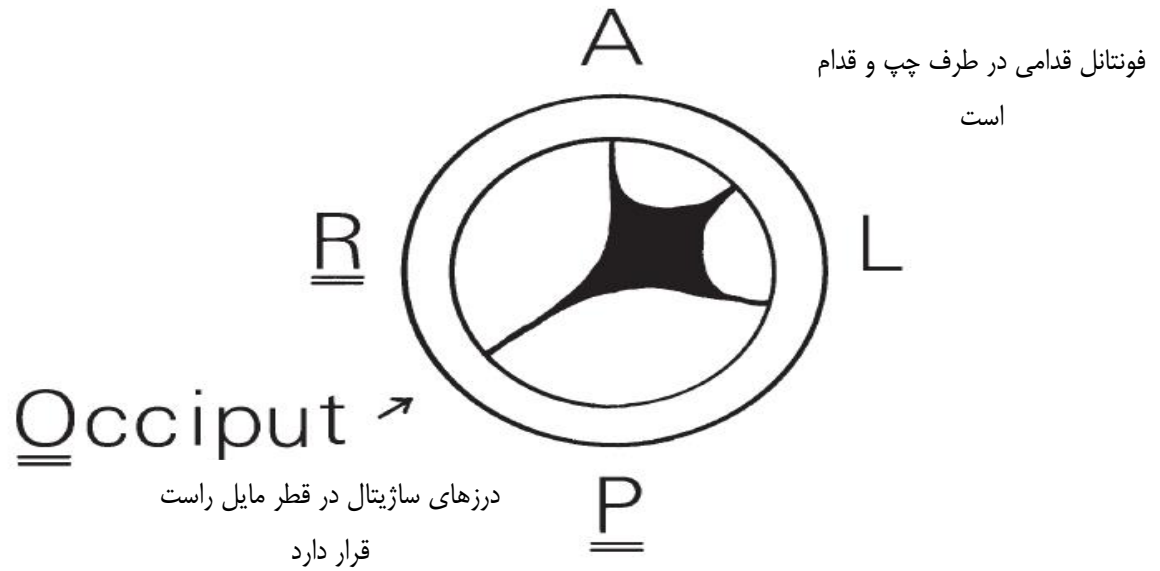
فونتائل قدامی در طرف راست و قدام است.



درز ساژیتال در قطر مایل چپ قرار دارد

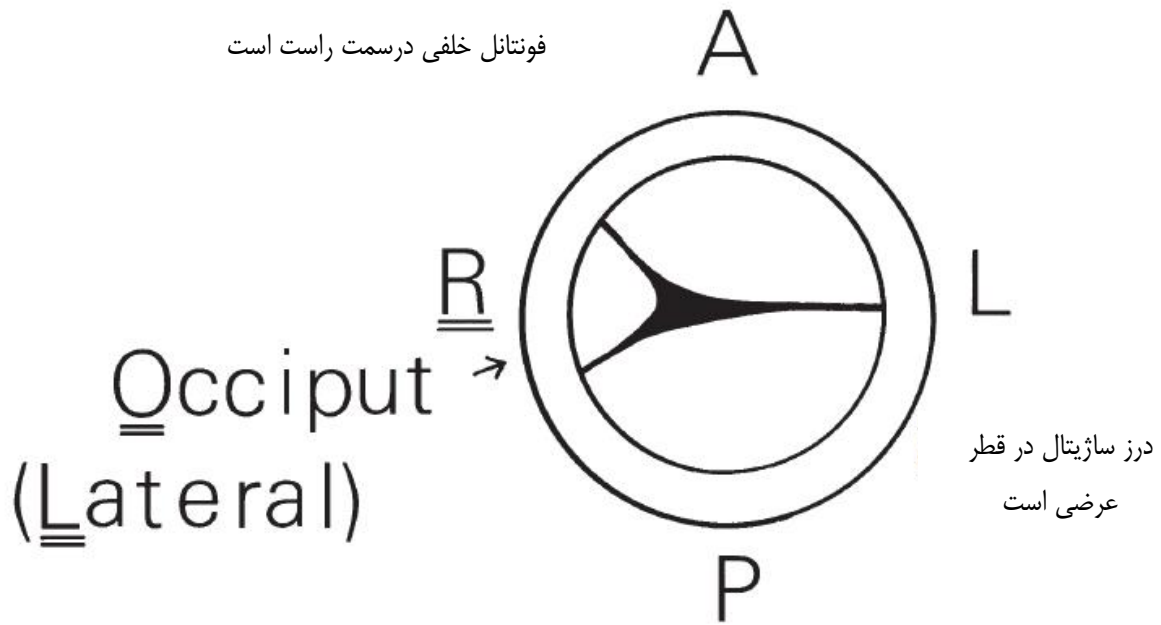
شکل ۷.۲۴: اکسی پوت خلفی چپ

مثال: اکسی پوت خلفی راست



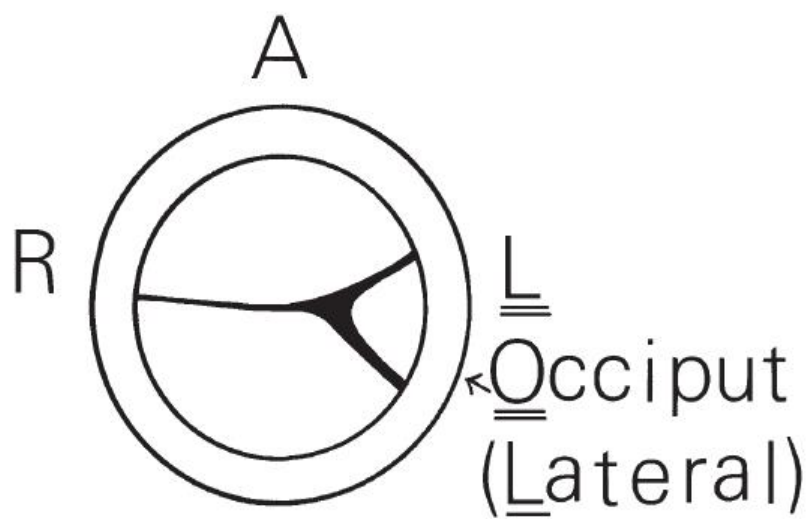
شکل ۷.۲۵: اکسی پوت خلفی راست

مثال: اکسی پوت لترال راست



شکل ۷.۲۶: اکسی پوت لترال راست

مثال: اکسی پوت لترال چپ



سوچور ساژیتال در قطر عرضی لگن است

شکل ۷.۲۷: اکسی پوت لترال چپ

تمرینات عملی

از دانشجویان بخواهید دونفره کار کنند. یکی از دانشجویان چشمانش را می بندد و فقط از دو انگشتی استفاده می کند که برای معاینه واژینال به کار می برد. دانشجوی دوم مدل جمجه جنین را در داخل مدل لگن در یکی از ۶ وضعیت LOA، ROA، LOP، ROP، LOL یا ROL قرار می دهد. وقتی آماده شد دست دانشجوی اول را به داخل لگن هدایت می کند.

سایر دانشجویان تا رسیدن نوبت خود می توانند نگاه کنند و بررسی نمایند که آیا دانشجو جمجه جنین را به طور درست قرار داده است.

ارزیابی صلاحیت

به منظور تایید اینکه آیا دانشجو می تواند نمایش و وضعیت جنین را تشخیص دهد، پاسخ به سوالات زیر باید بله باشد:

۱- آیا دانشجو می تواند لندمارکهای جمجه جنین (فونتانلها، درز ساژیتال، ورتکس، اکسی پوت و سینسی پوت) را شناسایی کند؟

- ۲- آیا دانشجو می‌تواند با لمس شکم نمایش و وضعیت جنین و میزان نزول عضو نمایش در لگن را تعیین کند (مانور لئوپولد)؟
- ۳- آیا دانشجو با معاینه واژینال می‌تواند نکات تشخیصی کمک کننده برای افتراق بین نمایش سر، ته و صورت را تعیین کند؟
- ۴- آیا دانشجو با معاینه واژینال می‌تواند نکات تشخیصی کمک کننده برای افتراق بین ته و قرار عرضی را تعیین کند؟
- ۵- آیا دانشجو قادر است وضعیت سر را با معاینه واژینال تعیین کند؟

مهارت: ارزیابی نزول سر جنین

روش آموزش

این مهارت را با تمرین بالینی در بخش لیبر آموزش دهید. از دانشجویان بخواهید نزول سر جنین را در زنان لیبر ارزیابی کرده و یافته‌های خود را بررسی کنند.

محتوای آموزشی

نزول سر جنین ابتدا با لمس شکمی و سپس با لمس دودستی ارزیابی می‌شود به طوری که یک دست قسمت تحتانی شکم را لمس می‌کند و دو انگشت در واژن محل رسیدن سر در رابطه با خار ایسکیال را احساس می‌کند.

لمس شکمی: سر جنین در پنج موقعیت در بالای لبه لگن توصیف می‌شود (مطابق با شکل ۴.۳ جلسه ۴). برای راحتی پهنای ۵ انگشت بطور افقی بالای سمفیز پوبیس قرار داده می‌شود که برای بیان موقعیت پنجگانه سر در بالای لبه به کار برده می‌شود. سری که پهنای کامل ۵ انگشت (بسته) جای بگیرد هنوز آنگازه نشده و بالای لبه لگن متحرک است.

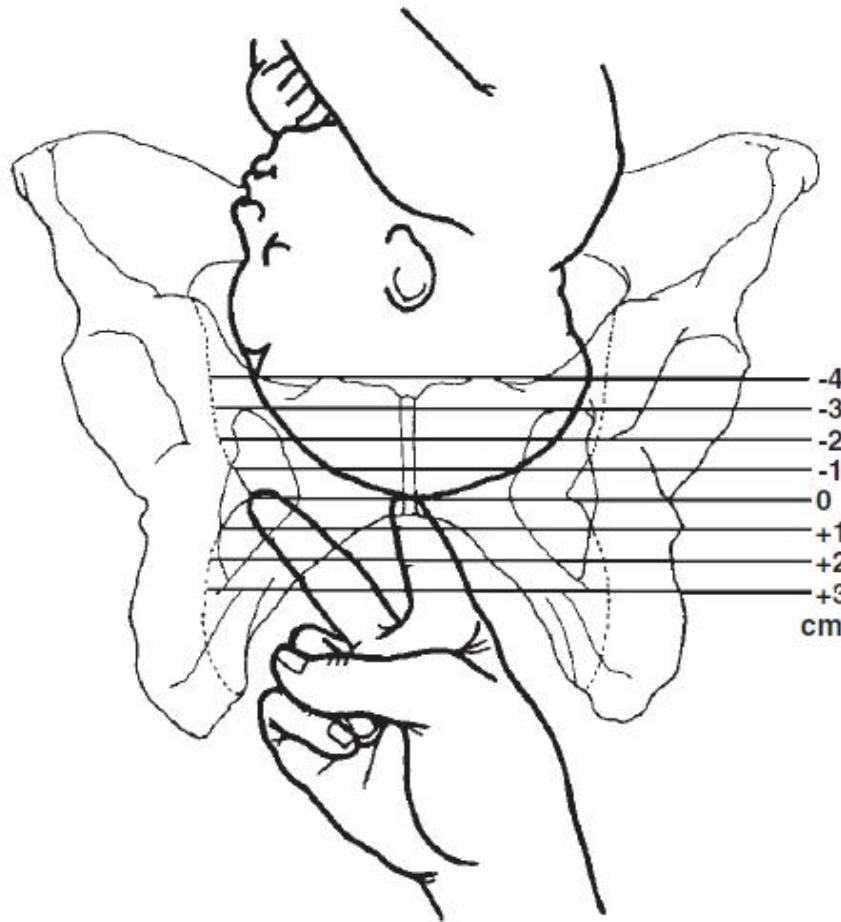
همانطور که سر نزول می‌یابد، قسمت باقی‌مانده سر در بالای لبه کاهش می‌یابد و انگشتان کمتری می‌تواند جای بگیرد.

سر زمانی آنگازه می‌شود که قسمت بالای لبه بیانگر ۲ انگشت یا کمتر باشد.

معاینه واژینال

سطح عضو نمایش نسبت به خار ایسکیال می‌تواند با معاینه واژینال قابل تشخیص بوده و بالا و پایین خار ایسکیال به سانتی متر بیان می‌شود (شکل ۷.۲۸). وقتی که پایین‌ترین قسمت عضو نمایش در سطح خار ایسکیال باشد، جایگاه صفر گفته می‌شود. وقتی عضو نمایش در محاذات ورودی لگن باشد، استیشن ۴- سانتیمتر است. همانطور که عضو نمایش نزول می‌یابد، معاینه کننده می‌تواند با انگشتان خود تخمین بزند که عضو نمایش چند سانتیمتر بالا یا پایین خار ایسکیال است. وقتی که عضو نمایش در پرینه است، استیشن ۳+ سانتیمتر است.

در جوامعی که وقوع عدم تناسب سر و لگن زیاد است، ارزیابی نزول سر جنین با لمس شکمی بسیار دقیقتر از توجه صرف به معاینه واژینال جایگاه سر است. ممکن است وضعیتی پیش بیاید که بوس سر از ولو مشاهده شود ولی بزرگترین دور سر هنوز $\frac{4}{5}$ بالای لبه لگن باشد.



شکل ۷.۲۸: ارزیابی نزول سر جنین با معاینه واژینال

ارزیابی صلاحیت

به منظور تایید اینکه آیا دانشجو می‌تواند نزول سر جنین را ارزیابی کند، باید پاسخ به سوالات زیر بله باشد:

- ۱- آیا دانشجو می‌تواند با مهارت کامل سر جنین را لمس کند (لمس شکمی) و به طور درست نزول پنجگانه را تعیین کند؟
- ۲- آیا دانشجو می‌تواند با معاینه واژینال به طور درست سطح عضو نمایش را بالا یا پایین خار ایسکیال به سانتی متر ارزیابی کند؟

- ۳- آیا دانشجو می‌تواند سطح سر جنین را به طور درست در پارتوگراف ثبت کند؟
- ۴- آیا دانشجو دلایل احتمالی سر نزول نیافته در لیبر و اقدامات لازم در صورت توقف نزول را می‌داند؟

مهارت: تشخیص لیبر متوقف شده

روشن آموزشی

این مهارت را با تمرین بالینی هنگام پیش آمدن فرصت آموزش دهید.

محتوای آموزشی

به جلسه ۳ و ۴ در پارتوگراف رجوع کنید.

ارزیابی صلاحیت

بمنظور تایید اینکه آیا دانشجو می‌تواند لیبر متوقف شده را تشخیص دهد، پاسخ به سوالات زیر باید بله باشد:

۱. آیا دانشجو می‌تواند وضعیت عمومی زن را ارزیابی کند؟
 - آیا او نشانه‌های دهیدراتاسیون را بررسی می‌کند؟
 - آیا او نشانه‌های تب را بررسی می‌کند؟
 - آیا او نشانه‌های شوک را بررسی می‌کند؟
 - آیا او به وجود خستگی زیاد توجه می‌کند؟
 ۲. آیا دانشجو قادر است با معاینه شکمی، نشانه‌های جدی لیبر متوقف شده را تشخیص دهد؟
 - انقباضات رحمی هیپرتون یا خستگی رحم
 - رحم سفت اطراف جنین
 - توقف نزول سر جنین
 - حلقه باندل (Bandl)
- برخی مواقع ممکن است فعالیت رحم ناکافی باشد یعنی کمتر از ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه که طول هر کدام کمتر از ۴۰ ثانیه باشد.

۳. آیا دانشجو قادر است با معاینه واژینال، نشانه‌های لیبر متوقف شده را تشخیص دهد؟
 - توقف ثانویه دیلاتاسیون سرویکس و نزول عضو نمایش در حضور انقباضات خوب
 - سرویکس ادماتو که به‌طور ضعیف بر عضو نمایش فشار وارد می‌کند.
 - واژن گرم و خشک

- کاپوت سوکسدانثوم بزرگ
- مولدینگ بیش از حد سر جنین
- برآمده شدن سگمان تحتانی رحم
- تشکیل حلقه انقباضی قابل لمس یا مشاهده
- دیسترس مادر و جنین

سایر یافته‌ها ممکن است یک وضعیت یا یک نمایش غیر طبیعی باشد.

مهارت: گذاشتن سوند ادرار

روش آموزشی

این مهارت به طور واضح باید حین مراقبت‌های واقعی یک زن انجام شود، اگر فرصت مناسب دیگری پیش بیاید نیاز نیست که آموزش و ارزیابی در طول مرحله سوم لیبر انجام شود.

محتوای آموزشی

نشانه‌های آناتومیکی

اگر احساس می‌کنید دانشجویان نیاز به آشنایی مجدد با لندمارک‌های اصلی اندام‌های تناسلی خارجی زنانه دارند از شکل ۷.۲۹ استفاده کنید.

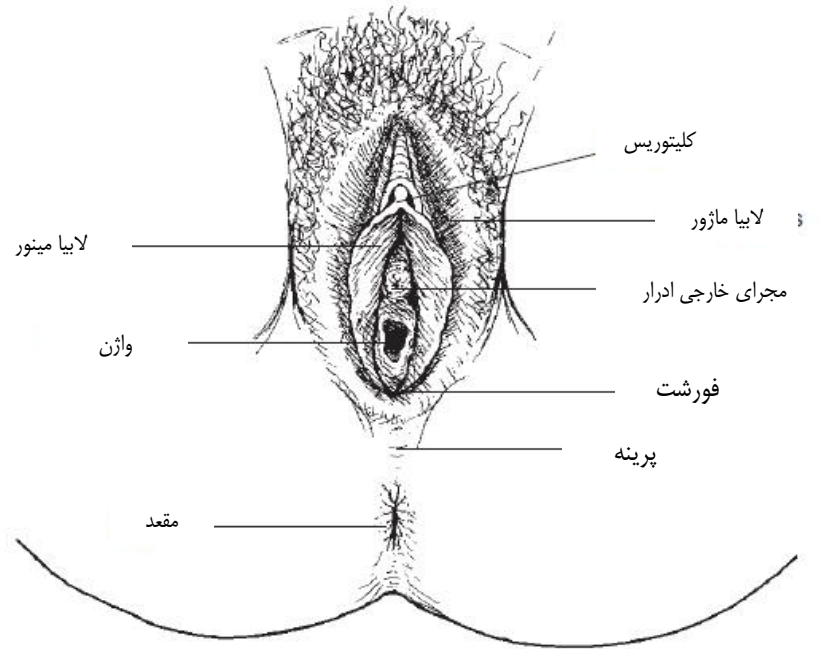
پروسیجر

ناحیه تناسلی را با محلول ضدعفونی کننده تمیز کنید. دستها را شسته و اسکراب کنید و دستکش استریل بپوشید. با انگشتان دست چپ لایبها را باز کرده و با دست راست کاتتر را وارد مجرای ادراری کنید (شکل ۷.۳۰). اگر موقع وارد کردن سوند با مشکلی مواجه شدید انگشت سبابه دست چپ دارای دستکش استریل را وارد واژن کرده و در امتداد دیواره قدامی واژن قرار دهید. نوک کاتتر می‌تواند لمس شود و اگر موازی با انگشت داخل واژن هدایت شود بدون آسیب به مجرای ادراری وارد مثانه خواهد شد. اگر سوند توسط سر جنین متوقف شود، فشار رو به بالای سر جنین با انگشت داخل واژن به سوند اجازه عبور خواهد داد.

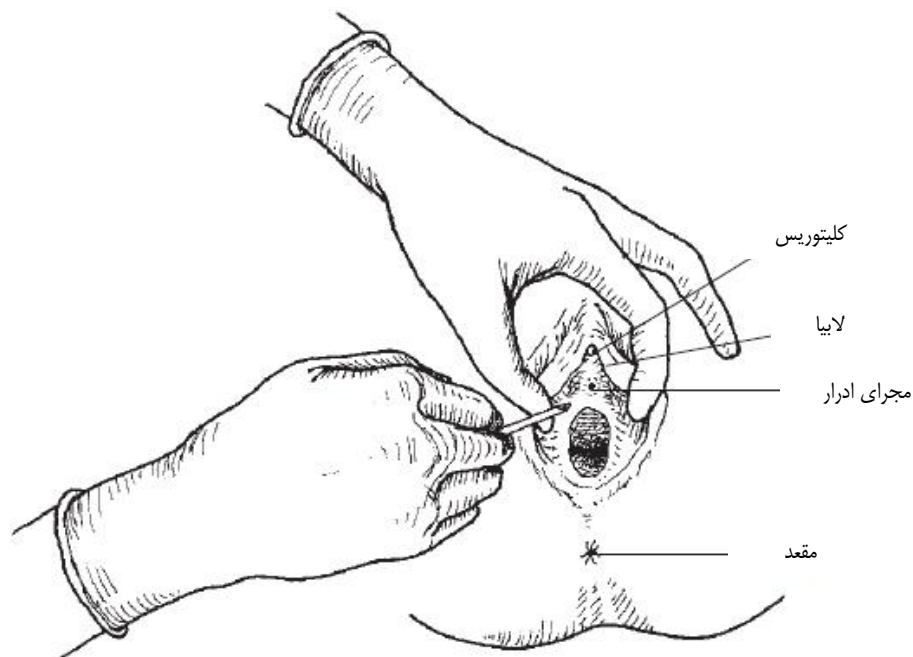
تاکید کنید به نیاز برای:

- تکنیک آسپتیک برای پیشگیری از عفونت
- دقت و مهارت در پروسیجر
- دستکاری ملایم برای جلوگیری از آسیب به مجرای ادرار

- رویکرد حساس
- مثانه خالی در زایمان، بخصوص برای پیشگیری و اداره زایمان متوقف شده (مثانه پر می تواند از ورود سر جنین به لگن جلوگیری کند).



شکل . : اندامهای تناسلی خارجی زنان



شکل . گذاشتن سوند ادرار، باز کردن لایبها و هدایت سوند به داخل مجرای ادراری

عوارض

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

اندیکاسیون‌ها برای گذاشتن سوند ادرار

به دلیل خطر عفونت، گذاشتن سوند ادرار فقط باید زمانی انجام شود که واقعا مورد نیاز است. به محض اینکه دیگر نیازی نباشد، سوند باید درآورده شود.

گذاشتن سوند ادراری زمانی انجام می‌شود که خالی نگهداشتن مثانه مهم است و زن خودش قادر به ادرار کردن نیست:

- در طول مرحله اول زایمان، مثانه پر ممکن است مانع وارد شدن سر به لگن، تاخیر نزول جنین و باعث انقباضات ضعیف رحمی شود.
- طی مرحله سوم زایمان، مثانه پر ممکن است مانع جدایی کامل جفت شده و باعث خونریزی پس از زایمان (PPH) شود.

- در طول اداره PPH ناشی از آتونی رحم، باید ممانه تخلیه شود و خالی نگه داشته شود. در چنین مواردی ممکن است سوند در ممانه باقی بماند.
- قبل از دستکاری‌های واژن (مانند فورسپس، سمفیزوتومی) باید ممانه خالی شود.
- در اداره اکلامپسی، نظارت بر برون ده ادراری مهم است، در چنین مواردی باید سوند خود-کنترلی استفاده شود.

ارزیابی صلاحیت

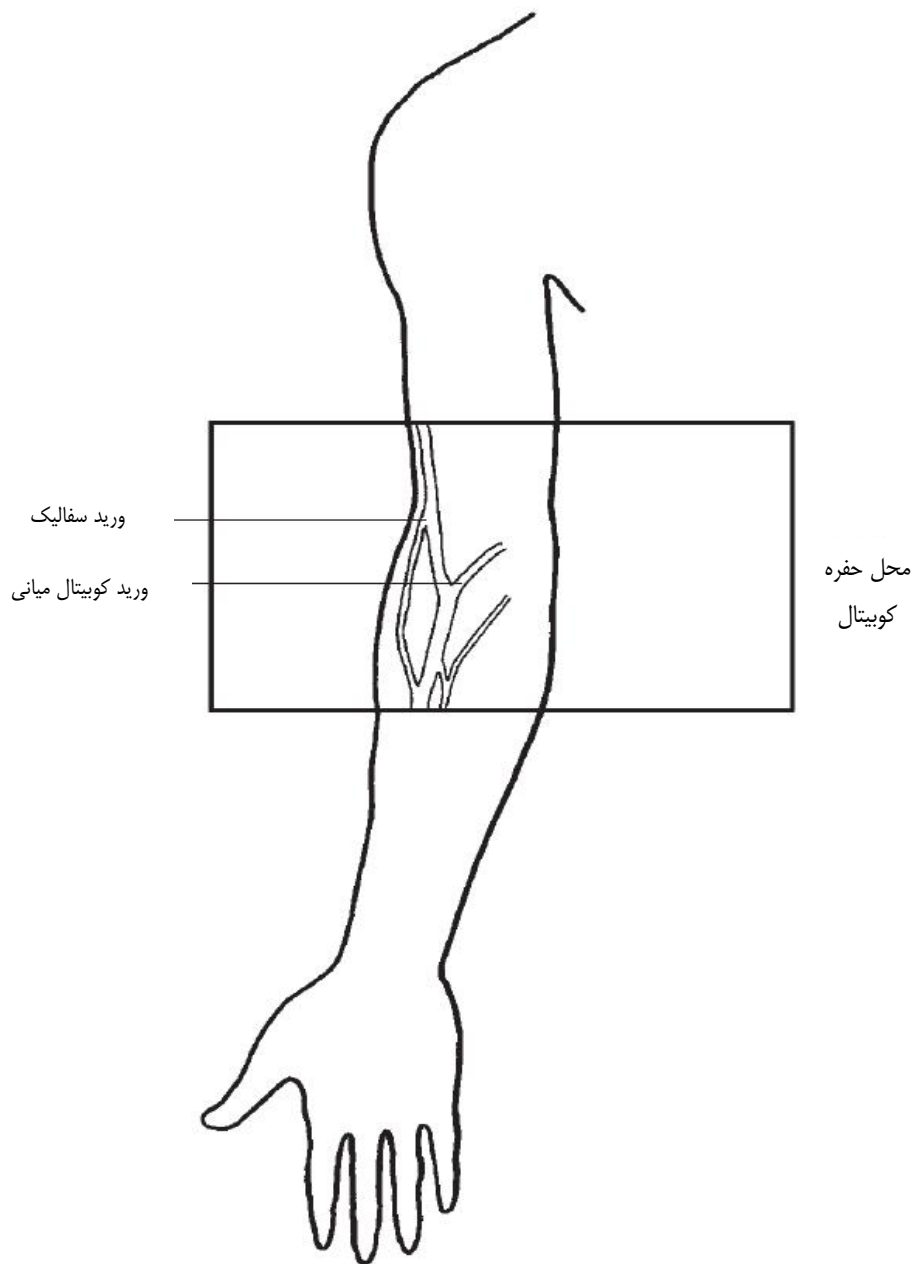
به منظور تایید صلاحیت دانشجو باید پاسخ به سوالات زیر بله باشد:

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

مهارت: گرفتن نمونه خون برای آنالیز

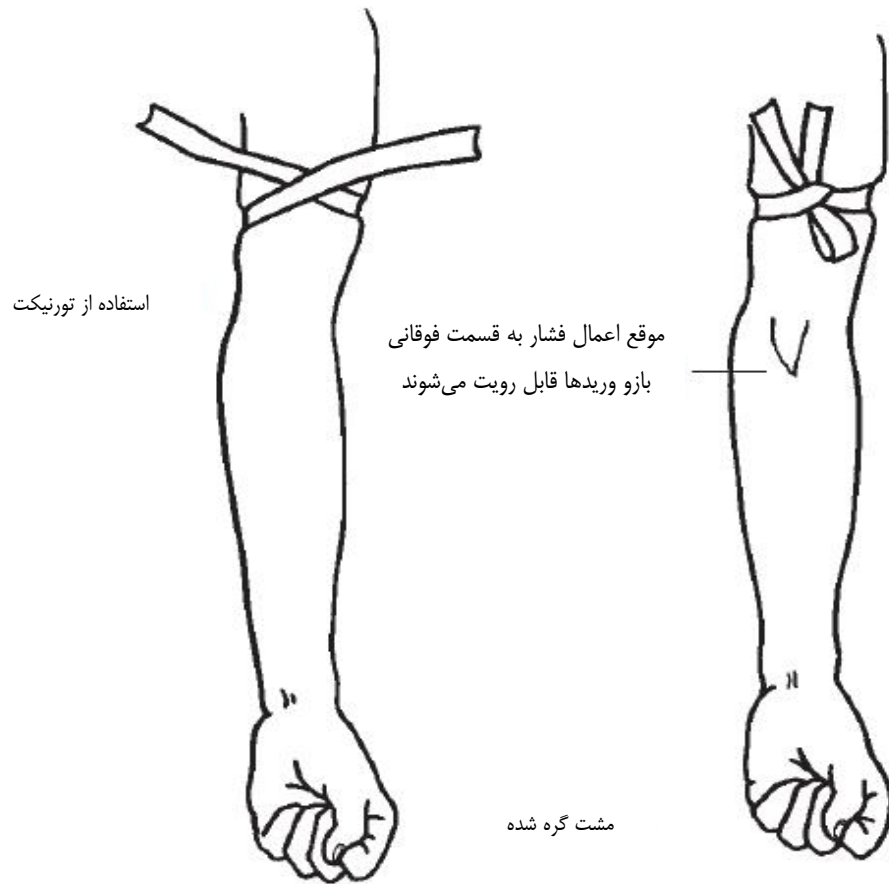
روش آموزشی

دانشجویان باید با محل آناتومیک وریدهای بازو آشنا باشند. آنها باید قادر به شناسایی وریدهای حفره کوبیتال باشند جایی که آسانترین دسترسی برای رگ گیری وجود دارد. یعنی ورید کوبیتال میانی یا ورید سفالیک. شکل ۷.۳۱.



شکل . : وریدهای مهم حفرة کوبیتال (بازوی راست)

به دانشجویان کمک کنید تا این وریدها را در بازوی خود شناسایی کنند. با اعمال فشار به قسمت فوقانی بازو و یا با استفاده از تورنیکت این کار راحت تر خواهد بود. **شکل ۷.۳۲**.



شکل ۷.۳۲: استفاده از تورنیکت جهت پیدا کردن رگ

بهتر است به دانشجویان کمک کنید قبل از نمونه‌گیری خون و یا انفوزیون وریدی در مواقع اورژانسی، ابتدا از زنان سالم در یک کلینیک پیش از تولد نمونه خون بگیرند.

قبل از استفاده از تورنیکت در تمرین بالینی، ابتدا باید در کلاس آموزش داده شود.

نمونه‌های خون حداقل باید شامل هموگلوبین، گروه خون و کراس میچ باشد.

باید به دانشجویان درباره لوله‌های آزمایش لازم برای خونگیری، همچنین فرمهای درخواست آزمایش و نحوه تکمیل آنها آموزش داده شود. به اهمیت برچسب زدن درست و واضح تاکید کنید.

علاوه بر این دانشجویان باید پروسیجر صحیح مورد استفاده برای گرفتن نمونه جهت کشت خون را بدانند. گاهی اوقات در آزمایشگاه ایجاد کشت خون مناسب از خون منعقد شده امکان پذیر است ولی خیلی بهتر است که خون به محیط کشت تزریق شود.

کار عاقلانه این است که درباره این پروسیجر با کارکنان آزمایشگاه مشورت شود و برخی از آموزش‌های عملی و نمایش با آنها ترتیب دهید.

همچنین شما جهت رجوع نیاز به هرگونه خط‌مشی یا پروسیجر موجود در بخش خواهید داشت.

در نهایت به دانشجویان باید ضرورت حفاظت زنان، خودشان و هر دستیار(ها)ی را در مقابل عفونت احتمالی بیماری‌های منتقله از راه خون بخصوص HIV را موقع گرفتن یا دست زدن به نمونه خون یادآوری نمود.

محتوای آموزشی

آموزش باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. درک دلایل آزمایش‌های خونی خاص
۲. اهمیت گرفتن نمونه‌های خون برای گروه خون / کراس میچ قبل از جریان افزایشده‌های حجم پلاسما هنگام راه اندازی انفوزیون داخل وریدی
۳. فراهم کردن تمام تجهیزات، شامل:
 - سرنگ، سرسوزن و لوله‌های آزمایش برای انتقال نمونه‌ها
 - فرم‌های صحیح درخواست آزمایش که با دقت تکمیل شده باشند.
 - تورنیکت یا کمکی که قسمت فوقانی بازو را فشار دهد.
۴. وضعیت راحت زن با بازوی باز و حمایت شده
۵. توضیح به زن درباره کاری که انجام می‌دهید.
۶. در استفاده از تورنیکت تاکید کنید به:
 - قرار دادن تورنیکت در سطح میانی عضله دوسر بالای مفصل آرنج (مطابق شکل ۷.۳۲)
 - فشار صحیح جهت فشردن رگ‌های خونی و محدود کردن گردش خون بدون ایجاد فشار بیش از حد و نیشگون گرفتن پوست.
۷. محل صحیح رگ گیری
۸. تکنیک استریل: تمیز کردن محل با محلول ضدعفونی کننده، استفاده از سرسوزن استریل.
۹. احتیاط در مقابل زخمها: اگر زن در گروه پرخطر قرار دارد دستکش بپوشید (به عنوان مثال HIV یا هپاتیت).

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو می‌تواند نمونه خون را بدون ایجاد ترومای غیرضروری بگیرد؟

۲. آیا تکنیک انجام داده شده توسط دانشجو مطابق با الویت‌ها است؟
۳. آیا دانشجو زن، خودش و هر کمک کننده(ها) ای را در مقابل عفونت محافظت می‌کند؟
۴. آیا دانشجو لوله(ها)ی آزمایش مناسب را برای انتقال نمونه به آزمایشگاه انتخاب می‌کند و آنها را بدون تاخیر همراه با فرم درخواست صحیح ارسال می‌کند؟
۵. آیا دانشجو آزمایش‌های گرفته شده را ثبت می‌کند؟
۶. آیا دانشجو محدودیت مهارت خود را درک می‌کند و در صورت نیاز، کمک درخواست می‌کند؟
۷. آیا دانشجو سرنگ و سرسوزن استفاده شده را بطور ایمن دور می‌اندازد؟

مهارت: برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی

روش آموزشی

دانشجویان باید با محل آناتومیک وریدهای ساعد که برای انفوزیون وریدی استفاده می‌شود، آشنا باشند. از استفاده از عروق نزدیک مفصل خودداری کنید. ساعد یا پشت دست بهتر است (شکل ۷.۳۱ و ۷.۳۳).

از دانشجویان بخواهید تا شبکه وریدی بازوی خود را ارزیابی کنند. این کار راحت تر انجام می‌شود اگر فشار بر قسمت فوقانی بازو برای تنگ کردن مسیر گردش خون اعمال شود درحالی‌که بازو در حالت اکستانسیون باشد. (همانطور که در شکل ۷.۳۲ نشان داده می‌شود).

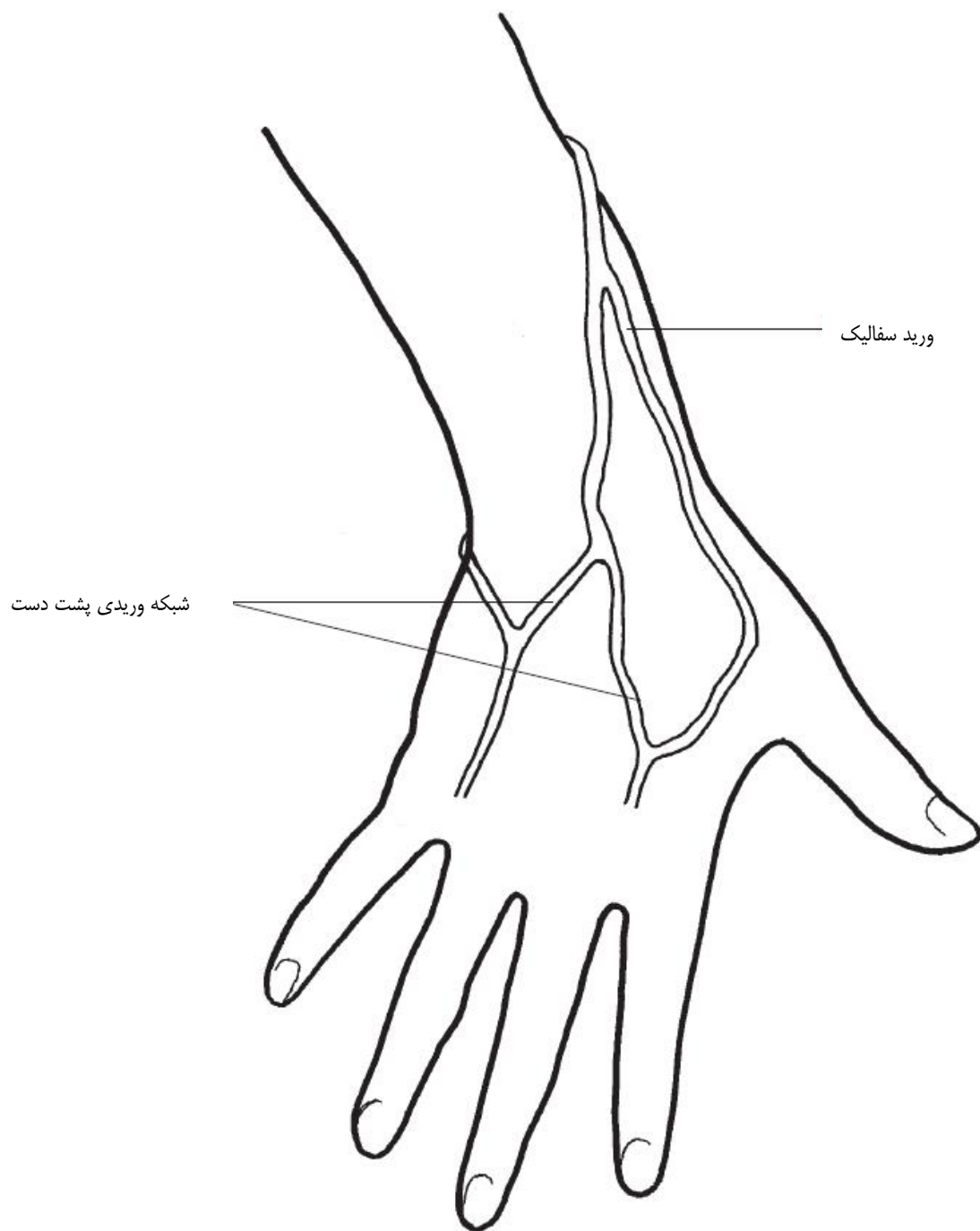
نشان دادن تکنیک الزامی است. درخواست از دانشجویان جهت کمک به فشار دادن بازو در بالای محل انفوزیون موقع برقراری IV* کمک کننده خواهد بود. به دقت توضیح دهید چه کاری انجام می‌دهید. بهتر است به دانشجویان کمک کنید این مهارت را بار اول در یک موقعیت بالینی یاد بگیرند که خیلی اورژانسی نیست.

محتوای آموزشی

انتخاب مایع مناسب:

نرمال سالین یا رینگر لاکتات باید قبل از ترانسفوزیون خون انفوزه شوند زیرا آنها با سرعت داده می‌شوند و به سرعت حجم خون و فشار خون را اصلاح می‌کنند. خون چسبیده است و نمی‌توان آن را با سرعت انفوزه کرد.

* Intravenous Infusion



شکل ۷.۳۳: وریدهای مهم پشت دست

چند اندیکاسیون مشخص برای ترانسفوزیون پلاسما وجود دارد و خطرات آن برای زنان اغلب بیشتر از فواید آن است. پلاسما می‌تواند اکثر عفونت‌های موجود در خون کامل را انتقال دهد و همچنین می‌تواند باعث واکنش‌های ترانسفوزیون شود.

زمانیکه شوک به دلیل از دست دادن خون یا سپسیس شدید باشد خون داده می شود.

آموزش باید نکات زیر را پوشش دهد:

۱. تشخیص نیاز به IVI: زمانیکه مایعات بدن به دلیل خونریزی، عفونت، دهیدراتاسیون یا شوک از دست رفته باشد.
۲. تهیه تمام تجهیزات شامل:
 - لوله وریدی استریل
 - انتخاب سرسوزن بزرگ (شماره ۱۸) یا کانولا
 - انتخاب مایع مناسب
 - جریان دادن مایع IVI از لوله برای اطمینان از اینکه در لوله هوا وجود ندارد.
 - نوار چسب، قبلا به صورت نوارهایی بریده شده باشند.
 - پایه سرم یا گیره در دیوار
 - تورنیکت (شریان بند) پلاستیکی
 - آتل همراه با بانداژ برای زنی که بیقرار یا بیهوش باشد.
 - سواب‌های تمیز برای تمیز کردن محل IVI
 - دستکش
۳. وضعیت راحت: بازوی زن باید باز و حمایت شود.
۴. محل صحیح برای انفوزیون: معمولا وریدهای پشت دست و ساعد راحت تر دیده می‌شوند. از وریدهایی که از مفصل عبور می‌کنند برای قرار دادن سرسوزن استفاده نکنید با هر حرکت مفصل جابجا حرکت خواهد کرد و ممکن است خارج شود.
۵. تکنیک استریل: دستهای خود را با آب و صابون بشویید. محل تزریق را تمیز کنید (اگر زن در گروه پرخطر مانند عفونت HIV یا هیپاتیت قرار دارد برای محافظت خود دستکش بپوشید).
۶. اگر ماما بعد از دو یا حداکثر سه بار تلاش، موفق به قرار دادن IVI نشود باید همکار باتجربه تر خود را صدا کند.
۷. در خاتمه سرسوزن IV یا کانولا را بطور محکم با برشهای نوارچسب ثابت کنید. برای بی‌حرکت نمودن نزدیک‌ترین مفصل ورید از آتل بازو استفاده کنید.
۸. اگر زن در شوک است یک لیتر سالین یا سدیم لاکتات را در عرض ۱۵ دقیقه بزنید و هر ۲۰ دقیقه تکرار کنید تا زمانی که علائم بهبود یابد (یعنی نبض شروع به کاهش و فشار خون شروع به افزایش کند) سپس هر ۴-۶ ساعت یک لیتر بدهید.

۹. هدف عبارتست از:

- فشار خون سیستولیک حداقل ۱۰۰ میلیمتر جیوه
- تعداد نبض کمتر از ۹۰ ضربه در دقیقه
- برون ده ادراری حداقل ۱۰۰ ml در ۴ ساعت

۱۰. نظارت بر تعادل مایعات و ثبت دقیق. همچنین به از دست دادن خون، نبض، فشارخون، تنفس و برون ده ادراری نظارت کنید.

۱۱. عوارض انفوزیون داخل وریدی:

مشکلات موضعی:

▪ **ترومبوفلیت** (عفونت ورید) و تورم در ناحیه تزریق (به دلیل نشست مایع به داخل بافت). اگر این مشکلات رخ دهد، باید سرسوزن خارج شده و انفوزیون از ورید دیگری دوباره شروع شود.

مشکلات عمومی:

▪ **سپتی سمی** (عفونت خون): با استفاده از سرسوزن، لوله و مایعات داخل وریدی استریل می توان از آن پیشگیری کرد.
▪ **اضافه بار گردش خون:** دادن بیش از حد و خیلی سریع مایعات می تواند باعث نارسایی قلبی شود و ریه ها ممکن است از مایعات پر شوند. معمولاً هر ۴-۶ ساعت یک لیتر IV داده می شود، اما در موارد شوک مایعات به سرعت انفوزه می شوند تا شوک اصلاح شود. در این گونه موارد باید زن از نظر ایجاد اختلالات تنفسی و ادم صورت بخصوص اطراف چشمها به دقت تحت نظر قرار گیرد. اینها ممکن است نشانه های مایعات خیلی زیاد باشد. فشارخون و نبض باید هر ۱۵ دقیقه بررسی شود.

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

- مقدار مایعی که داده می شود
- دوره زمانی که مایع داده می شود
- نوع لوله و اندازه قطره ها. هر یک از انواع لوله ها اندازه قطره کمی متفاوت دارند. بعنوان مثال برخی لوله ها ۲۰ قطره در هر سی سی دارند در حالیکه نوع دیگر ممکن است ۱۰ تنها قطره در سی سی داشته باشد.

جدول ۱ نشان می دهد به منظور دادن مقدار معینی از مایع در یک دوره زمانی ثابت، چند قطره در دقیقه باید داده شود. برای استفاده از جدول لازم است تعداد قطره ها در هر سی سی را بدانید که به نوع لوله مورد استفاده بستگی خواهد داشت.

ارزیابی صلاحیت

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

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

جدول ۱: میزان مایع IV

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

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

مقدار مایعی که داده می‌شود (CC)

* تعداد قطره ها در سی سی = تعداد قطره ها در دقیقه

زمان انجام انفوزیون (دقیقه)

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

مهارت: تامین داروهای مورد نیاز

روش آموزشی

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

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

محتوای آموزشی

دانشجویان باید اسامی، موارد استفاده و دوز داروهای مورد نیاز برای اداره زایمان متوقف شده را بدانند. اینها عمدتاً شامل آنتی بیوتیک‌ها هستند چرا که زنان با زایمان متوقف شده اغلب مبتلا به عفونت می‌شوند بخصوص اگر پارگی طول کشیده پرده‌ها بیشتر از ۱۸ ساعت وجود داشته باشد.

دادن آنتی بیوتیک‌ها

آنتی بیوتیک‌ها ممکن است برای درمان عفونت داده شود یعنی آنتی بیوتیک درمانی، یا برای پیشگیری از شروع عفونت داده شود یعنی آنتی بیوتیک پروفیلاکسی.

راهنماهای زیر برای تجویز آنتی بیوتیک‌های درمانی ارائه می‌شود:

۱. از آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف استفاده کنید. اینها در مقابل طیف وسیعی از باکتریها موثر هستند (دلیل: شما نمی‌دانید که با کدام باکتری سر و کار دارید).

۲. برای مقابله با عفونتهای جدی، ترکیبی از آنتی بیوتیک‌ها موثرتر است. ترکیب زیر توصیه می‌شود:

آمپی سیلین ۲ گرم داخل وریدی هر ۶ ساعت و
جنتامایسین ۵mg/kg وزن بدن داخل وریدی هر ۲۴ ساعت و
مترونیدازول ۵۰۰mg داخل وریدی هر ۸ ساعت.

۳. اگر عفونت شدید نیست، آموکسی سیلین ۵۰۰mg خوراکی هر ۸ ساعت کافی است.

۴. بعد از درمان اولیه مطابق آنچه گفته شد، زنان با عفونت شدید باید به یک تسهیلات سلامتی سطح بالاتر ارجاع داده شوند.

راهنماهای زیر برای تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی ارائه می‌شود:

۱. برای پارگی پرده‌ها به مدت بیش از ۱۸ ساعت برای زایمان در هفته ۳۷، آمپی سیلین ۲g داخل وریدی هر ۶ ساعت، یا پنی سیلین ۲G میلیون واحد داخل وریدی هر ۶ ساعت تا موقع زایمان بدهید.
 ۲. برای پارگی پرده‌ها در کمتر از ۳۷ هفته، یعنی PROM، اریترومایسین ۲۵۰mg خوراکی و آموکسی سیلین ۵۰۰mg خوراکی، هر دو ۳ بار در روز به مدت ۷ روز بدهید.
- به یک تسهیلات سلامتی سطح بالاتر با امکانات ویژه نوزادان ارجاع دهید مگر اینکه زایمان قریب الوقوع باشد.

تجویز داروها

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

۱. اگر ماماها بدون نظارت مداوم دکتر کار می‌کنند، داروهای خاص و دوز آنها باید مورد توافق مقام پزشکی مسئول باشد.
- اگر مقررات قانونی/ پزشکی/ مامایی/ پرستاری وجود دارد که مانع دادن داروها توسط ماماها در غیاب دکتر می‌شود، چنین وضعیتی باید مورد بازبینی قرار گیرد.
۲. اطمینان حاصل کنید که منابع کافی از داروهای مورد نیاز در تمامی اوقات در دسترس است.
۳. اطمینان حاصل کنید که تاریخ انقضاء داروها نگذشته باشد و بطور ایمن و در درجه حرارت مناسب ذخیره شده‌اند.
۴. به وضوح روی برگه نسخه بنویسید:

— نام دارو

— دوز

— راه استفاده

— تاریخ و زمان دریافت هر دوز

— امضاء: بالین کار تجویز کننده دارو و بالین کار اجرا کننده دوز

به یاد داشته باشید که بدهید:

— دوز صحیح

— از داروی صحیح

— در زمان صحیح

— با راه صحیح

— به فرد صحیح

۵. با اثرات جانبی داروهای داده شده آشنا باشید و زن را از نظر هرگونه واکنش نامطلوب ملاحظه کنید. عملکرد خوب این است که در صورت امکان قبل از دادن دارو از بالین کار دوم بخواهید تا دارو را چک کند.

داروهای داخل وریدی

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

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

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو قادر به انتخاب آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف مناسب برای استفاده می‌باشد؟
۲. آیا دانشجو دوزهای صحیح تمام داروهای مورد نیاز برای استفاده اعم از IM، IV و خوراکی را می‌داند؟
۳. آیا دانشجو قادر به تشخیص نیاز به استفاده از ضدتها و ضد دردها می‌باشد؟ آیا او اینها را همراه با سایر روشهای کاهش درجه حرارت و تسکین درد استفاده می‌کند؟
۴. آیا دانشجو اهمیت نوشتن تاریخ انقضاء داروها و عدم استفاده از داروها بعد از آن تاریخ را درک می‌کند؟
۵. آیا دانشجو اهمیت ذخیره کردن صحیح داروها و حفظ موجودی کافی داروها را می‌داند؟
۶. آیا دانشجو می‌تواند درک خود از اهمیت موارد زیر را نشان دهد:
 - دوز صحیح

— از داروی صحیح

— در زمان صحیح

— با راه صحیح

— به فرد صحیح

۷. آیا دانشجو دارو را دقیق، درست و ایمن تجویز می کند؟

۸. آیا دانشجو یادداشتهای دقیق و کامل همه داروهای مورد استفاده را حفظ می کند؟

مهارت: نگهداری تعادل مایعات

روش آموزشی

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

دانشجویان را به بخش‌ها برده و بطور بالینی زنان را از نظر نشانه‌های دهیدراتاسیون معاینه کنید.

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

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

با دانشجویان بحث کنید:

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

محتوای آموزشی

هیدراتاسیون و دهیدراتاسیون

خوردن مایعات کافی برای حفظ زندگی و سلامتی ضروری است.

این کافی بودن بستگی دارد به:

- جذب مایعات
- دفع مایعات بدن
- محیط و آب و هوا

- وجود تب
- سلامت عمومی زن

دفع مایعات باید در تعادل با جذب آن باشد. مایعات بدن از راههای زیر دفع می شود:

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

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

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

در زنی که تب دارد بدن برای کاهش تب تلاش می کند آب بیشتری را از طریق پوست نسبت به حالت نرمال از دست دهد. بنابراین او بیشتر از حالت معمول به آب نیاز دارد.

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

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

بنابراین نشانه‌های دهیدراتاسیون عبارتند از:

- زن تشنه است.
- دهان وی خشک است.
- چشم‌ها فرورفته هستند.
- پوست نیشگون گرفته شده به آرامی برمی گردد (به دلیل خشکی پوست).
- برون ده ادراری کم است (کمتر از ۲۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت).
- ادرار وی غلیظ است (رنگ تیره)

مایعات می‌تواند از طریق دهان یا داخل وریدی داده شود. وقتی زن در حال شوک (فشار خون کم، نبض ضعیف و سریع) است یا در صورت بروز عوارضی مثل عفونت شدید نفاسی، خونریزی پس از زایمان، اکلامپسی یا لیبر متوقف شده باید مایعات داخل وریدی داده شود.

نمودارهای تعادل مایعات را که بطور معمول به کار می‌روند در دسترس داشته باشید و اطمینان حاصل کنید که دانشجویان نحوه استفاده از آنها را می‌فهمند.

ارزیابی صلاحیت

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

۱. آیا دانشجو اهمیت دادن مقدار زیاد مایعات به زنی که تب دارد را می‌تواند درک کند؟
۲. آیا دانشجو می‌تواند تشخیص دهد که دریافت مایعات زن کافی است؟
۳. آیا دانشجو می‌تواند نشانه‌های دهیدراتاسیون را تشخیص دهد؟
۴. آیا دانشجو می‌تواند نمودار تعادل مایعات را ثبت کند؟
۵. آیا دانشجو برای زن مایعات کافی جهت نوشیدن آماده می‌کند؟
۶. آیا دانشجو اطمینان حاصل می‌کند که آب آشامیدنی تمیز و سالم است؟
۷. آیا دانشجو بطور فعال زن را به نوشیدن تشویق می‌کند؟
۸. آیا دانشجو می‌داند که زن چه زمانی به مایعات داخل وریدی نیاز دارد؟

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

مهارت: اپی‌زیوتومی و ترمیم*

روش آموزشی

روش آموزشی و عناوین در اصل برای "بخیه زدن پارگی پرینه" همان است به جز نکته ۲ که در حال حاضر باید بخوانیم:

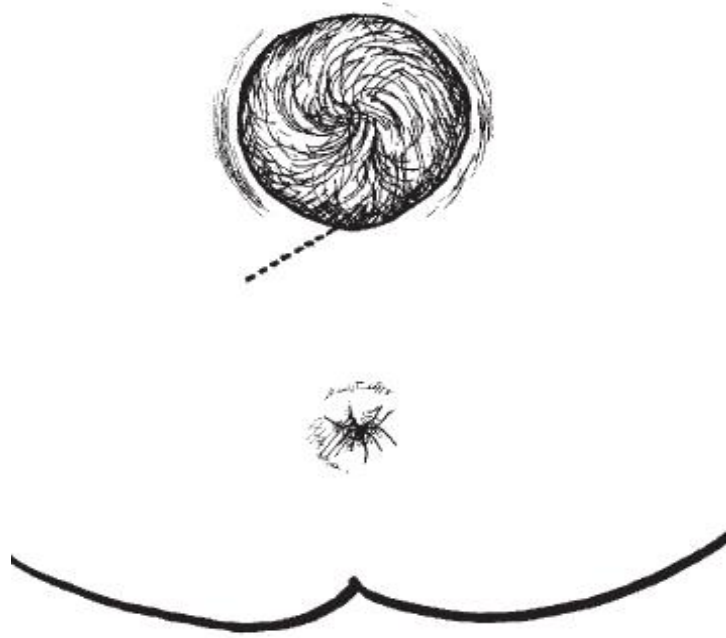
طبقه بندی اپی‌زیوتومی:

انواع برش:

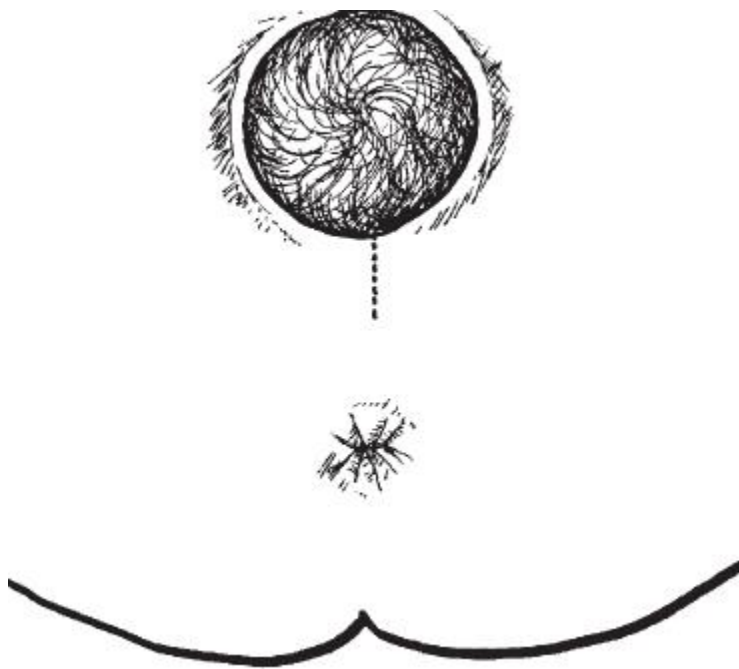
- مدیولترال (شکل ۷.۳۴)
- مدین (شکل ۷.۳۵)

دانشجویان باید مزایا و معایب هریک از انواع برش‌ها را بدانند و باید در انجام برش‌ها همینطور ترمیم آنها دارای صلاحیت باشند.

* قسمت هایی از این بخش از کتابچه "مهارت‌های نجات‌بخش زندگی برای ماماها" اقتباس شده است. مدل ۴: اپی‌زیوتومی‌ها و ترمیم پارگی‌ها، پروسیجر انجام بی‌حسی موضعی، دلایل برای برش اپی‌زیوتومی، نحوه برش یک اپی‌زیوتومی. ویرایش دوم، کالج پرستاری مامایی آمریکا، واشنگتن، ۱۹۹۱، ص ۵-۳.



شکل ۷.۳۴: اپی زیوتومی میانی طرفی (مدیولترال)



شکل ۷.۳۵: اپی زیوتومی میانی (مدین)

روش آموزشی

دلایل برای انجام اپی زیوتومی

اپی زیوتومی نباید بطور روتین انجام شود. این پروسیجر فقط باید برای اندیکاسیون‌های زیر انجام شود:

۱. دیسترس جنینی در مرحله دوم زایمان، برای سرعت بخشیدن به زایمان بچه
۲. پارگی (ترمیم شده) درجه ۳ یا ۴ قلبی
۳. زایمان واژینال عارضه دار مثل دیستوشی شانه، بریج، زایمان با فورسپس یا واکيوم
۴. استرس مادر به دلیل خستگی بیش از حد یا نارسایی قلبی
۵. پرینه بسیار سفت که مانع زایمان شود.

برش میانی طرفی (مدیولترال)

مزایا:

- خطر کمتر برای گسترش به اسفنکتر مقعد
- جلوگیری از آسیب به غدد بارتولن
- آسانی انجام دادن آن
- بطور منطقی آسانی ترمیم کردن

معایب:

- ترمیم آن زمان بیشتری می برد
- ترمیم آهسته تر
- از دست دادن خون بیشتر
- درد بعد از عمل بیشتر است

برش میانی (مدین)

مزایا:

- فرآیند ترمیم سریعتر
- آسانی انجام آن
- آسانی ترمیم

- کوفتگی کمتر
- ناحیه میانی پرینه عروق خونی خیلی کمی دارد و خونریزی کمتر خواهد بود
- شروع نزدیکی زودتر از کسانی است که اپیزوتومی مدیولترال دارند.

معایب:

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

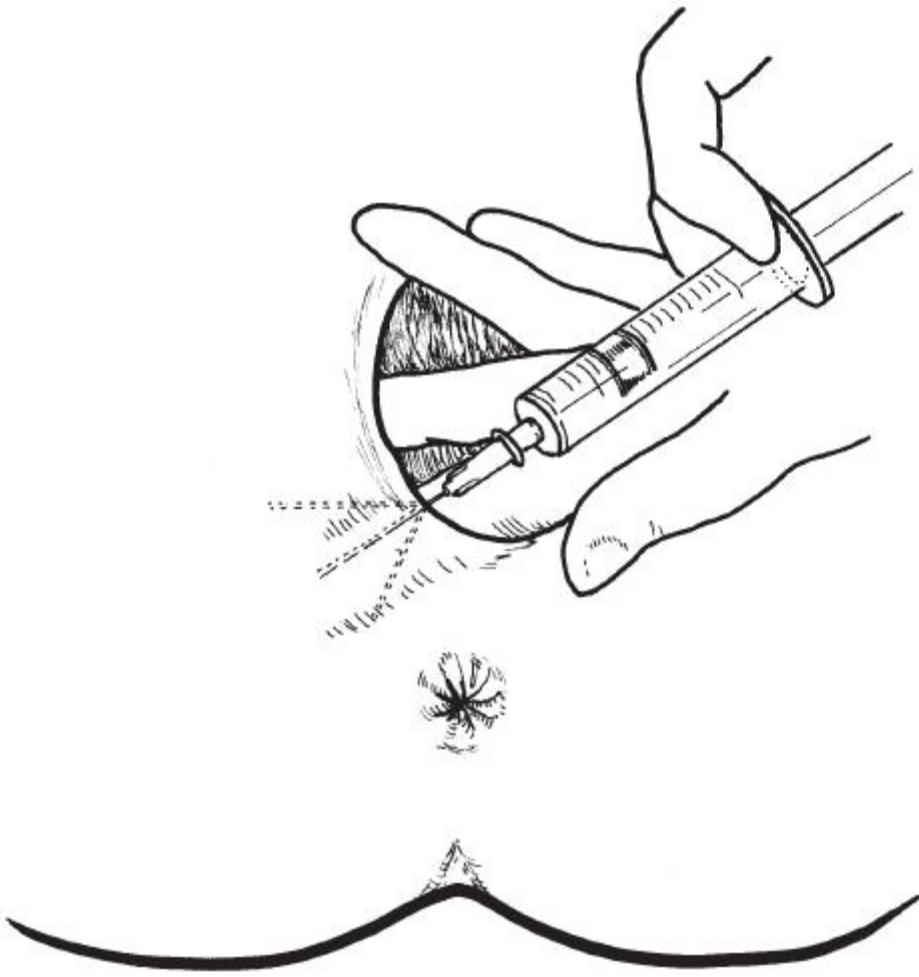
زمان اپیزوتومی

اپیزوتومی نباید خیلی زود یا خیلی دیر انجام شود. اگر زود انجام شود، خونریزی از محل برش شدید خواهد بود. اگر برش خیلی دیر داده شود، انجام دادن ایمن آن خیلی سخت است زیرا سر کودک پرینه را خیلی زیاد متسع می‌کند. بهترین زمان انجام اپیزوتومی وقتی است که پرینه نازک و برآمده است و حدود ۳-۴ سانتیمتر از عضو نمایش قابل مشاهده می‌باشد.

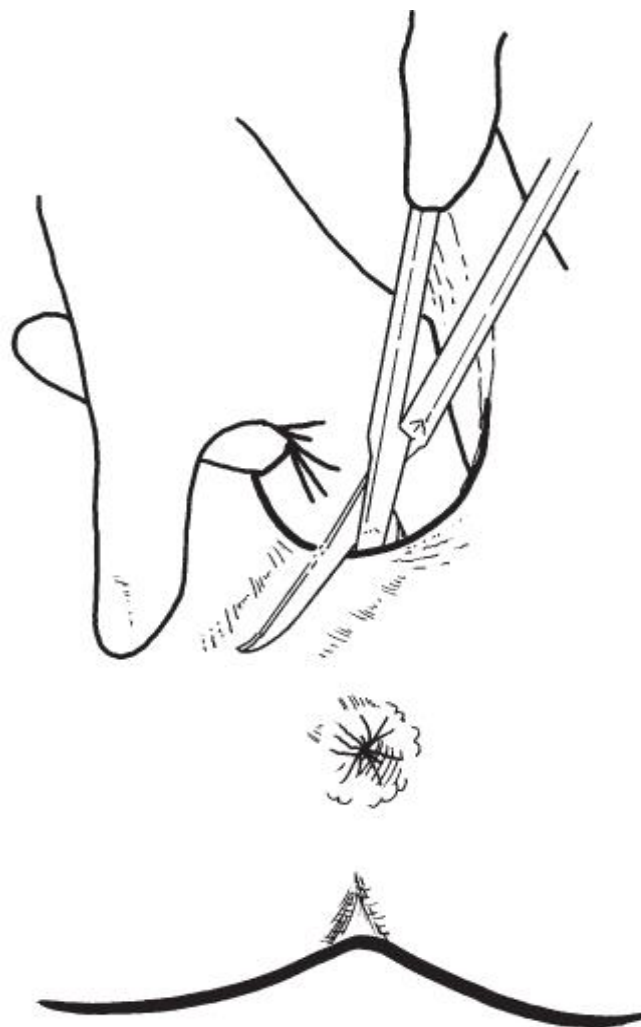
انجام برش (اپیزوتومی مدیولترال)

بی حسی موضعی بدهید:

- سرسوزن شماره ۲۲، یک ونیم اینچ (۳cm) را روی سرنگ ۲۰ سی سی بگذارید.
- سرنگ را با لیگنوکائین پر کنید.
- با قرار دادن ۲ انگشت خود بین سر جنین و پرینه از سر جنین محافظت کنید (تزریق ماده بی حسی به سر جنین می‌تواند باعث مرگ شود).
- تمام طول سرسوزن را از فورشت درست در زیر پوست به سمت پرینه با زاویه ۴۵ درجه وارد کنید (شکل ۷.۳۶). پیستون سرنگ را عقب کشیده و از نظر خون چک کنید. (اگر بی حسی موضعی مستقیماً به رگ خونی تزریق شود می‌تواند باعث آریتمی قلب، تشنج و مرگ شود). همچنان که سرنگ را بیرون می‌کشید بطور یکنواخت تزریق را انجام دهید.
- سپس سرسوزن را از مرکز به یک طرف زاویه داده و پروسیجر را تکرار کنید. این کار را در طرف دیگر نیز تکرار کنید. در این زمان شما باید ۱۰ml از ماده بی حسی را تزریق کرده باشید. به خاطر داشته باشید که در سراسر انجام این کار سر جنین را با انگشتان خود محافظت کنید.
- یک قیچی تیز راست با نوک کند بردارید. دو انگشت دستتان را در واژن بین سر جنین و قیچی قرار دهید. این کار برای پیشگیری از آسیب اتفاقی به سر جنین است. از مرکز پرینه شروع کنید و قیچی را ۴۵ درجه زاویه (کجی) دهید. اگر راست دست هستید به سمت باسن راست مادر برش دهید و اگر چپ دست هستید به سمت باسن چپ مادر برش دهید.



شکل ۷.۳۶: انفیلتراسیون بافتی با بی حسی موضعی



شکل ۷.۳۷: انجام برش در حالیکه دو انگشت جهت حفاظت از سر جنین وارد شده است.

اپیزیوتومی را با یک برش بزرگ انجام دهید. اغلب برشهای کوچک لبه ناصاف در زخم ایجاد می‌کنند که ترمیم و بهبودی زخم را دشوارتر خواهند کرد.

عضو نمایش را بلافاصله بعد از برش کنترل کنید چون ممکن است به دلیل فضای در دسترس زیاد به سرعت بیرون بیاید

مطمئن شوید قبل از زایمان، شانه‌ها به خط وسط چرخیده‌اند تا از گسترش اپیزیوتومی جلوگیری کنید.

اگر بچه در ۱ یا ۲ انقباض بعد از اپیزیوتومی متولد نشد، یک گاز استریل بردارید و محکم روی برش فشار دهید تا خونریزی کم شود.

روش ترمیم (اپی زیوتومی مدیولترال)

در صورت دسترسی از ماده پلی گلیکولیکی برای بخیه زدن استفاده کنید، در غیر این صورت از کاتکوت ۲/۰ استفاده کنید. محل زخم را با یک محلول ضدعفونی کننده تمیز کنید.

اگر قبلاً تزریق نکرده‌اید، انفیلتراسیون لیگنوکائین را با وارد کردن سرسوزن در دو سمت برش واژن و تزریق در حال بیرون کشیدن سرسوزن انجام دهید. برای ناحیه پرینه آن را تکرار کنید.

مخاط واژن را با استفاده از نخ ۲/۰ با بخیه ممتد ترمیم کنید (شکل ۷.۳۸).

- ترمیم را حدود یک سانتیمتر بالاتر از نوک زخم شروع کنید و تا سطح مدخل واژن ادامه دهید.
- در مدخل واژن لبه‌های برش خورده مدخل واژن را به هم برسانید.
- سرسوزن را به زیر مدخل واژن ببرید و از مسیر برش بیرون بیاورید و گره بزنید.
- عضلات پرینه را با استفاده از بخیه‌های ۲/۰ بطور منقطع ببندید.
- پوست را با استفاده از بخیه‌های ۲/۰ منقطع (یا زیرجلدی) ببندید (شکل ۷.۳۹ و ۷.۴۰).

ارزیابی صلاحیت

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

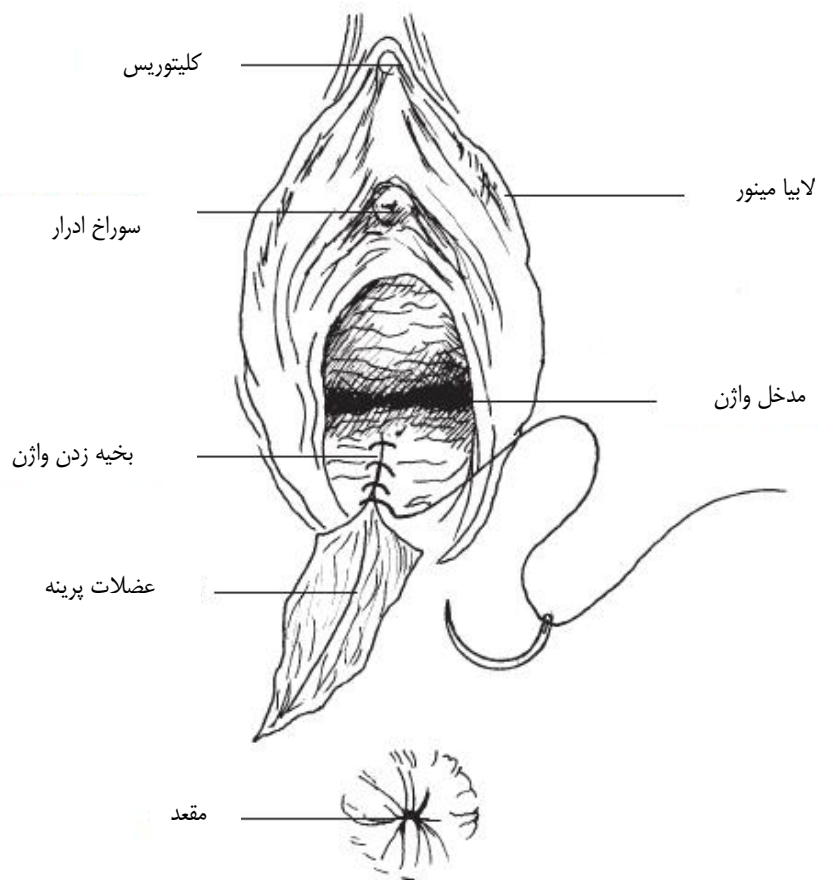
۱. آیا دانشجو می‌تواند اندیکاسیون‌های اپی زیوتومی را بیان کند؟
۲. آیا دانشجو معایب و مزایای هریک از انواع برشها را می‌داند؟
۳. آیا دانشجو در زمان صحیح اپی زیوتومی را انجام می‌دهد؟
۴. آیا دانشجو می‌تواند با بی حسی موضعی بطور موثر پرینه را انفیلتره کند؟
۵. آیا دانشجو قبل از تزریق بی‌حسی موضعی پیستون سرنگ را بیرون می‌کشد تا خون را چک کند و دلیل این چک کردن ایمن را می‌داند؟
۶. آیا دانشجو به طور رضایت بخش برش ایجاد می‌کند؟
۷. آیا دانشجو اپی زیوتومی را به طور صحیح ترمیم می‌کند؟
۸. آیا دانشجو تکنیک آسپتیک را رعایت می‌کند؟
۹. آیا دانشجو می‌تواند به طور صحیح مراقبت‌های بعدی را به زن توصیه کند؟

توجه:

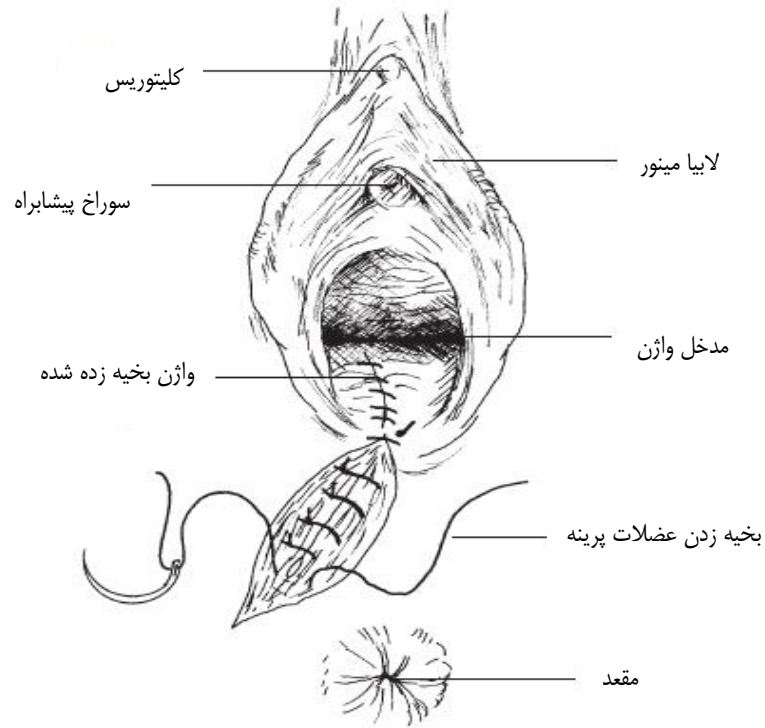
(الف) اپی زیوتومی هرگز نباید به منظور تمرین انجام شود.

(ب) مربی قبل از تدریس و ارزیابی بخیه زدن پارگی، باید بخیه زدن اپی زیوتومی دانشجو را تدریس و ارزیابی کند.

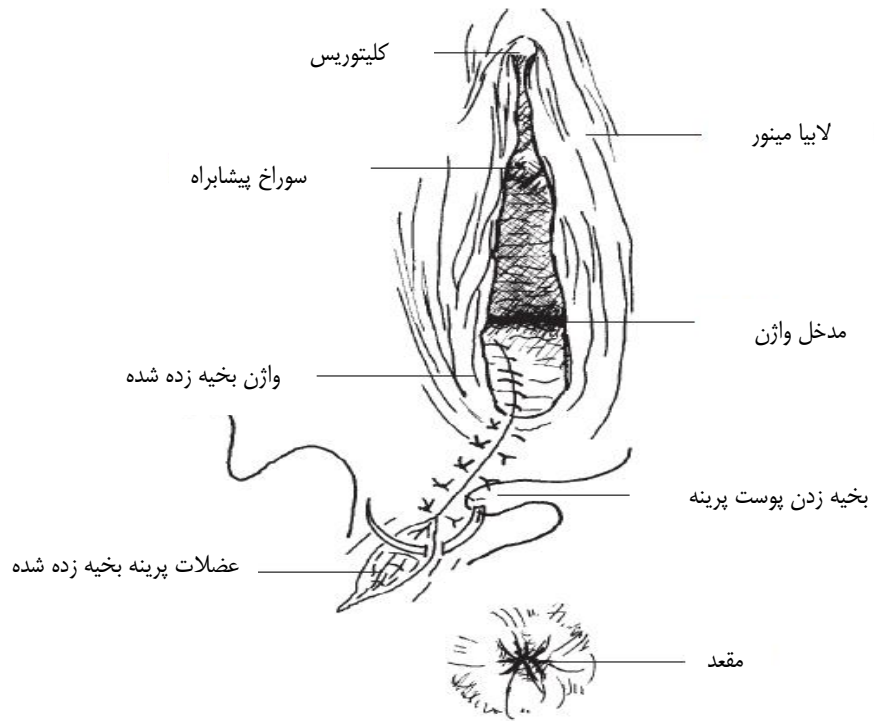
بخیه زدن اپی زیوتومی اغلب راحت تر از پارگی است.



شکل ۷.۳۸: ترمیم اپی زیوتومی مدیولترال (بخیه زدن واژن)



شکل ۷.۳۹: ترمیم اپی زیوتومی مدیولاترال (بخیه زدن عضلات پرینه)



شکل ۷.۴۰: ترمیم اپی زیوتومی مدیولاترال (بخیه زدن پوست پرینه)

مهارت: نگهداری مستندات

روش تدریس

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

از دانشجویان بخواهید که راجع به مستندات شخصی خود در گروه‌های کوچک بحث کنند.

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

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

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

محتوای آموزشی

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

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

- واضح
- خوانا
- درست

باشد. و باید شامل موارد زیر شود:

- تاریخ
- زمان
- امضا

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

- جهت ارایه گزارش شفاف کافی باشد
- نه خیلی زیاد که وقت ارزشمند ماما جهت مراقبت از خانم را اشغال کند.

این خیلی مهم است.

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

"هدف از نگهداری مستندات چیست؟"

زمانیکه دانشجویان اطلاعات را ارایه می‌کنند، هدف را در تخته سیاه بنویسید.

اهداف حفظ مستندات

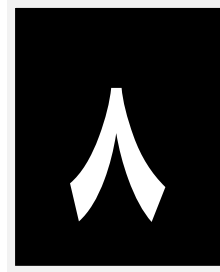
- ۱- مرور پیشرفت یا عدم پیشرفت
- ۲- توانمندسازی در ارایه مراقبت مناسب در زمان صحیح
- ۳- کمک به تداوم سالم مراقبتی در بین کارکنان مختلف
- ۴- تهیه سندی برای مراجعه بعدی
- ۵- برآورده کردن ملزومات قانونی. (اینجا به قوانین و مقررات مامایی / پرستاری در رابطه با حفظ مستندات اشاره کنید. بخش مربوطه را بخوانید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

ارزیابی صلاحیت

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

- ۱- آیا دانشجو اصول وهدف از نگهداری مستندات را می‌فهمد؟
- ۲- آیا یادداشت‌های شخصی دانشجو به آسانی قابل درک و استفاده هستند؟ آیا آنها شفاف، خوانا و از نظر حجم درست هستند؟
- ۳- آیا دانشجویان می‌توانند ملزومات قانونی/حقوقی را توضیح دهند که به نگهداری مستندات توسط ماماها اشاره می‌کند؟

خارج کردن با واکيوم



جلسه ۸

خارج کردن با واکيوم

اهداف این جلسه

- هدف این جلسه توانمند کردن دانشجویان به صلاحیت‌دار شدن در خارج کردن با واکيوم است.

اهداف درسی

در پایان جلسه هشتم دانشجویان قادر خواهند شد:

- موارد استفاده و شرایط خارج کردن با واکيوم را توصیف کنند.
- موارد منع استفاده از واکيوم را عنوان کنند.
- تجهیزات لازم برای خارج کردن با واکيوم را توصیف کنند.
- معیارهای ایمنی قابل اجرا در خارج کردن با واکيوم را توضیح دهند.
- آماده‌سازی بیمار برای خارج کردن با واکيوم را توصیف کنند.
- گام‌های پروسیجر خارج کردن با واکيوم را نشان دهند.
- مراقبت بعد از پروسیجر به دنبال خروج با واکيوم را نشان دهند.
- اطلاعاتی را عنوان کنند که به دنبال خروج با واکيوم یادداشت می‌شود.

طرح درسی

سخنرانی.

تمرین شبیه‌سازی شده.

تمرین بالینی.

زمان کلی: توصیه می‌شود که حداقل برای آموزش مهارت‌های جلسه ۷ و ۸ یک هفته فرصت بدهید.

با وجود این، زمان مورد نیاز واقعی به نیازها و توانایی‌های دانشجویان، و دسترسی به موارد بالینی مرتبط بستگی خواهد داشت تا از صلاحیت‌دار شدن هر دانشجو اطمینان حاصل شود. عوامل دیگری که در نظر گرفته می‌شود شامل دسترسی به مدرسان و بالین کاران راغب و توانا جهت مشارکت در آموزش این مهارت‌ها می‌باشد.

منابع

چک لیست مهارت‌ها

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.
Geneva, World Health Organization, ۲۰۰۰ (WHO/RHR/۰۰.۷).
Vacca A, Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice. ۲nd ed. Vacca Research; Brisbane, ۲۰۰۳.
Equipment for simulated practice.

مقدمه

هنگام تدریس مهارت خارج کردن با واکيوم، مدرسان مامایی ممکن است بخواهند با سایر مدرسان و/ یا بالین کاران صلاحیت‌دار در مهارت همکاری داشته باشند (برای مثال ماماهاى بالین کار و متخصصین مامایی).

مهارت باید در ابتدا توسط مدرس یا بالین کار صلاحیت‌دار در این پروسیجر نشان داده شود. تمرین شبیه‌سازی شده باید قبل از تمرین بالینی جهت فراهم کردن فرصتی برای دانشجویان جهت آمادگی و استفاده از تجهیزات و آشنا شدن با توالی گام‌های پروسیجر انجام شود. این کار را می‌توان در کلاس درس با استفاده از یک مدل لگن، مدل یک نوزاد و تجهیزات خروج با واکيوم انجام داد. جهت توانمند کردن دانشجویان به توسعه صلاحیت در مهارت تا جای ممکن (یعنی بسته به دسترسی به بیماران نیازمند به خروج با واکيوم)، تمرین بالینی باید تحت نظارت مستقیم و بازخورد انجام شود.

به دانشجویان یادآوری کنید که اقدامات پیشگیری از عفونت توصیه شده در ارتباط با اداره لیبر طول کشیده و متوقف شده (جلسه ۶) را در مهارت خارج کردن با واکيوم به کار گیرند.

خارج کردن با واکيوم

خارج کردن با واکيوم می‌تواند به کاهش عوارض لیبر طول کشیده کمک نماید. آن یک پروسیجر نجات بخش زندگی است که توسط بالین کاران صلاحیت‌داری استفاده می‌شود که بتوانند به طور قابل اعتمادی شرایط مقتضی جهت استفاده از پروسیجر را شناسایی کنند. در سراسر جهان، خروج با واکيوم بیش از زایمان با فورسپس انجام می‌شود. با وجود اینکه موارد استفاده و منع استفاده از واکيوم و زایمان با فورسپس اغلب مشابه هستند، مطالعات پژوهشی جاری نشان می‌دهند که در مقایسه با استفاده ایمن از فورسپس می‌توان با تجربه کمتری به تکنیک خارج کردن با واکيوم تسلط پیدا کرد.

موارد استفاده

موارد استفاده برای خارج کردن با واکيوم عبارتند از:

- تاخیر در مرحله دوم زایمان
- نیاز به کوتاه کردن مرحله دوم زایمان به نفع مادر یا جنین

قبل از تلاش برای خارج کردن با واکيوم شرایط زیر باید وجود داشته باشد:

- نمایش ورتکس
- جنین ترم
- دیلاتاسیون کامل دهانه رحم

- سر حداقل در جایگاه صفر قرار داشته یا اینکه سر بالای سمفیز پویس قبل لمس نباشد.

موارد منع استفاده

موارد منع استفاده برای خارج کردن با واکيوم عبارتند از:

- عدم تناسب سر با لگن
- آنگازه نشدن سر جنين
- نمايش بريچ
- نمايش صورت
- نمايش پيشاني
- قرار عرضي
- زايمان پيش از موعد (حاملگي ۳۶ هفته يا کمتر)
- نشانه‌های عمده ديسترس جنيني (خارج کردن با واکيوم تنها بايد در مواردی انجام شود که پروسيجر درست سريعی را می-توان انتظار داشت).

تجهيزات

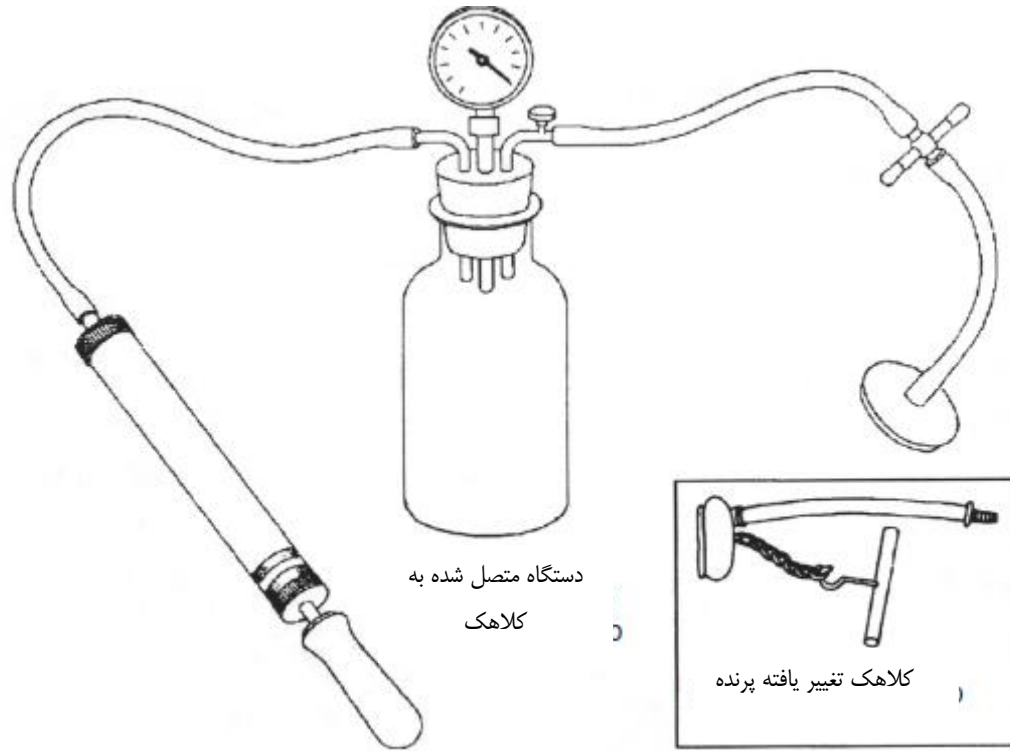
تجهيزات برای خارج کردن با واکيوم عبارتند از:

- يك كلاهک سفت يا نرم
- يك وسيله کششی
- يك سيستم واکيوم (مکشی)

کلاهک با ايجاد فشار منفي به پوست سر جنين چسبيده می‌شود. کلاهک‌ها با طرح‌ها و مواد مختلف در دسترس هستند و پمپ‌های دستی يا سيستم‌های پمپ مکشی الکتریکی در دسترسند. هر دو سيستم دريچه تنظيم کننده و درجه فشاری دارند. قبل از استفاده جهت اطمینان از عدم نشت در سيستم، تجهيزات واکيوم بايد متصل شده، بررسی و تست شود.

يك پمپ دستی و دو نوع کلاهک نشان داده شده است (شکل ۸.۱).

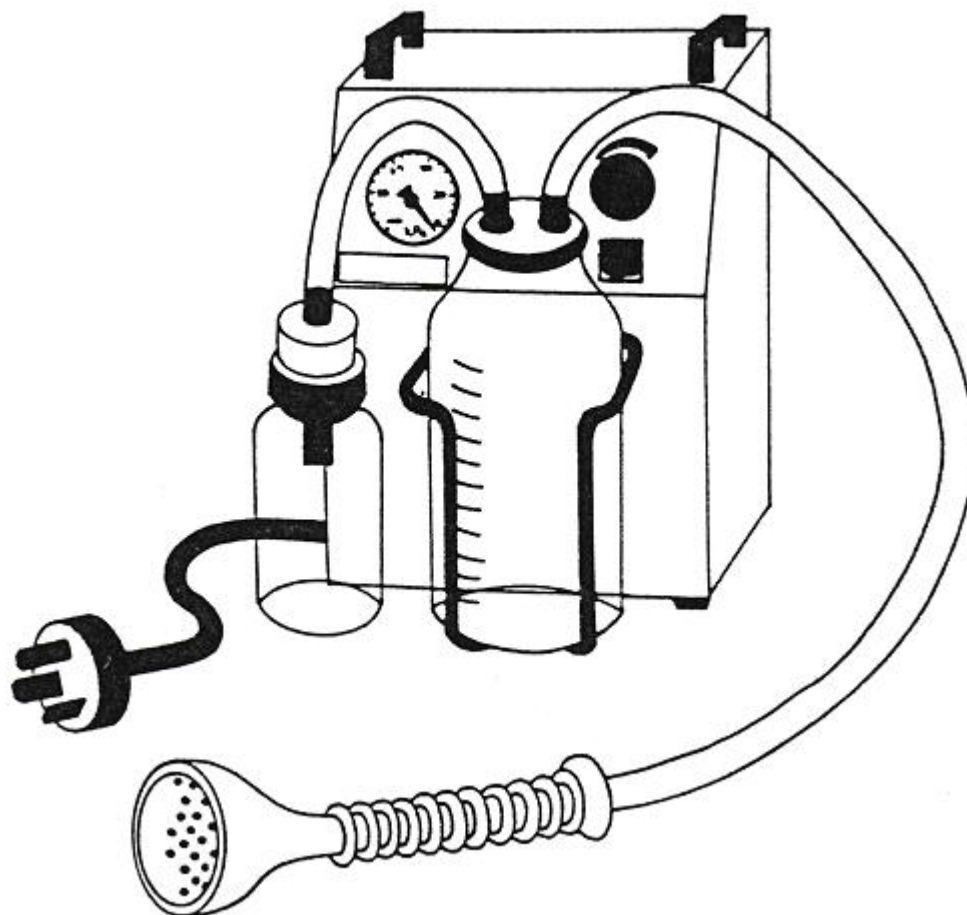
به طور فزاینده‌ای، پمپ‌های مکشی الکتریکی با کلاهک تماسی نرم که آسانترند در دسترس قرار دارند (شکل ۸.۲). با وجود این، حتی اگر وسيله الکتریکی ثابتی هم وجود داشته باشد، در دسترس داشتن يك پمپ دستی به عنوان پشتیبان توصیه می‌گردد.



دستگاه متصل شده به
کلاهک

کلاهک تغییر یافته پرنده

شکل . : پمپ دستی مکنده



شکل . : پمپ مکشی الکتریکی با کلاهک نرم

Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.

آماده‌سازی برای خارج کردن با واکيوم

آماده‌سازی خانم برای خروج جنین با واکيوم باید شامل موارد زیر باشد:

- پروسیجر را به خانم توضیح دهید و ضمن حمایت عاطفی وی را تشویق نمایید.
- اطمینان حاصل کنید که خانم مثانه‌اش را تخلیه نموده است.
- در صورت امکان، یک ماما، نرس یا پرسنل مراقبت سلامتی دیگر باید جهت اطمینان مادر در کنار سر وی بایستد.

▪ مادر را در وضعیت پشت قرار داده در حالیکه ران‌های وی به سمت شکم خمیده شده باشد، مخصوصاً حین زور زدن و کشش

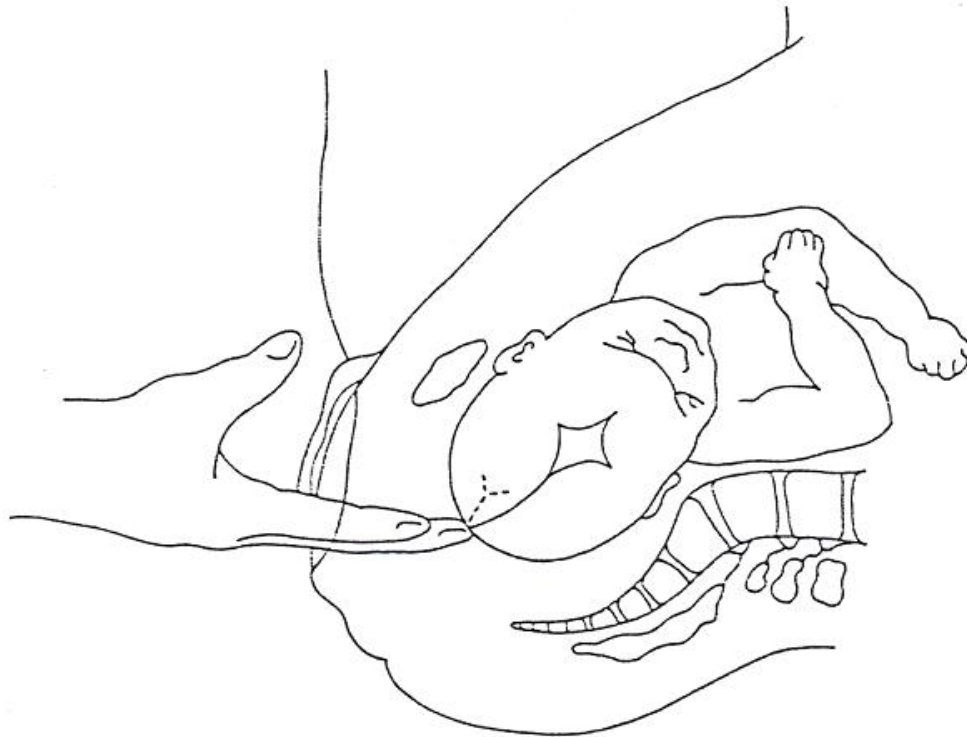
سایر معیارهای آماده‌سازی عبارتند از:

- اطمینان از این که همه تجهیزات به طور صحیح متصل شده و واکيوم چک شده است.
- اطمینان از این که داروی اکسی‌توسین برای اداره مرحله سوم فراهم شده و آماده برای تزریق در سرنگ کشیده شده است، مگر اینکه اکسی‌توسین از قبل به طریق وریدی در حال انفوزیون باشد.
- اطمینان از این که یک فرد کمکی در دسترس است.
- شستشوی دست‌ها و پوشیدن دستکش جراحی استریل یا ضدعفونی شده سطح بالا
- تمیز کردن فرج مادر با محلول ضدعفونی کننده

پروسیجر

گام‌های پروسیجر خارج کردن با واکيوم.

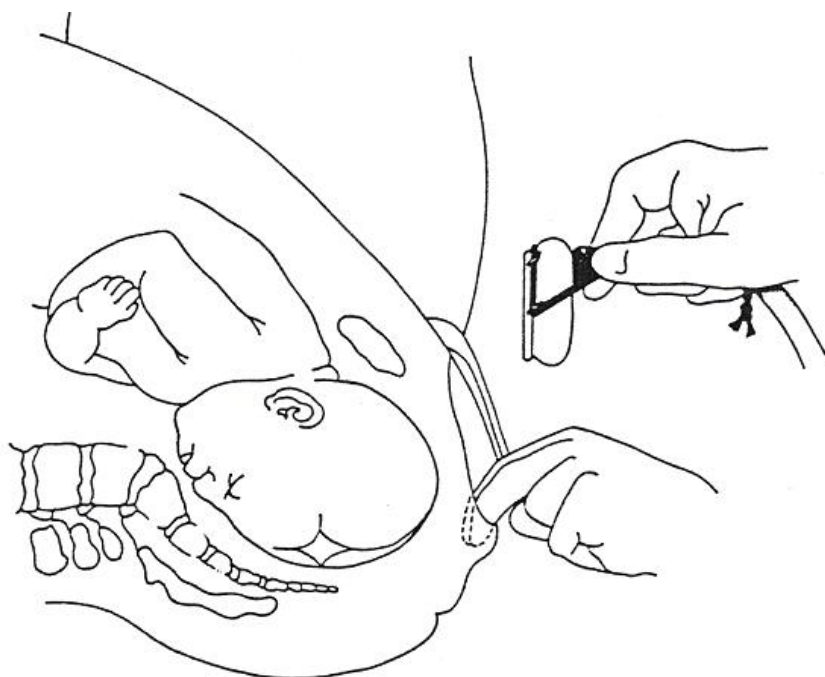
- ۱- **شناسایی نقطه فلکسیون.** بزرگترین کلاهیک متناسب باید استفاده شود، در حالی که مرکز کلاهیک روی نقطه فلکسیون است، کلاهیک در ۱ سانتی‌متری جلوی فوتانل خلفی قرار بگیرد (شکل ۸.۳). این حالت، فلکسیون، نزول و چرخش خود به خود حین کشش را بهبود می‌دهد.



شکل ۸.۳: شناسایی محل فلکسیون

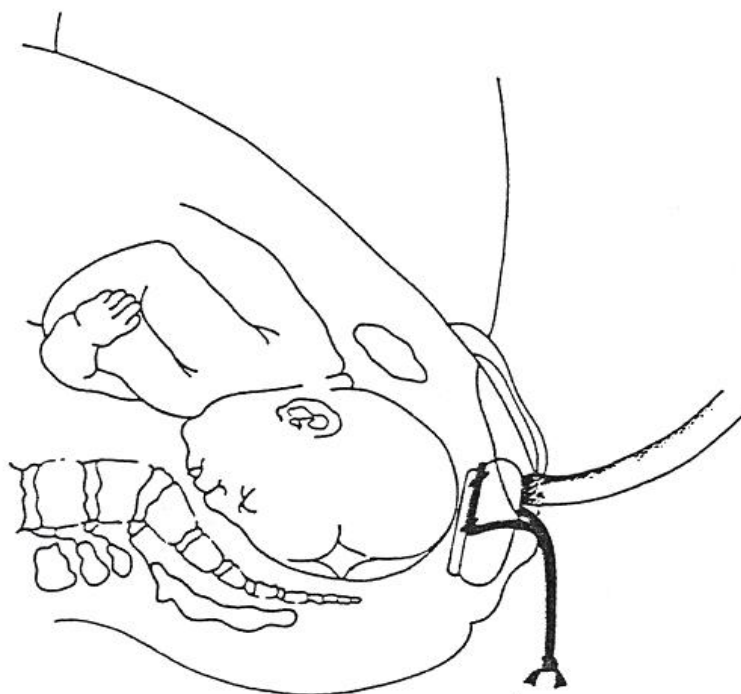
Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.

۲- به کارگیری کلاهک. انتهای دور لوله کلاهک به پمپ واکيوم متصل می‌شود. در صورتیکه واژن خیلی خشک باشد، کلاهک به وسیله آب سالم یا ژل لوبریکانت مرطوب می‌شود. کارگزار، پرینه را با دو انگشت کنار زده و کلاهک جاگذاری شده (شکل ۸.۴) و به نقطه فلکسیون هدایت می‌شود. بعد از جاگذاری صحیح، کارگزار کلاهک را در محل خود نگه‌داشته و جهت اطمینان با یک انگشت دست دیگر اطراف کلاهک را جاروب می‌کند تا هیچ بافتی از واژن مادر بین کلاهک و پوست سر جنین گیر نکرده باشد.



شکل ۸.۴ . : جاگذاری کلاهک

Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.



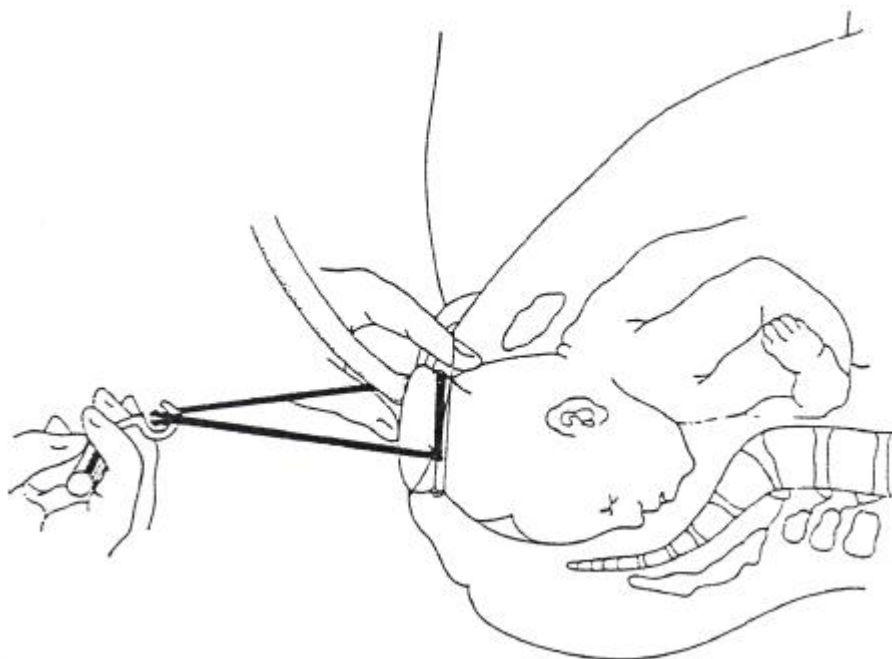
شکل ۸.۵: کلاهک روی نقطه فلکسیون در وضعیت OA

Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.

یک اپی‌زیاتومی جهت جاگذاری درست در این زمان ممکن است نیاز باشد (جلسه ۷ را ببینید). اگر اپی‌زیاتومی جهت جاگذاری لازم نیست، اپی‌زیاتومی را به تاخیر بیندازید تا سر پرینه را متسع کند، یا پرینه با محور کشش تماس داشته باشد. این کار باعث جلوگیری از اتلاف غیر ضروری خون می‌شود.

۳- **ایجاد خلا.** با استفاده از پمپ، خلایی معادل 0.2 kg/m^2 فشار منفی ایجاد کنید و کارکرد کلاهک را چک کنید. خلا را تا 0.8 kg/m^2 افزایش دهید و دوباره کارکرد کلاهک را چک کنید.

۴- **اعمال کشش.** کشش باید همیشه یک پروسیجر دو دستی باشد. در حالیکه دست راست میله کشش را می‌گیرد، انگشت شست دست چپ بر قله کلاهک فشار وارد کرده و انگشت اشاره بر روی پوست سر می‌ماند و نزول واقعی سر استخوانی را کنترل می‌کند (شکل ۸.۶).



شکل ۸.۶ : اعمال کشش اولیه (سر قبلا در خروجی لگن است)

Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.

کشش در شروع هر انقباض اعمال می‌شود و در سراسر انقباض حفظ می‌شود. در بین انقباضات، هیچ کششی اعمال نمی‌گردد. اولین کشش معمولاً برای پیدا کردن مسیر درست برای نزول است و سبب فلکسیون می‌شود (شکل ۸.۷). کشش دوم باید پیشرفت واقعی را نشان دهد. زاویه کشش با وضعیت سر تعیین می‌شود، برای مثال اگر سر در لگن میانی باشد، کشش باید در یک جهت روبه پایین اعمال شود؛ در صورتیکه سر در قسمت تحتانی لگن قرار بگیرد، کشش در زاویه ۴۵ درجه و اگر سر قبلا در خروجی لگن است، کشش بیشتر به صورت موازی است. اگر صدای هیس شنیده شود (علامت حتمی از بین رفتن خلا) کشش قطع می‌شود و دوباره انجام می‌شود.

مابین انقباضات موارد زیر را کنترل کنید:

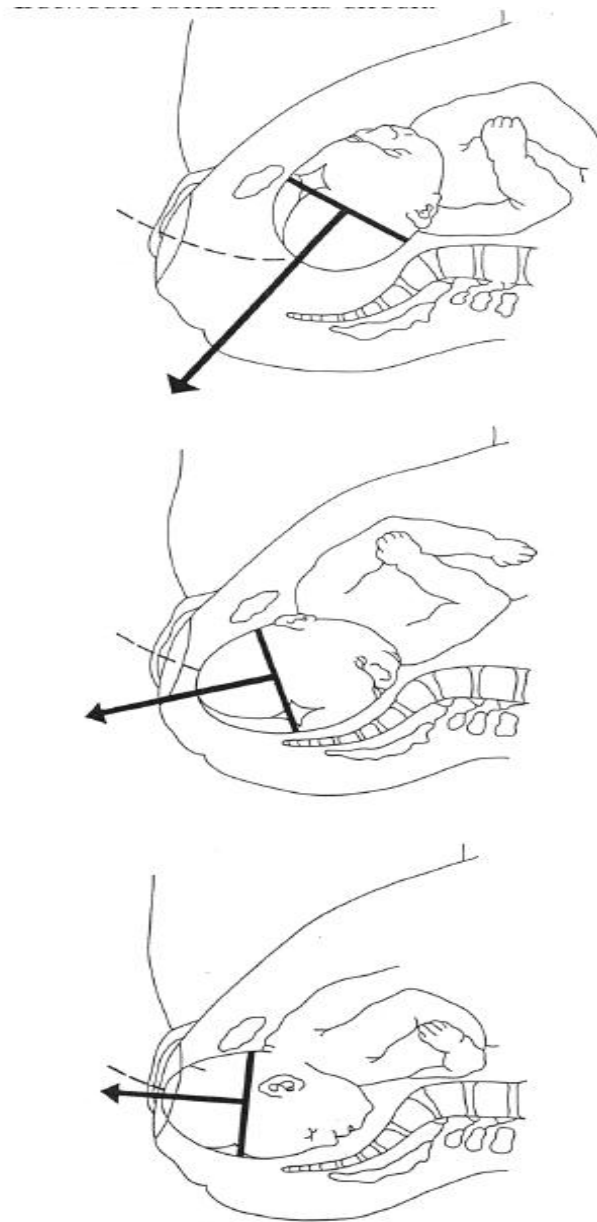
- تعداد ضربان قلب جنین
- کارکرد کلاهیک

توجه:

- هرگز از کلاهیک جهت چرخش فعال سر جنین استفاده نکنید. چرخش سر بچه با کشش اتفاق خواهد افتاد.
- با پیشرفت، و در غیاب زجر جنینی، کششهای "راهنمایی شده" را برای حداکثر ۳۰ دقیقه ادامه دهید. جهت کشش را همزمان با نزول سر تغییر دهید همانگونه که قبلا در **شکل ۸.۷** توضیح داده شده است.

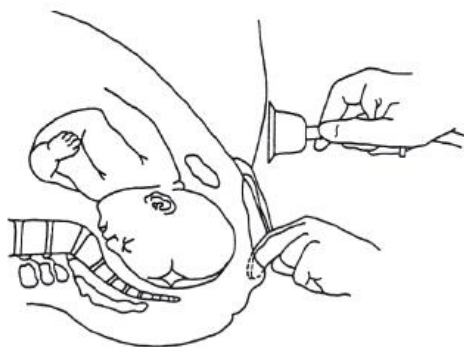
۵- تشویق خانم به زور زدن جهت کمک به نزول. زایمان سر بایستی به آهستگی و هدایت شده همانند زایمان طبیعی انجام شود (شکل ۸.۸، گام ۶-۱).

- برداشتن کلاهک. به محض کرونینگ سر یا بعد از زایمان سر، واکیوم قطع می‌شود، کلاهک برداشته شده و زایمان سر تکمیل می‌گردد.

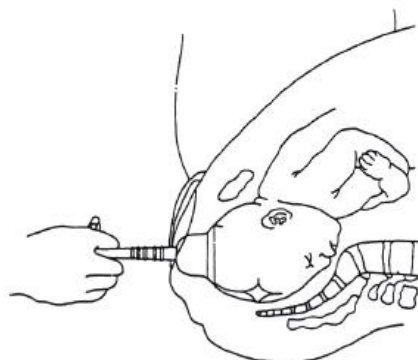


شکل ۸.۷: محور کشش مطابق انحنای لگن تغییر می‌کند

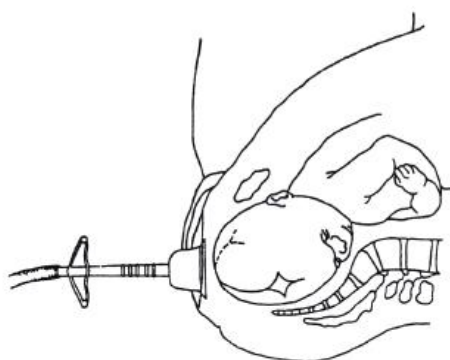
Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.



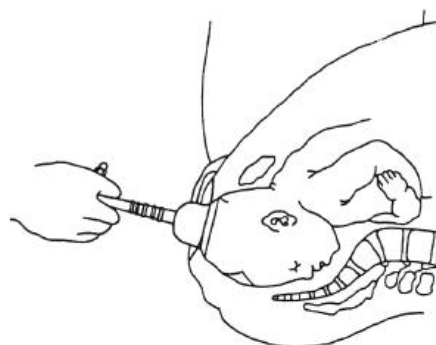
گام اول: کنار زدن پرینه و جاگذاری کلاهک



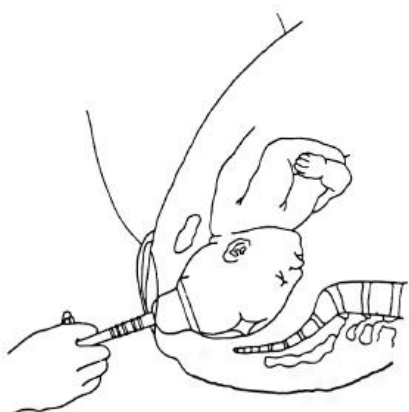
گام چهارم: اعمال کشش



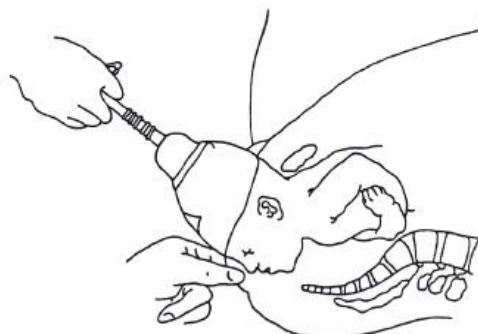
گام دوم: گذاشتن کلاهک روی نقطه فلکسیون



گام پنجم: تغییر جهت کشش مطابق با انحنای کانال زایمان



گام سوم: اعمال کشش جهت پایین آوردن سر به سمت پرینه



گام ششم: زایمان سر (موقع تکمیل زایمان سر، دست پرینه را حمایت می-کند)

شکل ۸.۸: گام‌ها در پروسیجر زایمان سر

Vacca A, *Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice*. 2nd ed. Vacca Research; Brisbane, 2003.

معیارهای ایمنی طی پروسیجر خارج کردن با واکيوم

- توجه به چندین عامل جهت اطمینان از یک نتیجه سالم و به حداقل رساندن خطرات برای مادر و بچه کمک کننده خواهد بود:
- بررسی از نظر عدم وجود کتراندیکاسیون، و این که همه شرایط جهت تلاش برای خارج کردن با واکيوم موجود باشد (ص ۱۶۱ را ببینید).
 - اهمیت استفاده از کلاهک با اندازه مناسب
 - بکارگیری درست کلاهک واکيوم جهت نتیجه موفقیت آمیز ضروری است. وقتی که نشانه‌های آناتومیکی بررسی نشوند، میزان شکست افزایش می‌یابد و دفלקسیون اعمال می‌شود.
 - مقدار کشش لازم جهت زایمان جنین نسبت عکس با نیروهای دفعی دارد. بنابراین فرد عامل باید مطمئن باشد که انقباضات رحمی و نیروهای دفعی موثر هستند. اگر انقباضات هیپوتونیک رحمی علت زایمان طول کشیده باشند، اکسی‌توسین به صورت انفوزیون وریدی شروع می‌شود. در این مورد، جهت اطمینان از انقباضات قوی و موثر سپس ممکن است افزایش تدریجی تجویز اکسی‌توسین لازم باشد. به هر حال جهت جلوگیری از تحریک زیاد انقباضات رحم و ایجاد انقباضات هیپرتونیک یا تونیک، مراقبت لازم است.
 - کشش باید تنها طی انقباض همراه با زور زدن مادر اعمال شود. کشش هرگز نباید به صورت مداوم باشد.
 - پیشرفت نزول باید به صورت واضح با دومین یا سومین کشش اتفاق افتد. وضعیت انگشت شست (شکل ۸.۶) شناسایی خواهد کرد زمانی را که پوست سر بدون سر استخوانی کشیده شده و نزول واقعی اتفاق نمی‌افتد. این کشش‌های منفی به احتمال زیاد سبب آسیب جدی به جمجمه خواهد شد.
- خارج کردن با واکيوم با شکست مواجه شده است اگر:
- سر با هر کشش پیشروی نکند.
 - پس از سه کشش بدون هیچگونه نزول، یا بعد از سی دقیقه زایمان جنین انجام نشود.
 - کلاهک از روی سر دو بار در جهت مناسب کشش با حداکثر فشار منفی بلغزد.

عوارض:

اگر چه خارج کردن با واکيوم در دستان مهارت دیده نسبتاً ایمن است، عوارض می‌تواند اتفاق افتد. این‌ها شامل:

اثرات روی بچه

- تحریک پذیری: احتمال آن در صورت مشکل دار بودن یا طول کشیدن پروسیجر بیشتر است.
- خونریزی شبکیه: به طور مکرر با زایمان طبیعی و ژینال اتفاق می‌افتد، اما ممکن است در خارج کردن با واکيوم بیشتر اتفاق بیفتد. هیچگونه مشکلات طولانی مدت یافت نشده است، اما اگر والدین متوجه این مسئله شوند باید به آنها اطمینان داده شود که بدون درمان رفع خواهد شد.

- خراشیدگی پوست سر: اثر اعمال فشار بر پوست سر منجر به کاپوت سوکسدانثوم مصنوعی می‌شود که به نام "گیس پشت سر"^{*} نامیده می‌شود. این بلافاصله بعد از زایمان وجود داشته و در عرض چند ساعت ناپدید خواهد شد. گاهی مواقع، پوست سر محل کلاهک بی‌رنگ شده و کبودی و خراشیدگی یافت می‌شود که نشان دهنده وضعیت لبه کلاهک روی پوست سر است. اینها باید تمیز و خشک نگهداشته شوند و خودبخود بهبود خواهند یافت.
- هماتوم سر: در تعداد معدودی از موارد، بافت زیر پوست سر آسیب می‌بیند و یک توده خونی تشکیل می‌شود. این معمولاً موقع تولد وجود ندارد، اما در عرض چند ساعت ظاهر می‌شود. مشخصه تورم، سفت بودن آن است که با تورم ادماتو در کاپوت متفاوت است و به استخوان جمجمه محدود می‌شود (هماتوم از خط سوچور عبور نمی‌کند). هماتوم می‌تواند حین تماس دردناک باشد. این ممکن است چند روز یا حتی تا یک هفته طول بکشد تا رفع شود و والدین نیاز به میزان زیادی اطمینان دادن مجدد خواهند داشت. برای نوزادانی با هماتوم سر و تحریک‌پذیری زیاد باید ضد درد تجویز شود و برای ارزیابی توسط پزشکی با مهارت در مراقبت از نوزادان جهت رد آسیب مغزی ارجاع شوند.
- زردی نوزادی: هر نوزادی با تحمل آسیب‌ها و کبودی احتمالاً در خطر بیشتری نسبت به سطوح طبیعی شکستگی سلولهای قرمز آسیب دیده قرار بگیرد- بنابراین در معرض خطر زردی نوزادی است که ممکن است اهمیت بالینی داشته باشد. نوزادانی که با استفاده از واکيوم خارج می‌شوند، نیاز به کنترل دقیق تا دو سه روز اول پس از تولد دارند. در صورت وجود نشانه‌های سطوح بالای زردی، ارجاع باید انجام شود یا توصیه به جستجوی مدیریت توسط یک بالین کار سلامتی با مهارت‌های تخصصی در مراقبت از نوزاد گردد.

اثرات روی مادر

- اغلب عوارض به دنبال خارج کردن با واکيوم در ارتباط با بکارگیری بی‌تجربه پروسیجر بوده و شامل موارد زیر است:
- آسیب به دهانه رحم به خاطر تشخیص نادرست کامل بودن دیلاتاسیون
 - پارگی پرینه
 - خونریزی پس از زایمان: در شرایط لیبر طول کشیده و پارگی‌ها
 - به خاطر عملکرد ضعیف قبل از پروسیجر و بی‌توجهی به پروتکل‌های پیشگیری از عفونت، سپسیس پس از زایمان ممکن است اتفاق افتد.

مراقبت بلافاصله پس از پروسیجر

- خارج کردن با واکيوم همیشه باید با اداره فعال مرحله سوم زایمان همراه باشد.
- اطمینان حاصل کنید که رحم به خوبی منقبض شده و اتلاف بیش از حد خون وجود ندارد
 - مجرای تناسلی را از نظر تروما بررسی کنید و هرگونه آسیب‌دیدگی یا پارگی احتمالی را ترمیم نمایید
 - اپی‌زیاتومی را ترمیم کنید
 - نبض، درجه حرارت و فشارخون مادر را کنترل کنید

* chignon

- اطمینان حاصل کنید که بچه تمیز و خشک است و بند ناف به طور مطمئنی بسته شده است و اینکه نوزاد به محض امکان به سینه مادر گذاشته شده است.
- پوست سر را معاینه کرده و به هرگونه جراحات توجه نمایید. به والدین علت تورم بزرگ "کاپوت سوکسدانثوم" را توضیح داده و به آنها اطمینان دهید که در عرض چند ساعت از بین خواهد رفت و به سر بچه صدمه نخواهد زد.
- اجازه دهید مادر و نوزاد به طور راحت در جایی استراحت کنند که بهبودی آنها قابل کنترل باشد

ثبت

- بعد از پروسیجر، اطلاعات زیر باید ثبت شود.
- اندیکاسیون استفاده از واکيوم
- تاریخ و زمان پروسیجر
- نام بالین کار انجام دهنده پروسیجر و اسامی اشخاص کمک کننده
- طول مدت پروسیجر و تعداد کشش‌ها
- پوزیشن سر جنین قبل از به‌کارگیری کلاهک (OA, OL, OP)
- پوزیشن زایمان (OA یا OP)
- وضعیت نوزاد حین تولد، رنگ، هرگونه تنفس و احیای انجام شده و وضعیت تورم سر (کاپوت سوکسدانثوم) و هرگونه کبودی
- جزئیات مرحله سوم زایمان
- جزئیات هرگونه داروی استفاده شده
- وضعیت مادر به دنبال پروسیجر
- هرگونه عوارض تاثیرگذار بر مادر و بچه

نگهداری تجهیزات

بعد از اتمام پروسیجر، تجهیزات باید مطابق پروتکل توصیه شده گندزدایی، تمیز و ضدعفونی شوند (جلسه ۶).

ارزیابی صلاحیت

جهت ارزیابی کسب صلاحیت در انجام پروسیجر، چک لیست زیر باید حین مشاهده مستقیم دانشجو در حال خارج کردن با واکيوم استفاده شود.

مربی باید مشاهده کند که آیا دانشجو هر یک از گام‌های موجود در چک لیست را تکمیل می‌کند. در صورت تکمیل درست هر گام بله را تیک بزنید. در صورت فراموشی یک گام یا انجام نادرست آن خیر را تیک بزنید. در ستون "ملاحظات"، مشاهدات مثبت و موارد مشکل‌دار باید مشخص شود.

برای این که یک دانشجو به عنوان فرد صلاحیت‌دار ارزیابی شود، هر گام در پروسیجر باید به طور درست تکمیل شود. برای دانشجویانی که هر گام پروسیجر را به طور درست تکمیل نمی‌کنند، باید ترتیبی جهت آموزش بیشتر و تمرین تحت نظارت اتخاذ شود.

سپس مدرس باید مجدداً از چک لیست جهت مشاهده و ارزیابی صلاحیت دانشجو استفاده کند.

چک لیست مهارت‌های بالینی برای خارج کردن با واکيوم

ملاحظات	خبر	بله	گام
			<p>وسایل و تجهیزات</p> <ul style="list-style-type: none"> تجهیزات لازم را آماده می‌کند
			<p>آماده کردن بیمار</p> <ul style="list-style-type: none"> پروسیجر را به خانم توضیح می‌دهد حمایت عاطفی فراهم نموده و مادر را تشویق می‌کند از خالی بودن مثانه مادر اطمینان حاصل می‌کند مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار می‌دهد دستها را به طور کامل می‌شوید و دستکش جراحی استریل یا ضدعفونی شده سطح بالا می‌پوشد فرج را با یک محلول ضدعفونی کننده تمیز می‌کند همه اتصالات به دستگاه واکيوم را چک نموده و واکيوم را امتحان می‌کند
			<p>گام‌های پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> وضعیت سر جنین را ارزیابی نموده و فونتانل خلفی را شناسایی می‌نماید بزرگترین کلاهک مناسب برای سر جنین را بکار می‌گیرد، در حالی‌که مرکز کلاهک روی نقطه فلکسیون قرار گیرد در صورت نیاز برای جاگذاری کلاهک، اپی‌زیاتومی انجام می‌دهد. کارکرد کلاهک را بررسی کرده و از عدم وجود بافت مادر در لبه کلاهک اطمینان حاصل می‌کند دستیار وی با استفاده از پمپ خلا $0/2\text{kg/cm}^2$ فشار منفی ایجاد کرده و کارکرد کلاهک را بررسی می‌نماید خلا را با استفاده از پمپ تا $0/8\text{kg/cm}^2$ فشار منفی افزایش می‌دهد و کارکرد کلاهک را بررسی می‌نماید کشش را در خط محور لگن و عمود بر کلاهک شروع می‌کند با هر انقباض، کشش را در یک خط عمود بر سطح لبه کلاهک اعمال می‌نماید بین هر انقباض کارکرد کلاهک را بررسی نموده و دستیار ضربان قلب جنین را ارزیابی می‌کند کشش‌های "راهنمایی شده" را تا زایمان سر ادامه می‌دهد ولی حداکثر از ۳۰ دقیقه بیشتر انجام نمی‌دهد هنگام زایمان سر واکيوم را آزاد کرده و زایمان را به طور صحیح کامل می‌کند
			<p>مراقبت بلافاصله پس از پروسیجر</p> <ul style="list-style-type: none"> از انقباض خوب رحم و عدم اتلاف بیش از حد خون اطمینان حاصل می‌کند مجرای تناسلی را از نظر تروما بررسی کرده و هرگونه آسیب‌دیدگی یا پارگی احتمالی را ترمیم می‌نماید اپی‌زیاتومی را ترمیم می‌کند نبض، درجه حرارت و فشارخون مادر را ارزیابی می‌کند پوست سر را معاینه می‌کند اطمینان حاصل می‌کند که بچه تمیز و خشک است و بند ناف به طور مطمئنی بسته شده است و اینکه نوزاد به محض امکان به سینه مادر گذاشته شده است. اجازه می‌دهد مادر و نوزاد به طور راحت در جایی استراحت کنند که بهبودی آنها قابل کنترل باشد با مادر صحبت می‌کند همه مستندات را تکمیل می‌کند

توضیحات مدرس:

توضیحات دانشجو:

مطالعات موردی



جلسه ۹

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 متوقف شده.
- توانمند کردن دانشجویان به یادگیری از تجارب خود و انجام توصیه‌های عملی که حین اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده نتایج را بهبود خواهد بخشید.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۹، دانشجویان قادر خواهند بود:

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

طرح درسی

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

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

منابع

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان: راهنماها برای مطالعه موردی.

دستورالعمل‌ها برای کار گروهی.

اگر دانشجویان بی تجربه 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 ۹ انجام شود و باید شامل آموزش بالینی باشد.

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

سه مطالعه موردی برای این جلسه پیشنهاد شده است. مربی ممکن است تصمیم بگیرد که فقط از ۲ مطالعه جهت کوتاه‌تر کردن جلسه استفاده نموده و در جلسه بعدی آن را تکرار نماید.

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

رئوس مطالب جلسه:

۱- 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 نتیجه 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 ارائه خواهند کرد.

۲- ارائه مطالعه موردی ۱.

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

۴- ارائه مطالعه موردی ۲.

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

۶- ارائه مطالعه موردی ۳.

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

۸- خلاصه نمودن ارائه‌های موردی. اینجا خیلی مهم است:

- ارتباط دادن فرآیند با نتیجه
- 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 نتیجه 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 زایمان متوقف شده 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 جلسه A یا B به اضافه جلسه C به هر گروه جهت بحث تعیین نمایید.

بازخورد

در پایان جلسه شما باید یک لیستی داشته باشید از آنچه که دانشجویان درباره عملکرد خوب یاد گرفته‌اند. 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 عملکردهای ضعیف اجتناب نمود.

کلاس همچنین باید توصیه‌های ارایه شده درباره عملکردهای نیازمند به بهبود داشته باشد. از این توصیه‌ها، یک طرح عملی توسعه دهید. بحث کنید درباره:

چیزی که لازم است اتفاق افتد

چگونه آن 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.

چگونگی پایان دادن به این مدل

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

تاکید کنید هر مامایی که به آموختن ادامه می‌دهد و می‌تواند آموخته‌های خود را در عملکرد خویش به کار گیرد، به ارتقای مادری ایمن کمک می‌کند.

در آخر از هر دانشجویی بخواهید که یک چیزی راجع به عملکردشان بنویسند که به منظور ارتقای بیشتر مادری ایمن قصد دارند تغییر دهند.

دانشجویان ممکن است بخواهند در انجام برخی از تغییراتی که قبلاً نیز انجام داده‌اند و با تغییراتی که قصد به انجام آن دارند، مشارکت داشته باشند. از آن‌ها دعوت کنید که چنین کاری را انجام دهند اما آن‌ها را مجبور نکنید.



دستورالعمل‌ها برای دانشجویان - راهنمایی‌هایی برای مطالعه موردی

مطالعه موردی شما باید در رابطه با برخی جنبه‌های اداره زایمان طول کشیده و متوقف شده باشد. آن باید شامل موارد زیر باشد:

شماره مورد:

(این کار کمک خواهد نمود که 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:
	تاریخچه و بارداری، زایمان و محل آن، نفاس فعلی
خلاصه‌ای از مراقبت و اداره تا به این تاریخ	
از شما درخواست خواهد شد که راجع به موضوعات مهم زیر بحث کنید.	
این نتیجه است	۱- چه اتفاقی روی داد؟ این شامل جزئیات مشکل اتفاق افتاده در لیبر، و وضعیت زن در انتهای لیبر خواهد بود
این فرآیند است	۲- چه عوامل مستعد کننده‌ای جهت لیبر متوقف شده وجود داشتند (از قبیل کوتاه قدی، بدشکلی لگن، سابقه قبلی زایمان مشکل)؟
	۳- مراقبت حاملگی، زایمان و پس از زایمان چگونه اداره شد؟
این ارتباط بین فرآیند و نتیجه را در نظر می‌گیرد	۴- نکات اصلی مراقبت مامایی را خلاصه کنید، تاکید کنید که مورد چگونه اداره شد.
این نشان می‌دهد چه چیزی می‌تواند از طریق تجربه یاد گرفته شود.	۵- آیا فرصت‌های از دست رفته‌ای وجود داشت؟ عواملی ممکن است چشم پوشی شده که، در خانم دیگر، منجر به مرگ مادر شده است. در موارد مرگ، بپرسید که آیا این قابل اجتناب بود؟



دستورالعمل‌ها برای کار گروهی

جلسه A یا B (مدرس شما توصیه خواهد کرد که کدام جلسه را انتخاب کنید)، به اضافه جلسه C را به بحث اختصاص دهید. محرمانه ماندن اطلاعات افراد درگیر شامل بیمار و کارمند را تضمین کنید.

بحث مطالعات موردی در اداره زایمان متوقف شده:

A. در مواردی که مادر 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 می‌تواند بهبود یابد؟

B. در مواردی که مادر مرد:

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

C. بازتاب در عمل:

- ۱- هرگونه حقایق در مورد عملکردی که شما از طریق این مطالعات موردی آموخته‌اید، لیست کنید.
- ۲- توصیه‌هایی را ارایه کنید که فکر می‌کنید در اداره سالم‌تر لیبر طول کشیده و متوقف شده در محل بالینی شما کمک کننده خواهد بود.

فردی را جهت گزارش‌دهی منصوب کنید

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 غیر قانونی اتفاق بیفتد.

Inevitable abortion

سقط اجتناب ناپذیر شامل خونریزی واژینال، درد عضلات شکمی و دیلاتاسیون پیشرونده سرویکس با 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 دست رفته‌ای که بیش تر از ۶-۸ هفته در رحم باقی بمانند اتفاق بیفتد.

Septic abortion

سقطی که در ۲۲ هفته اول حاملگی به وسیله عفونت رحمی یا عفونت گسترش یافته ی مجرای ژنیتال ایجاد می‌شود که سبب تب، لرز، ترشحات بد بوی واژینال، درد لگن و سیتی سمی 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 سرویکس می‌باشد. ممکن است علائم رفع شوند و بارداری موجود ادامه یابد. اگر علائم ادامه یابد ممکن است نتیجه بارداری ناچاراً سقط کامل یا ناقص خواهد بود.

Unsafe abortion

سقط غیر ایمن به ختم حاملگی توسط شخصی فاقد مهارت‌های ضروری یا در محیطی بدون حداقل استانداردهای مراقبتی یا هردو مورد باهم اطلاق می‌گردد.

Abscess

تجمع موضعی چرک در هر جایی از بدن که بعلت عفونت می باشد.

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

Analgesic

دارویی که برای کاهش درد تجویز می‌شود.

Aneurysm

کیسه ای 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 سر راهی و دکولمان جفت می‌باشد.

Anterior

موقعیتی در جلو یا درطرف مقابل جهت یابی شده است.

Antero posterior

از جلو تا عقب

Antibiotic

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

Antibody

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

Anticonvulsant drug

دارویی که تشنج را کنترل می کند.

Antihypertensive

دارویی که برای کاهش فشارخون تجویز می شود.

Antipyretic

دارویی که برای کاهش تب تجویز می شود.

Antiseptic

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

Anuria

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

Apex

مرتفع ترین موقعیت.

Apnoea

عدم تنفس

Aseptic technique or asepsis

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

Asphyxia

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

Asymmetrical

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

Atonic

فقدان قدرت انقباضی عضلات.

Atonic postpartum bleeding

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

Augment

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

Avoidable factors

فاکتورهایی که سبب مرگ مادر در مکان هایی می شوند که به دور از استانداردهای کلی پذیرفته شده مراقبتی هستند یا بر آنها تأثیر می گذارند.

Axilla

زیر بغل

B

Bacteria

از نظر میکروسکوپی ارگانیسم های بدون سلولی هستند که اگر پاتوژن باشند می توانند باعث بیماری شوند. آنها به سرعت تولید مثل می کنند و می توانند به سرعت در بدن افزایش یابند.

Bacteriuria

وجود باکتری در ادرار

Bandl's ring

ناحیه ای بین سگمان فوقانی و تحتانی رحم که در هنگام زایمان انسدادی قابل مشاهده و قابل لمس هست که به دلیل افزایش ضخامت بیش از حد سگمان فوقانی و نازک شدن سگمان تحتانی هست و نشانه ای 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 می شود. دست راست به شکل یک مشت بسته در فورنیکس قدامی واژن قرار می گیرد. دست چپ بطور عمیق بر روی شکم به منظور فشار در برابر دیواره خلفی رحم فشرده می شود. فشار تا زمانی که خونریزی کنترل شود ادامه می یابد.

Bolus

یک دوز داروئی آماده که همه اش به یکباره تزریق می شود.

Broad ligament

دو چین پریتونوم که بر روی رحم کشیده شده که به کناره های دیواره لگن کشیده می شود و به نگهداشتن رحم در موقعیتش کمک می کند. این چین ها هم چینین لوله های رحمی و پارامتریوم، رگ های خونی و اعصاب را در بر می گیرد.

C

Capsular decidua

دسیدوای کیسولی 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 سرویکس می باشد. 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 می گیرد.

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 آنومالی هایی در شکل لگن یا بزرگی یا آنومالی جنین باشد.

Cerebral haemorrhage

خونریزی در مغز که به دلیل پارگی رگهای خونی می باشد.

Cerebrospinal fluid

مایعی که داخل طناب مغزی و نخاعی قرار گرفته است.

Cervical os

سوراخ داخلی بین سرویکس و سگمان تحتانی رحم باز می شود و سوراخ خارجی به ناحیه ای بین واژن و سرویکس باز می شود. بعد از افسمان (نرم شدگی) سرویکس در زایمان فقط یک سوراخ بین واژن و سگمان تحتانی رحم وجود دارد.

Chorioamnionitis

عفونت پرده هایی که جنین را در رحم می پوشانند.

Chorion

بیرونی ترین غشایی که جنین را در رحم می پوشاند .

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 ریه ها 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 می شود. و در نهایت به خاطر تخلیه تمام فاکتورهای انعقادی، خونریزی رخ می دهد. این حوادث در نتیجه آسیبهای ایسکمیک در درون اعضاء بدن ایجاد می شوند 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 می شوند که از جمله آنها می توان به دکولمان جفت، پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی، باقی ماندن جنین مرده پس از چند هفته، آمبولی مایع آمینوتیک و برخی از عفونت های بسیار شدید اشاره کرد.

Coccyx

استخوان کوچکی در انتهای استخوان خاجی می باشد، 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 می شود.

Coma

حالتی از بیهوشی که شخص در این حالت نمی تواند تحریک شود و گفته می شود که این فرد در حالت اغما و بی هوشی می باشد.

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 می گیرد.

Crowning

لحظه ای در طول تولد که وسیع ترین قطر نمایش داده شده جمجمه جنین، دهانه واژن را متسع می کند و سر در فاصله بین انقباضات به عقب می رود.

Cubital fossa

حفرةای در قسمتی از بازو که در مقابل آرنج است.

Cyanosis

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

Cystitis

عفونت مثانه

D

Decidua

نامی که به آندومتر (لایه داخلی) رحم باردار داده می شود. بخشی از دسیدوا که در زیر جفت می باشد 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 می شود. این وضعیت باعث درد و تورم هنگام راه رفتن می شود. اگر لخته خود را از دیواره رگ جدا کند ممکن است از طریق جریان خون به قلب یا ریه ها منتقل شده و در اثر عدم احیای فوری و موفق، باعث کلاپسه شدن آن ها و مرگ شود.

Deficiency

کاهش یا کمبود

Deflexed (head)

باز شدن سر در برابر خم شدن سر با چانه و سینه. این حالت درپوزیشن هایی که اکسی پوت خلفی هستند ایجاد می شود و می تواند سبب زایمان طول کشیده شود چون بزرگترین قطر سر جنین 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 می باشد. نشانه های دهیدراتاسیون شامل: خشکی دهان، تشنگی، چشمان گود رفته، برگشت آرام پوست و کاهش برون ده ادراری است.

Delirium

حالتی از اختلالات ذهنی میباشد که با سخنان بی ربط، توهم و هیجان و معمولاً در اثر تب بالا رخ می دهد.

Diameter

یک خط راستی که از مرکز یک دایره و یا کره عبور می کند. تعداد اقطار لگن و مجسمه جنین و روشهای مناسب اندازه گیری شرح داده شده است.

Differential diagnosis

تصمیم گیری در شرایطی است که بیش از یک علت، مسئول ایجاد علائم و نشانه های بیماری مورد نظر است.

Direct obstetric death

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

Disseminated intravascular Coagulation

اختلال در سیستم انعقادی که بوسیله موقعیت های خاص ایجاد می شود (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 می دهد.

Dorsal position

دراز کشیدن به پشت

Drowsy

نیمه خوابیده، چرت زدن.

Dysentery

عفونت در روده به علت باکتری ها یا انگلها، که سبب درد در شکم و دفع مکرر مدفوع حاوی خون، چرک یا موکوسی می شود.

E

Eclampsia

یک موقعیت عجیب در زن حامله یا تازه زایمان کرده می باشد که با تشنج مشخص می شود و در نهایت منجر به کما می شود. این دسته از خانم ها معمولاً دارای فشار خون بالا و پروتئین اوری 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 گرفته اند.

Endometritis

عفونت اندومتر که داخل حفره رحم قرار گرفته است.

Endometrium

اندومتر داخلی ترین لایه رحم می باشد.

Engorged breasts

احتباس دردناک مواد مترشحه از پستان ها که اغلب با التهاب لنفا 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 می کند.

Epigastric

ناحیه وسطی نیمه فوقانی شکم

Episiotomy

برشی در ناحیه پرینه که درست قبل از خروج تاج سر ایجاد می شود 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 جنین های پره ترم باید استفاده شود تا فشار بر جمجمه نرم جنین کاهش یابد تا بدین وسیله خطر آسیب های مغزی کاهش یابد.

Essential hypertension

افزایش فشار خون بدون دلیل آشکار و واضح

Expansile

قادر به کش آمدن و دراز شدن؛ متسع شدن

Extend the knee

صاف و دراز کردن ساق پا

Extension (head)

دراز شدن، این حالت برعکس خم شدن (فلکسیون) می باشد که این واژه برای توصیف مکانیسمی که سر جنین بوسیله آن متولد می شود بکار می رود. بعبارت دیگر سر بعد از اینکه فلکسیون می یابد اکستانسیون می یابد 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 می شوند.

Fatal

کشنده مرگبار

Fetal sac

کیسه ای که جنین را در بر می گیرد

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 غیر طبیعی بین دو ارگان ، به عنوان مثال، مثانه و واژن، یعنی فیستول مثانه ای واژنی، یا واژن و مقعد: فیستول رکتومی واژنی ایجاد می شود. این یک عارضه جدی ناشی از زایمان متوقف شده است که سبب بی اختیاری ادراری یا مدفوعی میشود و معمولاً نیاز به درمان از طریق جراحی پیدا می کند.

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 می دهد.

Foaming

مجموعه ای از حباب های کوچک در مایع که با تحریک تشکیل کف می دهند. در زمان مناسب با توجه به بزاق و مخاط در دهان حباب تشکیل می شود.

Fontanelle

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

Fundus

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

G

Genital mutilation

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

Genital tract

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

"Gishiri" cut

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. اندازه گیری هماتوکریت خون توسط سانتیفریژ نمونه خون (چرخش خیلی سریع نمونه خون در دستگاه) اندازه گیری می‌شود.

Haematoma

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

Haemoglobin

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

Haemoglobinopathies

اختلالاتی از خون که به علت شکل های غیر معمول هموگلوبین (مخصوصاً آنمی داسی شکل، تالاسمی) ایجاد می شود. در این وضعیت آنمی شدید ایجاد می شود.

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 ناسازگاری های 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 غیر معمول که در نتیجه توده ای از خوشه های شبیه انگور ایجاد می شود. در چنین وضعیتی نیاز به ختم حاملگی هست و هم پیگیری های 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 بطن های مغزی مشخص می شود. بچه ای که هیدروسفالوس دارد سر بزرگ و پیشانی برآمده دارد. در موارد حاد قادر به زندگی نمی باشند اما موارد خفیف توسط جراحی قابل درمان می باشند در جراحی مایع مغزی نخاعی اضافی به داخل جریان خون هدایت می شوند.

Hyperemesis gravidarum

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

Hypertension

افزایش فشار خون

Hypertonic

افزایش بیش از حد تون. انقباضات هایپرتونیک رحم، غیر طبیعی و شدیداً دردناک با فاصله ای کوتاه بین آنها می باشند که معمولاً سبب دیسترس جنینی و در نتیجه پارگی رحم می شود. انقباضات هایپرتون رحمی اغلب با زایمان طول کشیده (بتاخیر افتاده) و زایمان مشکل، یا استفاده بیش از حد از داروهای اکسی توسیک برای تقویت و یا القای زایمان مرتبط می باشد.

Hyponatraemia

کاهش سدیم (نمک) محلول در خون

Hypovolaemia

کاهش غیر طبیعی حجم خون در گردش در بدن که معمولاً به علت از دست دادن حجم زیادی از خون مخصوصاً در هموراژی ایجاد می شود.

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 می شود مشخص می شود.

Imminent

فوری ، سریع ، به زودی اتفاق افتادن.

Incision

یک برش جراحی

Indirect obstetric death

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

Induced labour

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

Infarct

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

Infertility

وجود مشکل یا ناتوانی در باردار شدن ، ناباروری

Infiltration (of local anaesthetic)

روشی از انجام بی حسی موضعی به داخل بافتها می باشد. قبل از انجام اپی زیوتومی انفیلتراسیون پرینه انجام می شود.

Internal

در سمت داخل

Intrapartum

حین تولد بچه اتفاق افتادن.

Intraperitoneal

داخل حفره پریتونئ یا صفاق

Intrauterine death

مرگ داخل رحمی جنین

Intrauterine growth retardation (IUGR)

عقب ماندگی رشد جنین در داخل رحم که علت آن همیشه شناخته شده نمی باشد. اما احتمال بیشتری وجود دارد که در موارد سوء تغذیه، آنمی، پره اکلامپسی، مالاریا، توبرکلوزیس (سل)، و هم چنین در خانم های سیگاری دیده شود.

Involution of the uterus

رحم بعد زایمان به اندازه طبیعی برمی گردد پیش از آنکه بوسیله اتولیز (ریزش سلولها) و ایسکمی (کاهش ذخایر خونی) و افزایش فیبرها ایجاد می شود. برگشتن رحم به اندازه طبیعی بلافاصله بعد از تولد شروع می شود و تا ۶ هفته بعد کامل می شود.

Ischial spines

۲ برجستگی کوچک لگن که به داخل حفره لگن برجسته شده و در معاینه واژینال می تواند در کناره های لگن احساس شود.

Isthmus

یک راه ارتباطی باریک بین تنه و گردن رحم.

K

Ketoacidosis

حالتی از عدم تعادل الکترولیتی که با کتوز و کاهش pH مشخص می شود. اگر خانم در حین زایمان دهیدراته و کتوتیک شود ممکن است کتواسیدی شود. خانم دچار کتوز در حین تنفس خودش رایحه شیرین یا میوه استشمام می کند. درمان کتوز، دادن مایعات کافی و کربوهیدرات به خانم می باشد.

Ketonuria

حضور اجسام کتونی در ادرار.

Kyphosis

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

L

Laparotomy

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

Lateral

طرف کنار

Leukopenia

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

Liquor

واژه ای دیگر برای مایع آمنیون

Lithotomy poles

دسته های لیتوتومی که به کناره های تخت زایمان یا میز زایمان وصل هستند و بندهایی دارند که پاهای خانم را در حین انجام پروسه های خاصی بر روی ناحیه ژنیتال بعنوان مثال در واکيوم خروجی و بخیه بر روی ناحیه پرینه حمایت می کنند.

Lithotomy position

خانم به پشت دراز می کشد و پاهایش جدا از هم قرار می گیرند و توسط بندهایی که از دسته های لیتوتومی آویزان هستند حمایت می شوند.

Lochia

ترشحات رحم بعد از تولد بچه می باشد. این ترشحات شامل خون، عضله، تکه هایی از دسیدوا و سایر مواد زاید رحم می باشد. در طول ۲-۳ روز اول بعد از تولد بخش اعظم ترشحات شامل خون می باشد سپس ترشحات از رنگ صورتی به قهوه ای تبدیل می شوند که شامل مایع سروزی می باشد این ترشحات ۲-۳ هفته بعد از تولد بچه طول می کشد. 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 می باشد.

Lion

بخشی از پشت بدن که بین سینه و لگن می باشد.

Lumber puncture

پروسه‌ای هست که یک سوزن توخالی به فضای ساب آراکنوئید که در بین مهره های سوم و چهارم کمری می باشند وارد می کنند تا نمونه‌ای از مایع مغزی نخاعی را برای معاینه و اندازه گیری فشار داخل مایع بدست آورند. همچنین برای بی‌حسی نخاعی ممکن است از این پروسه استفاده شود.

M

Malar bones

استخوان های گونه

Malnutrition

تغذیه ناکافی که در نتیجه یک رژیم غذایی فقیر یا به خاطر متابولیسم معیوبی می باشد که از استفاده صحیح بدن از مواد غذایی جلوگیری می کند. ضعف جسمی، کاهش سطح هوشیاری و حالتی از جدایی از واقعیت نشانه هایی از سوء تغذیه هستند.

Marginal

خط کناری، حاشیه‌ای

Mastitis

عفونت پستان‌ها می باشد. یک ناحیه از سینه حساس و قرمز و گرم می شود و این خانم عموماً احساس خوبی ندارد. این عفونت با آنتی بیوتیک به خوبی درمان می شود اما اگر در مان نشود ممکن است منجر به آبسه پستان شود.

Mastoiditis

عفونت استخوان پشت گوش می باشد. عفونت ماستوئید می تواند ترکیبی از اوتیت چند جانبه (عفونت گوش میانی) باشد.

Meconium

ماده‌ای به رنگ سبز تیره که در روده جنین فول ترم موجود می باشد. مکونیوم شامل رنگ صفرا، نمک، موکوس، سلولهای اپی تلیال و مقداری مایع آمنیون می باشد و اولین مدفوع دفع شده جنین می باشد و برای یک یا دو روز ادامه می یابد. گاهی اوقات به داخل رحم دفع می شود 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 یادداشت های 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 اندام ها (بازو یا ساق پا)

Moulding(of the fetal head)

روی هم قرار گرفتن لبه‌های استخوان‌های مجامه 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 جهت یابی 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 حاملگی‌های دو قلبی یا چند قلوها.

Myometrium

لایه عضلانی رحم

N

Nape

پشت گردن

Necrosis

مرگ بافتها

Normal sline

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

Nullipara

زنی که هیچ بچه‌دارای قابلیت حیات را بدنیا نیاورده است.

O

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 پیشرفت متوقف شده است و تولد نوزاد بدون مداخله جراحی غیر ممکن است.

Occipitto frontal diameter

فاصله بین پل بینی و برجستگی اکسی پوتال می‌باشد (به عبارت دیگر برجستگی که می‌تواند در پشت سر در استخوان اکسی پوتال لمس شود) هنگامی که سر فلکسیون پیدا نکرده است این قطر نمایش داده می‌شود و ۱۱.۵ cm اندازه گیری می‌شود.

Occiput

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

Oedema

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

Offensive

استشمام بوی بسیار بد

Oliguria

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

Os

یک دریچه

یک استخوان

Osteomalacia

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

Otitis media

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

Oxygen

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

Oxytocic

واژه ای که برای همه داروهای تحریک کننده انقباضات رحمی به منظور القا یا تسریع لیبر و یا برای پیشگیری از خونریزی های پس از زایمان اطلاق می شود.

P

Parametritis

عفونت پارامتریوم

Parametrium

بافت همبند اطراف بخش تحتانی رحم می باشد که فضای بین رحم و ارگان های مربوطه را پر می کند.

Parity

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

Partograph

ثبت همه مشاهدات بالینی در خانمی که در حین زایمان است، می باشد. مهم ترین ویژگی در ثبت پارتوگراف ارزیابی دیلاتاسیون دهانه رحم و نزول سر بچه می باشد. پارتوگراف یک خط هشدار و اقدام دارد که اگر قطع شود نشان می دهد که زایمان خیلی آرام تر از حد معمول پیشرفت می کند و نیازمند مداخله هست.

Patella

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

Pathogenic

علت یا میکروارگانیسمی که سبب بیماری می‌شود مخصوصاً باکتریه‌های 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

Perinrium

ناحیه‌ای که از قوس پوبیس تا کوکسیکس و بافت‌های زیرین گسترده شده است. در زایمان جسم پرینه هرم فیبرو ماسکولاری است که بین یک سوم تحتانی واژن در قدام و خارهای ایسکیال در طرفین قرار دارد. که حین تولد بچه نازک و کشیده 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 جهت یابی شده است. معمولاً سر خم می‌شود و به یک موقعیت قدامی چرخش می‌کند اما نمایش اکسی پوت خلفی موقعیتی هست که مانع چرخش سر بچه می‌شود و بچه به دنیا آمده صورتش بطرف پوبیس است. لیبر در این موارد اغلب خیلی مشکل است. زیرا بزرگ‌ترین قطر سر جنین باید از لگن عبور کند. در نتیجه انقباضات کمتر موثر هستند، دیلاتاسیون دهانه رحم آهسته بوده و نزول سر جنین با تأخیر صورت می‌گیرد و آسیب مادر و جنین شایع است.

Photophobia

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

Physical disability

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

Pivot

چرخیدن یا محکم کردن در یک نکته مرکزی

Placenta praevia

قرارگیری غیر طبیعی جفت در قسمت تحتانی رحم که سبب می‌شود دهانه رحم بطور کامل یا نسبی توسط جفت پوشیده شود (دهانه رحم بین رحم و سرویکس باز می‌شود). کشیده شدن سگمان تحتانی رحم در سه ماهه سوم سبب جدایی جفت از دیواره رحم می‌شود و سبب خونریزی-های 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 امکان 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 چندقلویی، 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 میلی لیتر خون یا بیشتر از مجرای تناسلی پس از زایمان است. شایع ترین علت آن اتونی (تن ماهیچه ای 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 شایع ترین 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، پره-اکلامپسی 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 میلی لیتر خون یا بیشتر از مجرای ژنیتال در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان .

Primigravida

خانمی که برای اولین بار باردار شده است.

Primipara

خانمی که هیچ فرزند زنده‌ای را به دنیا نیاورده است.

Prolonged labour

زایمانی که بیش از ۱۲ ساعت طول بکشد.

Prolonged Rupture of Membranes

اگر پارگی غشاها بیش از ۱۸ ساعت طول بکشد بدون در نظر گرفتن اینکه آیا زایمان شروع شده است یا نه.

Prophylactic

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

Prophylactic Antibiotic treatment

تجویز آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت‌ها

Proteinuria

وجود پروتئین در ادرار. علل آن عبارتند از آلودگی به علت ترشحات مهبل، عفونت یا بروز پره اکلامپسی. که همیشه باید مورد بررسی قرار گیرد،

زیرا اگر پره اکلامپسی باشد خطرناک و اگر ناشی از عفونت باشد درمان با آنتی بیوتیک لازم است.

Pubic arch

ساختار استخوانی کاسه مانندی که در مقابل لگن قرار دارد.

Puerperal sepsis

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

Puerperium

دوره ۴۲ 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 داروهای که یک نوع از باکتری‌ها را می‌کشند، کشته نمی‌شوند.

Resuscitation

برگرداندن کسی که تقریباً مرده بوده به هوشیاری یا زندگی

Retained placenta

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

Retracted

کشیدن به پشت

Retro placental

موقعیتی در پشت یا در زیر جفت

Reversal

چرخش یا تغییر در موقعیت متضاد

Rhesus factor

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

Rickets

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

Risk 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 (استخوان‌های آهیانه) می‌باشد که از فونتanel خلفی به فونتanel قدامی کشیده می‌شود.

Sanitation

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

Scoliosis

انحراف ستون فقرات از خط مستقیم به طرفین.

Secondary postpartum haemorrhage

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

Segment

یک بخش یا ناحیه‌ای از یک شیء.

Self-retaining catheter

کاتتری که بطور ثابت در داخل مثانه گذاشته می‌شود.

Semiprone positin

دراز کشیدن به پهلو چپ

Semi-recumbent position

دراز کشیدن در حالی که سر و شانه‌ها 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 سپتی سمی 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

شوکی که سبب 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 (حفره‌های هوایی در استخوان‌های مغزی، در هر ۲ طرف بینی و بالای چشم)

Sitz bath

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

Smear

نمونه‌ای از سلولهای سطحی واژن یا سرویکس که می‌تواند بصورت میکروسکوپی 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 عبارت دیگر پسرفت آهسته اندازه رحم می‌باشد.

suboccipitobregmatic diameter (of head)

فاصله بین برآمدگی اکسی پوت تا فونتانل قدامی سر.

Symphiotomy

یک برش جراحی در سمفیز پوبیس برای پهن کردن قطر لگن در مواقعی که عدم تناسب بین سر جنین و لگن مادر وجود داشته باشد. که یک

پروسه اورژانسی قابل استفاده در زمانی می‌باشد که امکانات کافی برای جراحی سزارین صحیح در دسترس نباشد.

Symphysis pubis

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

T

Talipes

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

Tenderness

احساس درد هنگام لمس کردن.

Term baby

بچه‌ای که بین هفته های ۴۲ تا ۳۷ 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 ایمنی‌زایی 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 رگ‌ها جدا شود، خطر آمبولی غیر قابل اجتناب می‌باشد که در نهایت منجر به مرگ می‌شود.

Tocolytic agent

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

Traditional birth attendant (TBA)

به 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 (بی‌ضرر) یا سرطانی باشد.

Twitch

عکس‌العمل، ناگهانی، سریع، گذرا.

U

Ultrasound

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

Umbilical cord

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

Uremia

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

Utero vesical pouch

فضای بسته‌ای که بین مثانه و رحم قرار دارد.

Uterus inversion

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

V

Vacuum extraction

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

Vaginal fornix

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

Varicose veins

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

Venepuncture

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

Vertex

ناحیه‌ای از سر می‌باشد که بین فونتانل‌های 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 آنومالی‌های 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.