

مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران



ویژه بهورز

بهار ۱۴۰۰

تهیه و تدوین :

آرزو غیرتی قاسم آبادی مدیر مرکز آموزش بهورزی خواب دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مریم اسحاق نیا مربی مرکز آموزش بهورزی تابباد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

شبیم امامیان مربی مرکز آموزش بهورزی مشهد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فاطمه فلاح مربی مرکز آموزش بهورزی کاشمر دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اعظم نجار بقمچ مربی مرکز آموزش بهورزی چناران دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مهری منعمی مربی مرکز آموزش بهورزی قوچان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

بازنگیری و تنظیم : مدینه علیزاده مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت

شهرستان باغملک – دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

زهرا شکر الهی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان غرب اهواز – دانشگاه

علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

با نظارت : فریبا ایدنی کارشناس مسئول آموزش بهورزی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقاء سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت های بهداشتی درمانی است و از این روی سلامت مادران به عنوان یکی از گروه های آسیب پذیر در سال های اولیه استقرار نظام بهداشت و درمان در کشور مورد توجه خاص سیاستگذاران برنامه سلامتی قرار گرفت. در آن سال ها افزایش دسترسی به مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان به عنوان اولویت مد نظر بود که با توسعه شبکه بهداشت و درمان کشور، این امر میسر گردید. با بهبود شاخص دسترسی کمی به خدمات، توجه به ارتقاء کیفی خدمات از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان ضرورت داشت. از این روی استانداردسازی خدمات مراقبتی مادران در سطوح خارج بیمارستانی توسط اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت تهیه و تدوین و اجرای آزمایشی آن از سال ۱۳۸۲ در کشور آغاز گردید. نظر به اینکه بهورزان یکی از ارکان اصلی نظام خدمات بهداشتی درمانی در کشور هستند و ارتقاء دانش و مهارت آنان در ارایه مراقبت ها، نقش موثری در سلامت مادران دارد، محتوای آموزشی بهورزی در راستای اهداف تعیین شده در برنامه های کشوری سلامت مادران و متناسب با شرح وظیفه بهورزان تجدید نظر شد که مجموعه حاضر حاصل این بازنگری است.

دکتر سید مؤید علویان

معاون سلامت

راهنمای کلی محتوای مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران

فصل اول: مروری بر عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان	←
فصل دوم: مراقبت های پیش از بارداری	←
فصل سوم: آبستنی (بارداری/حاملگی)	←
فصل چهارم: مراقبت های دوران بارداری	←
فصل پنجم: مروری بر نحوه انجام واکسیناسیون در بارداری	←
فصل ششم: تغذیه صحیح در دوران بارداری، زایمان و دوران شیردهی	←
فصل هفتم: مروری بر مراقبت های دهان و دندان در زنان باردار	←
فصل هشتم: بیماری های قلبی عروقی در بارداری	←
فصل نهم: مسمومیت های حاملگی	←
فصل دهم: زایمان و دوران پس از زایمان	←
فصل یازدهم: تغذیه با شیر مادر	←
فصل دوازدهم: آشنایی با خدمات مادر ایمن	←
فصل سیزدهم: آشنایی با نظام اطلاعات مراقبت مادران	←

مراقبت های ادغام یافته
سلامت مادران

	○ تزریق آمپول رگام
	○ آزمایش غربالگری ناهنجاری جنین
	○ سونوگرافی معمول در بارداری
	○ تعیین تاریخ مراجعه بعدی مادر باردار
	○ محاسبه تاریخ تقریبی زایمان
	○ تعیین سن بارداری
۳۲	● ایمن سازی سازی
۳۲-۳۹	● آموزش های دوران بارداری
۳۹	● مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی
۳۹	● نقش مردان در دوران بارداری همسرانشان
۳۹	● کلاس های آمادگی برای زایمان
۴۰-۴۴	شکایت های شایع دوران بارداری
۴۴-۴۷	مادران در معرض خطر
	○ خونریزی
	○ سقط جنین
	○ مول یا بچه خوره
	○ حاملگی خارج رحمی
	○ جدا شدن زودرس جفت
	○ جفت سرراهی
	○ پره اکلامپسی
	○ زایمان زودرس
	○ زایمان دیررس
	○ مرده زایی
	○ علائم خطر بارداری
	○ دیابت بارداری
۴۷	دستورالعمل دیابت بارداری
۴۸	علائم خطر دردوران بارداری
۵۰-۵۴	فصل پنجم : مروری بر نحوه انجام واکسیناسیون در بارداری
۵۰	واکسیناسیون پیش از بارداری
۵۱	واکسیناسیون در بارداری
۵۱	واکسن آنفولانزا و بارداری
۵۱	واکسن توام و بارداری
۵۳	پیامدهای نامطلوب پس از ایمنسازی
	فصل ششم : تغذیه صحیح در دوران بارداری، زایمان و دوران شیردهی، آشنایی با شاخص های لازم برای
۵۵-۷۹	ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادران
۵۵	تغذیه صحیح در دوران بارداری

۵۶-۵۷	اهمیت تغذیه ای در دوران پیش از بارداری
	○ مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری
	○ مراقبت های تغذیه ای در شروع بارداری
	○ توصیه های تغذیه ای برای خانم های لاغر
	○ توصیه های تغذیه ای برای خانمهای دارای اضافه وزن
۵۸	هرم غذایی
۵۸	سوء تغذیه در زنان باردار
۵۸	عوامل موثر در وزن گیری مناسب
۵۹	توصیه های تغذیه ای برای خانم های باردار لاغر
۶۰	توصیه های تغذیه ای برای خانم های باردار دارای اضافه وزن و چاق
۶۲	نکات کلیدی و مهم مواد غذایی غیرمجاز
۶۲	مکمل های دارویی
۶۴	معیار الگوی تغذیه
۶۶-۶۷	تغذیه دوران شیردهی
	○ کالری مورد نیاز مادران شیرده
	○ عوامل موثر در افزایش شیر مادر
	○ مصرف مکمل ها در دوران شیردهی
	○ کاهش وزن در دوران شیردهی
	○ محدودیتهای غذایی دوران شیردهی
۶۸-۷۵	وزن گیری در دوران بارداری
	○ روش های معمول برای تعیین نمایه توده بدنی مادر
	○ وزن پیش از بارداری
	○ میزان افزایش وزن برای مادران نوجوان زیر ۱۹ سال
	○ میزان افزایش وزن برای دختران نوجوان در بارداری تک قلوئی
	○ میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار دوقلوئی
	○ ترسیم نمودار وزن گیری دوران بارداری
۷۵	معیارهای وزن گیری نامناسب در مادران باردار
۷۶	مهم ترین علل وزن گیری نامناسب در دوران بارداری و راهکارهای پیشنهادی
۷۷	توصیه های تغذیه ای در بیماری ها و شکایات شایع دوران بارداری
۷۷	توصیه های تغذیه ای در خصوص بیماری های شایع دوران بارداری
۸۰-۸۲	فصل هفتم : مروری بر مراقبت های دهان و دندان در زنان باردار
۸۰	بهداشت دهان و دندان در بارداری
۸۰	مراقبت دهان و دندان زنان باردار
	○ کنترل پوسیدگی دندان در دوران بارداری
	○ کنترل بیماریهای لثه در دوران بارداری
۸۲	اهمیت و زمان معاینه دهان و دندان

فصل هشتم: بیماری های قلبی عروقی در بارداری

- اختلالات قلبی عروقی
- تاثیر بیماری قلبی عروقی بر بارداری
- ملاحظات در بارداری
- ملاحظات در زایمان و پس از زایمان
- موارد نیازمند غربالگری کاردیومیوپاتی ۸۴
- موارد نیازمند ارزیابی خطر ترومبوآمبولی ۸۴
- توصیه و آموزش ۸۵

فصل نهم : مسمومیت های حاملگی

- مسمومیت های حاملگی
- پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری)
- اکلامپسی
- عوامل خطر پره اکلامپسی
- علائم و نشانه های مسمومیت بارداری
- خطرات مسمومیت بارداری
- خطرات مسمومیت بارداری برای جنین و جفت
- فشارخون بالا ۸۸
- افزایش فشارخون تدریجی ۸۸
- فشارخون بارداری ۸۸
- فشارخون مزمن ۸۸
- پره اکلامپسی افزوده شده بر فشار خون مزمن ۸۸
- پیشگیری ۸۸
- تدابیر درمانی ۸۹

فصل دهم : زایمان و دوران پس از زایمان

- آماده کردن منزل برای انجام زایمان ۹۱
- آشنایی با روش های کمک به زایمان ۹۱
- زایمان
- علائم زایمان
- حالت یا شکل جنین ۹۱
- قرار ۹۱
- نمایش جنین ۹۱
- انواع نمایش جنین
- نمایش سر (سفالیک)
- نمایش بریچ
- ساختمان سر جنین ۹۳
- تغییرات شکل سر جنین ۹۴

۹۴	حرکات جنین در لیبر
۹۶	تشخیص نمایش، قرار و وضعیت جنین
۹۷	مراحل زایمان
۹۷-۱۰۲	مرحله اول زایمان
	○ فاز فعال و فاز نهفته
	○ آماده کردن اولیه مادر و محل زایمان
	○ بررسی انقباضات رحم
	○ بررسی وضعیت کیسه آب
	○ آماده سازی ولو و پرینه
۱۰۲	عوامل مهم تاثیر گذار در روند پیشرفت زایمان
۱۰۲-۱۰۴	مرحله دوم زایمان
	○ آمادگی برای زایمان در مرحله دوم زایمان
	○ همکاری مادر در مرحله دوم زایمان
	○ کنترل بند ناف دور گردن
	○ مانور جهت خروج شانه های جنین
	○ مانور جهت عدم خروج شانه های جنین
	○ بریدن و کلمپ زدن بند ناف
۱۰۴	نکات مورد توجه در مرحله دوم زایمان
۱۰۵	مرحله سوم زایمان
	○ علایم جدا شدن جفت
	○ مانور خروج جفت
۱۰۵	نکات مورد توجه در مرحله سوم زایمان
۱۰۶	مرحله چهارم زایمان
۱۰۶-۱۰۷	آشنایی با مراقبت های مادر بلافاصله بعد از زایمان و معاینه جفت
۱۰۶	مراقبت از مادر در مرحله سوم زایمان
	○ بررسی جفت و پرده ها و بند ناف
	○ شل بودن رحم
	○ ماساژ خارجی رحم برای کنترل خونریزی
	○ وارونگی رحم
۱۰۷	مراقبت از مادر در مرحله چهارم زایمان
	○ بررسی حال عمومی مادر
	○ کنترل علایم حیاتی
	○ بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی
	○ بررسی کانال زایمان
۱۰۸-۱۰۹	مراقبت های مادر ۶ ساعت پس از زایمان

	○ کنترل مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان (از مرحله چهارم تا زمان ترک منزل)
	○ اقدامات لازم قبل از ترک منزل مادر ۶ ساعت پس از زایمان
۱۰۹-۱۱۷	آشنایی با مراقبت از نوزاد بلافاصله بعد از تولد
	○ مشخصات نوزاد طبیعی
	○ اقدامات لازم برای نوزاد در مرحله دوم زایمان
	○ اقدامات لازم برای نوزاد در مرحله سوم و چهارم
	○ معاینات نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان
	○ صدمات و ناهنجاری های نوزاد
۱۱۷	نشانه های خطر نوزاد
۱۱۷	اهمیت زایمان طبیعی
۱۱۸	بازدید منزل
	○ شرایط اتاق زایمان در منزل
	○ وسایل لازم در اتاق زایمان
۱۲۰	آمادگی برای زایمان
۱۲۰	اقدامات لازم هنگام مراجعه به منزل مادر باردار
۱۲۱	ارزیابی اولیه مادر برای زایمان در منزل
۱۲۲	موارد منع زایمان در منزل
۱۲۳-۱۳۰	دوران پس از زایمان
	○ دوره نفاس
	○ تغییرات بدن در دوران پس از زایمان
	○ معاینات پس از زایمان
	○ آموزش های بهداشتی پس از زایمان
	○ شکایات شایع پس از زایمان
	○ آزمایشات پس از زایمان
	○ علائم خطر مادر پس از زایمان
۱۳۲-۱۴۰	فصل یازدهم : تغذیه با شیر مادر
۱۳۲-۱۳۴	آشنایی با اهمیت و مزایای تغذیه با شیر مادر ، روش صحیح شیر دادن به نوزاد
	○ مزایای تغذیه با شیر مادر
	○ اهمیت وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار
	○ نحوه صحیح پستان گرفتن شیرخوار
	○ علائم مکیدن موثر و تغذیه ای
	○ نتایج نادرست گرفتن پستان توسط شیرخوار
۱۳۴	روش های کمک به مادران شیر ده جهت تامین شیر کافی، روش برخورد با مشکلات مادران شیرده
۱۳۴	عوامل موثر بر حفظ و تداوم شیردهی (مربوط به مادر و مربوط به شیرخوار)
۱۳۵	عوامل تغذیه ای مادر بر شیردهی
۱۳۵	راههای تشخیص کفایت شیرمادر

۱۳۵	نشانه های سیری و گرسنگی شیرخوار
۱۳۶	راههای مواجهه با عدم کفایت شیرمادر
۱۳۶	نحوه صحیح شیردهی و سینه گرفتن شیرخوار
۱۳۶	نحوه آموزش دوشیدن شیرمادر
۱۳۷	تحریک کردن بازتاب جریان شیر(رفلکس اکسی توسین)
۱۳۷-۱۳۹	دسته بندی مشکلات مادر شیرده
	○ مشکلات مربوط به شیرخوار و فرآیند شیردهی
	○ مشکلات مربوط به بافت سینه مادر
	○ روش برخورد با مشکلات

فصل دوازدهم: آشنایی با خدمات مادر ایمن (مشاوره قبل و حین بارداری، کمک به زایمان و مراقبت پس از زایمان)

۱۴۱-۱۶۳	آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و اصول کلی
۱۴۱	مفهوم رنگ ها
۱۴۲	اصول کلی
۱۴۳	جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری و پس از زایمان (مرور کلی و سریع)
۱۴۵	الف - ملاقات های معمول بارداری
۱۴۷-۱۴۹	تعاریف مراقبت های بارداری
۱۵۷-۱۵۸	ب-مراقبت های معمول پس از زایمان (روز اول تا ۶ هفته اول پس از زایمان)
	تعاریف مراقبت های پس از زایمان
۱۶۲	ت- راهنما

فصل سیزدهم: آشنایی با نظام اطلاعات مراقبت مادران و تکمیل فرم های اطلاعاتی

۱۶۴-۱۶۶	مراقبت Surveillance
۱۶۴	اهداف نظام مراقبت
	ویژگی های نظام مراقبت
۱۶۵	نظام ارجاع
۱۶۵	دفترچه مادر و نوزاد
۱۶۵ - ۱۶۷	محاسبه شاخصهای پنل

فصل اول: مروری بر عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان

اهداف آموزشی

- پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:
- ۱- اعضای خارجی دستگاه تناسلی زن را نام ببرید.
 - ۲- اعضای داخلی دستگاه تناسلی زن را نام ببرید.
 - ۳- نقش اعضای داخلی دستگاه تناسلی زن را در مقاربت و بارداری توضیح دهید.
 - ۴- ساختمان دستگاه تولید مثل را در جنس مذکر شرح دهید.

دستگاه تناسلی زن

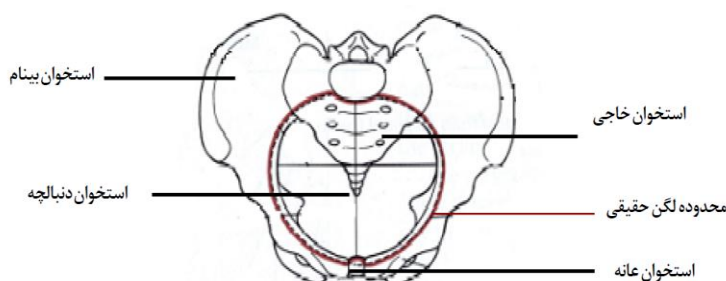
اعضاء دستگاه تناسلی زن به دو قسمت خارجی و داخلی تقسیم می شود.

- ۱- اعضاء خارجی و مهبل (واژن) در مقاربت نقش دارد .
- ۲- اعضاء داخلی مسئول تخمک گذاری، انتقال تخمک بارور شده به داخل رحم، لانه گزینی و در نهایت رشد و نمو جنین و تولد نوزاد می باشد. اعضاء دستگاه تناسلی داخلی در داخل حفره لگن قرار دارد.

حفره لگن

حفره لگن مانند یک کمر بند استخوانی در پایین حفره شکم قرار دارد. حفره استخوانی لگن در زایمان طبیعی نقش به سزایی دارد، بنابراین شکل و اندازه لگن از اهمیت خاصی برخوردار است. این کمر بند استخوانی از اتصال استخوان خاجی، دنبالچه و دو استخوان بی نام (خاصره) تشکیل شده است. استخوان های بی نام از عقب توسط پیوندهای بسیار قوی به استخوان خاجی و از جلو به وسیله استخوان عانه (سمفیز پوبیس) به هم متصل است. لگن از دو بخش لگن کاذب (لگن بزرگ) و لگن حقیقی (لگن کوچک) که با یک خط فرضی از هم جدا می شوند، تشکیل شده است.

تصویر لگن حقیقی



دستگاه تناسلی خارجی زن

اعضاء خارجی دستگاه تولید مثل را «ولو یا فرج» می گویند که از بیرون قابل دیدن می باشد. این اعضاء عبارتند از:

۱- برجستگی عا نه (مونس پوبیس) :

نسج پر از چربی است که در سطح قدامی سمفیز پوبیس قرار گرفته و پس از بلوغ پوست آن توسط موهای مجعد پوشیده می شود.

۲- لب های بزرگ :

دو چین گرد حاوی بافت چربی است که از برجستگی عا نه به سمت پایین و عقب امتداد دارد و پس از بلوغ پوست آن توسط مو پوشیده می شود.

۳- لب های کوچک :

با کنار زدن لب های بزرگ دو چین خوردگی صاف قرمز رنگ مشاهده می شود که لب های کوچک است.

۴- کلیتوریس:

عضو کوچک، استوانه ای و قابل نعوظ است که در کنار انتهای فوقانی لب های بزرگ قرار دارد.

۵- دهانه پیشاب راه:

در فاصله کوتاهی بالای دهانه واژن قرار دارد. معمولاً ظاهر آن چروک خورده است و به صورت یک شکاف عمودی است که تا ۴ الی ۵ میلی متر باز می شود.

۶- مهبل (واژن) :

واژن عضوی است عضلانی لوله ای که رحم را به خارج ارتباط می دهد و بین مثانه و راست روده (رکتوم) قرار دارد. طول واژن در زنان بسیار متفاوت و به طور معمول طول آن ۸ تا ۱۰ سانتی متر است.

مهبل دارای سه نقش مهم است:

۱- هدایت ترشحات رحم و خون قاعدگی به خارج

۲- عضو مقاربت و نگهداری مایع اسپرم برای نفوذ به دهانه رحم

۳- مجرای عبور و خروج جنین در موقع زایمان

ضمناً به علت نرمی جدار واژن می توان به کمک دو انگشت اعضاء داخلی لگن را معاینه و بررسی نمود.

۷- پرده بکارت:

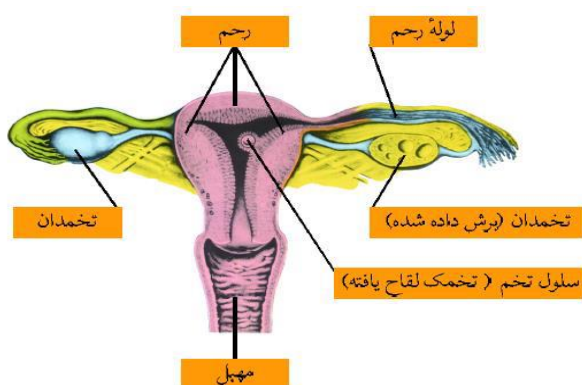
در دوشیزگان دهانه واژن با بافت نازکی پوشیده شده که اصطلاحاً به آن پرده بکارت گویند. در وسط این پرده سوراخی وجود دارد که خون قاعدگی از آن خارج می شود.

در موارد نادری ممکن است به طور مادرزادی پرده بکارت کاملاً بسته باشد که منجر به احتباس خون قاعدگی و درد شدید زیر شکم می شود. در این حالت فرد باید به پزشک مراجعه کند.

اصولاً تغییرات ایجاد شده در پرده بکارت بدنبال زایمان به راحتی قابل تشخیص است.

دستگاه تناسلی داخلی زن

اعضاء دستگاه تناسلی داخلی به طور عادی قابل رویت نیست و شامل رحم (زهدان)، لوله های رحمی و تخمدان ها است.



رحم

رحم یک عضو عضلانی تو خالی و گلابی شکل است که محل پذیرش، لانه گزینی، تغذیه، رشد و نگهداری جنین و جفت می باشد و در موقع زایمان انقباضات آن سبب بیرون راندن جنین از رحم می شود.

رحم در خانم غیر حامله در داخل حفره لگن بین مثانه در جلو و رکتوم در پشت قرار دارد. رحم از دو قسمت اصلی تشکیل شده است. بزرگترین قسمت رحم به صورت سه گوش به نام جسم رحم و قسمت دیگر آن دوکی شکل یا لوله ای به نام دهانه رحم یا سرویکس می باشد که به داخل واژن باز می شود. قسمتی از جسم رحم که در بین لوله های رحم قرار دارد قله رحم «فوندوس» نامیده می شود. لوله های رحم در طرفین رحم قرار دارند.

طول رحم حدوداً در خانم های شکم اول بین ۶ تا ۸ سانتی متر و در خانم های چندزا بین ۹ تا ۱۰ سانتی متر است. دهانه رحم قسمتی از رحم است که رابط بین جسم رحم و واژن بوده و به طور متوسط ۳ سانتی متر طول دارد. دهانه رحم در حالت غیر بارداری قوام سفت (مانند نوک بینی) و در زنان حامله قوام نرم (مانند لب) دارد. دهانه رحم در هنگام زایمان تا ۱۰ سانتی متر باز می شود.

دهانه رحم در امر زایمان نقش مهمی دارد و از طریق معاینه مهبلی قابل لمس است.

لوله های رحم (فالوپ)

همانطور که اشاره شد از هر یک از گوشه های جسم رحم، اعضای لوله ای شکل قابل انعطاف و نرمی بطول حدود ۸ تا ۱۴ سانتی متر به طرف دیواره جانبی لگن کشیده شده که قسمت انتهایی آن مانند دهانه شیپور است و به حفره شکم باز می شود.

لوله های رحم به حرکت تخمک بارور شده به طرف رحم کمک می کند.

تخمدان ها

تخمدان ها دو عضو بادامی شکل هستند که در طرفین لگن و نزدیک قسمت شیپوری لوله رحم قرار گرفته اند. عمل اصلی آنها تخمک گذاری و ترشح هورمون های زنانه است.

در بین خانم ها اندازه تخمدان ها بسیار متغیر است و پس از یائسگی، اندازه آنها به طور قابل توجهی کاهش می یابد.

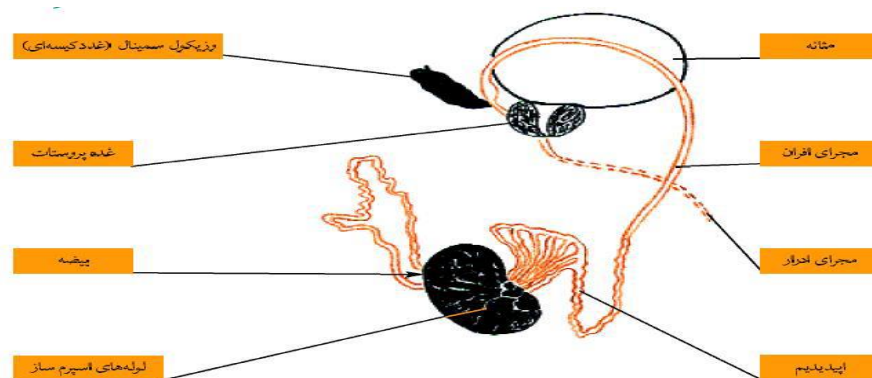
دستگاه تناسلی مرد

انسان ها همانند سایر گونه های پستانداران از طریق جنسی تولید مثل می کنند. انسان مذکر در بیضه های خود تولید سلول جنسی نر (گامت نر یا اسپرماتوزوئید) می کند. این سلول جنسی را «اسپرم» نیز می گویند.

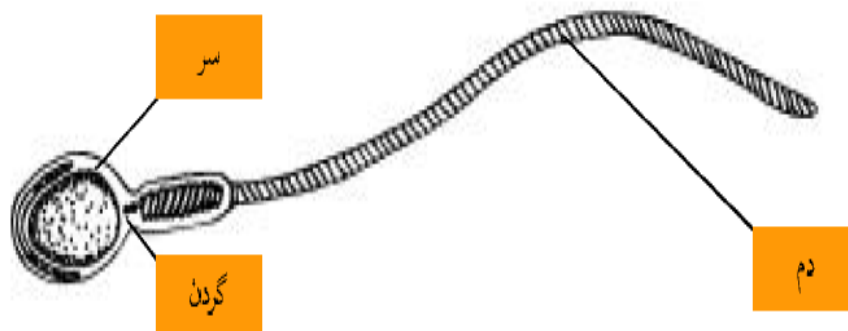
اسپرم ها در هسته خود، نیمی از کروموزوم هایی را که برای تولید یک انسان کامل لازم است دارند.

ساختمان و اجزای تناسلی مرد در شکل نشان داده شده است. این دستگاه از چند غده و اندام تشکیل شده است. غدد عمده دستگاه تناسلی مرد عبارتند از بیضه ها، پروستات و وزیکول سمینال که فعالیت آنها در جهت تولید اسپرم ها و ایجاد محیط مناسب مایع برای زیست آنها است. از جمله سایر اندام های تناسلی مرد مجاری اپیدیدیم و دفران است که وظیفه شان نگهداری اسپرم ها و تولید یک مجرای عبور برای آنهاست.

نمایش قسمتی از غدد و دستگاه تناسلی نر - ساختمان بیضه



اسپروما توزوئید (سلول جنسی نر) انسان



به طور کلی وظایف دستگاه تناسلی مرد را می توان به دو دسته تقسیم نمود:

- ۱- تولید و پرورش اسپرم و تامین یک محیط سیال و مغذی که این سلول بتواند در آن تحریک داشته و برای مدت زمان کوتاهی که با تخمک متحد نشده است در آن تغذیه و زندگی نماید.
- ۲- ایجاد صفات جنسی مردانه به وسیله ترشح هورمون های جنسی مردانه بیضه ها مهم ترین قسمت دستگاه تناسلی نر هستند که درون کیسه بیضه قرار گرفته اند.
- عمل تولید اسپرم در شرایط گرمایی پایین تر از دمای بدن امکان پذیر است لذا بیضه ها در انسان در درون کیسه ای در خارج از شکم قرار گرفته اند.

- چنانچه نزول یک یا هر دو بیضه از داخل شکم به کیسه بیضه صورت نگرفته باشد، هنگام لمس کیسه بیضه یک یا هر دو بیضه را نمی توان لمس نمود.
- این موضوع علاوه بر اینکه می تواند بر روی تولید اسپرم و فعالیت بیضه اثر بگذارد، در صورت طولانی شدن می تواند سبب بروز سرطان بیضه شود . در چنین مواقعی بیمار را می بایست به پزشک ارجاع داد.
- کار بیضه ها ترشح هورمون جنسی نر و ساختن اسپرم است .
- لوله های اسپرم ساز تولید اسپرم نموده و سلول های بینابینی، تولید هورمون جنسی نر به نام تستوسترون می نمایند.
- تستوسترون سبب بروز صفات ثانویه جنسی در مردها می شود . این صفات عبارتند از :
رشد دستگاه تناسلی خارجی ، روپیدن مو در صورت و زیر بغل و ناحیه خارجی و کلفت شدن صدا .
- تولید اسپرم در پسرها در سال های بلوغ جنسی از ۱۳ تا ۱۵ سالگی شروع می شود و تا آخر عمر ادامه دارد ولی شدت اسپرم سازی در سنین پیری کاهش چشمگیری می یابد .
- علاوه بر این اسپرم سازی به طور مداوم انجام می شود به طوری که هر بیضه در هر روز میلیونها اسپرم تولید می کند.
- اسپرم های مزبور به تدریج از طریق مجاری به قسمت یک لوله پر پیچ و خم و طویل به نام اپیدیدیم که به صورت یک کلاف حجیم در روی هر بیضه قرار دارد هدایت شده و در آنجا انبار می شوند .
- اسپرمی که در مجاری اپیدیدیم انبار گردیده ، به بلوغ کامل رسیده و قادر به تحریک بوده و قدرت بارور نمودن تخمک را دارد .
- سلول اسپرم انسان شکلی شبیه نوزاد قورباغه دارد و با کمک دم خود قادر است سه میلی متر در دقیقه حرکت کند.
- ترشحات دو غده برون ریز پروستات و غدد کیسه ای، یک محیط سیال و مغذی را برای اسپرم فراهم می کنند . این ترشحات مایع منی را به وجود می آورند که در هر سانتی متر مکعب آن قریب ۱۰۰ میلیون اسپرم وجود دارد .
- عمر اسپرم ها در خارج از دستگاه تناسلی نر کوتاه است، اما در درون رحم تا دو شبانه روز نیز می توانند باقی بمانند.
- همانند سایر غدد درون ریز بدن، فعالیت های بیضه توسط غده هیپوفیز کنترل می شود.
- اگر بیضه جانوری را برداریم پس از مدت کوتاهی غدد و اندام های تناسلی آن تحلیل رفته و کوچک می شوند و از کار می افتند.

پرسش و تمرین

- ۱- ساختمان لگن را توضیح دهید.
- ۲- نقش مهبل را بیان نمایید.
- ۳- اعضاء دستگاه تناسلی داخلی زن را نام ببرید.
- ۳- نقش تخمدانها را در بارداری شرح دهید.
- ۴- نقش لوله های رحمی را در بارداری شرح دهید.
- ۵- اعضاء دستگاه تناسلی در مرد را نام برده و وظیفه هر کدام را ذکر نمایید.

۶- اعضاء دستگاه تناسلى زن ومرد را از روى مولاژ نشان دهيد.

فصل دوم : مراقبت های پیش از بارداری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:

- ۱- هدف از مشاوره و ارائه مراقبت های پیش از بارداری را بیان کنید.
- ۲- وظایف بهورز در مراقبت های پیش از بارداری را توضیح دهید.

مراقبت های پیش از بارداری

وضعیت مادر قبل از بارداری در سالم سپری شدن بارداری و سلامت نوزاد تاثیر بسزائی دارد. بسیاری از بیماری ها می توانند بر روی سلامت مادر و جنین در بارداری تاثیر بگذارد. مراقبت های پیش از بارداری به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام می شود تا مادر بارداری و زایمان ایمن داشته باشد.

مدت اعتبار فرم مراقبت پیش از بارداری یک سال می باشد.

اقدامات بهورز در مراقبت های پیش از بارداری شامل:

- ۱- شناسایی افرادی که تمایل بارداری دارند.
- ۲- افرادی که تمایل بارداری دارند به اهمیت انجام مراقبت ها آگاه نمایند.
- ۳- افرادی که تمایل به بارداری دارند برای انجام مراقبت های پیش از بارداری نزد ماما یا پزشک ارجاع غیر فوری نمایند.
- ۴- انجام مراقبت ها و اقدامات مورد نیاز برای مادر را پیگیری نمایند.

اقدامات پزشک و ماما در مراقبت های پیش از بارداری شامل:

- ۱- بررسی تاریخچه بارداری، وضعیت اجتماعی مادر و سابقه ابتلاء به بیماری
- ۲- درخواست آزمایشات پیش از بارداری/ در صورت لزوم انجام پاپ اسمیر
- ۳- انجام معاینات بالینی
- ۴- ایمن سازی
- ۵- توصیه به مصرف مکمل یدوفولیک حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۴۰۰ میکروگرم اسیدفولیک
- ۶- بررسی سلامت روان

۷- بررسی سلامت دهان و دندان

پرسش و تمرین
۱- مراقبت های پیش از بارداری چه اهمیتی دارد؟ ۲- وظایف بهورز در ارائه خدمت مراقبت پیش از بارداری چیست؟

فصل سوم : آبستنی (بارداری / حاملگی)

اهداف آموزشی
پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید : ۱- عمل لقاح و لانه گزینی را توضیح دهید. ۲- ساختمان جفت را شرح دهید. ۳- حاملگی را تعریف کنید. ۴- تشخیص حاملگی را ذکر نمایید. ۵- تغییرات بدن در دوران بارداری را توضیح دهید.

آبستنی (بارداری/حاملگی)

عمل لقاح و لانه گزینی

به بارور شدن سلول ماده (تخمک زن) توسط نطفه مرد (اسپرم) «لقاح» می گویند. هنگام مقاربت تعداد زیادی اسپرم مرد در مهبل زن ریخته می شود و شروع به حرکت می کند. اسپرم ها از سوراخ دهانه رحم و رحم عبور کرده و خود را به لوله های رحمی می رسانند.

در داخل لوله رحم با تخمکی که از تخمدان به طرف رحم در حرکت است، برخورد می کند. معمولاً محل مناسب برخورد اسپرم مرد با تخمک زن وسط لوله است. در این جریان تنها یک اسپرم تخمک را بارور می کند و بقیه از بین می روند. تخمک بارور شده به هنگام حرکت به طرف رحم تقسیم شده و به شکل یک توده سلولی منظم وارد رحم می شود. سپس به قسمتی از جدار رحم نفوذ می کند که اصطلاحاً به آن «لانه گزینی» گویند.

بزودی قسمتی از تخمک بارور شده از خود زوایای ایجاد می کند که مانند چنگک به درون بافت رحم فرو می رود. این چنگک ها مواد غذایی و گازهای تنفسی را بین جنین و مادر رد و بدل می کنند. جدار رحم نیز این چنگک ها را محاصره کرده و اندامی را تشکیل می دهد که «جفت» نامیده می شود.

قسمت دیگر تخمک بارور شده تبدیل به جنین می شود.

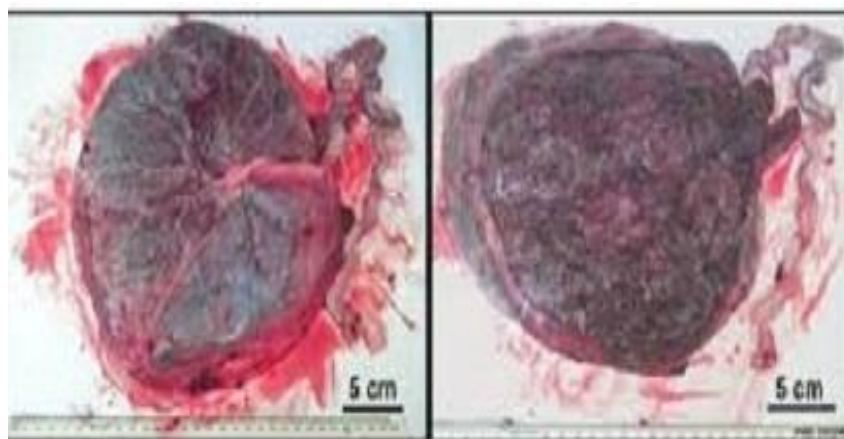
ساختمان جفت

جفت عضوی است که به وسیله آن مادر و جنین با هم ارتباط پیدا می‌کنند. مواد غذایی و اکسیژن از مادر به جفت و از جفت به جنین منتقل می‌شود. در مقابل مواد دفعی از جنین به جفت و از جفت به مادر منتقل می‌شود. جفت به وسیله بند ناف به جنین متصل است و بند ناف از دو شریان و یک ورید تشکیل شده که داخل غلافی قرار گرفته‌اند. طول بند ناف متفاوت و به طور متوسط ۵۵ سانتی متر می‌باشد. اندازه جفت تقریباً به اندازه کف دست باز است و وزن آن در هنگام زایمان تقریباً نیم کیلوگرم است.



جفت از دو سطح تشکیل شده است:

- ۱- سطح جنینی که سطحی صاف و پوشیده از پرده‌های جنینی است و بند ناف به آن متصل است.
- ۲- سطح مادری که محل اتصال جفت به رحم است. این سطح قرمز رنگ و خون آلود بوده و از تعدادی برجستگی تشکیل می‌شود.



سطح جنینی جفت

سطح مادری جفت

پرده‌های جفت شامل:

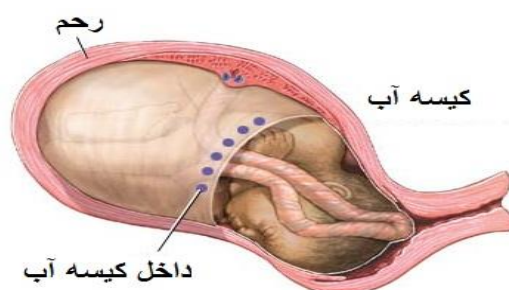
- پرده آمنیون که شفاف و نازک مثل پوست پیاز ولی محکم و مقاوم است و روی جنین را می‌پوشاند.
- پرده کوریون ضخیم‌تر از آمنیون است ولی مقاومت آن کمتر می‌باشد. این پرده در خارج آمنیون قرار گرفته و به آن چسبیده است.
- چسبندگی بین این دو پرده زیاد نیست و بعد از خارج شدن جفت به راحتی از یکدیگر جدا می‌شوند. این دو پرده نقش محافظت کننده برای جنین دارد.

کیسه آب

کیسه آب درواقع همان پرده‌های آمنیون و کوریون است که در داخل آن مایع شفاف و بی‌رنگ به نام «مایع آمنیوتیک» وجود دارد و دور تا دور جنین را فراگرفته است.

کیسه آب دارای اعمال زیر است:

- ۱- سبب آزادی حرکت جنین در داخل رحم می‌شود؛
 - ۲- جنین را از صدمات خارجی و عفونت‌ها محافظت می‌کند؛
 - ۳- مانع چسبیدن پرده‌ها بر روی جنین می‌شود؛
 - ۴- جنین را در دمای ثابت نگه می‌دارد.
- در زمان بارداری، این مایع مرتباً توسط جنین بلعیده و از طریق ادرار کردن جنین به داخل کیسه آب برگردانده می‌شود. بنابراین میزان این مایع برای رشد ریه‌ها و دستگاه ادراری جنین اهمیت دارد. مقدار مایع آمنیوتیک در اواخر بارداری کمتر از یک لیتر است.



در مواردی که کیسه آب زودتر از موعد پاره می‌شود، جنین در معرض خطر عفونت قرار می‌گیرد. همچنین ممکن است ریه جنین به میزان کافی رشد نکند. بنابراین پارگی کیسه آب اهمیت ویژه دارد. در شرایطی که وضعیت جنین مناسب نباشد یا به عبارتی زجر جنینی وجود داشته باشد، جنین شروع به دفع مدفوع می‌کند. در این حالت رنگ مایع آمنیوتیک سبز می‌شود. این علامت از نظر بررسی سلامت جنین بسیار مهم است. همچنین وجود خون در مایع آمنیوتیک و یا تیره شدن آن نیز نشانه خطر است.

تعریف حاملگی

با عمل لقاح و تشکیل سلول تخم و جایگزین شدن آن در داخل رحم حاملگی به وجود می‌آید. مدت زمان بارداری ۲۸۰ روز از اولین روز آخرین قاعدگی و یا ۴۰ هفته است.

تشخیص بارداری

تشخیص بارداری معمولاً بسیار ساده است و بیشتر اوقات زنان به دنبال قطع قاعدگی فکر می‌کنند حامله هستند. گاهی تأثیر داروها و یا بعضی از بیماری‌ها منجر به یک سری تغییرات در بدن می‌شود که مانند حاملگی است و موجب گمراهی زن و یا پزشک می‌گردد. پس لازم است با کمک معاینات مناسب بالینی و آزمایشگاهی برای اثبات آن اقدام شود. علائم حاملگی به سه دسته تقسیم می‌شود:

- ۱- علائم حدسی
 - ۲- علائم احتمالی
 - ۳- علائم قطعی
- علائم حدسی**

این علائم شامل قطع قاعدگی، حالت تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن (صبحگاهی)، اختلالات ادراری، خستگی مفرط، افزایش رنگ دانه‌ها، ایجاد خطوط در روی شکم و تغییر در پستان‌ها است که بیشتر توسط مادر تشخیص داده شده و بیان می‌گردد و در او شک به بارداری شدن را ایجاد می‌کند.

علائم احتمالی

این علائم شامل نتایج مثبت آزمایشگاهی (آزمایش ادرار و خون)، بزرگ شدن شکم و احساس حرکات جنین توسط مادر می‌باشد.

روش‌های آزمایشگاهی تشخیص بارداری:

۱- گراویندکس (GT) :

ساده‌ترین روش آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه ادرار مادر انجام می‌شود. این آزمایش در فاصله بیش از دو هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی ارزش دارد.

۲- بتاساب یونیت (β -hCG) :

روش دیگر آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه خون مادر انجام می‌شود. این آزمایش می‌تواند حتی در اولین روزهای قطع قاعدگی به تشخیص بارداری کمک کند. در آزمایش‌های خون و ادرار، از تغییر میزان هورمونی به نام HCG که از جفت ترشح می‌شود، برای تشخیص بارداری استفاده می‌کنند.

علائم قطعی

علائم شامل شنیدن صدای قلب جنین احساس حرکات جنین توسط فرد معاینه‌کننده و شناسایی رویان (جنین) در هر زمان از حاملگی با استفاده از سونوگرافی است.

تغییرات دوران بارداری

در دوران بارداری در بدن مادر، تغییراتی روی می‌دهد که به منظور سازگاری با وضعیت جدید است. این تغییرات پس از جایگزینی تخم در رحم شروع شده و در طول بارداری ادامه می‌یابد و علت آن ترشح هورمون‌ها و فشار رحم بر روی سایر اعضای بدن است که گاهی موجب ناراحتی مادر می‌شود. این تغییرات طبیعی است و بسیاری از آنها، پس از زایمان و شیردهی به حالت اولیه برمی‌گردد.

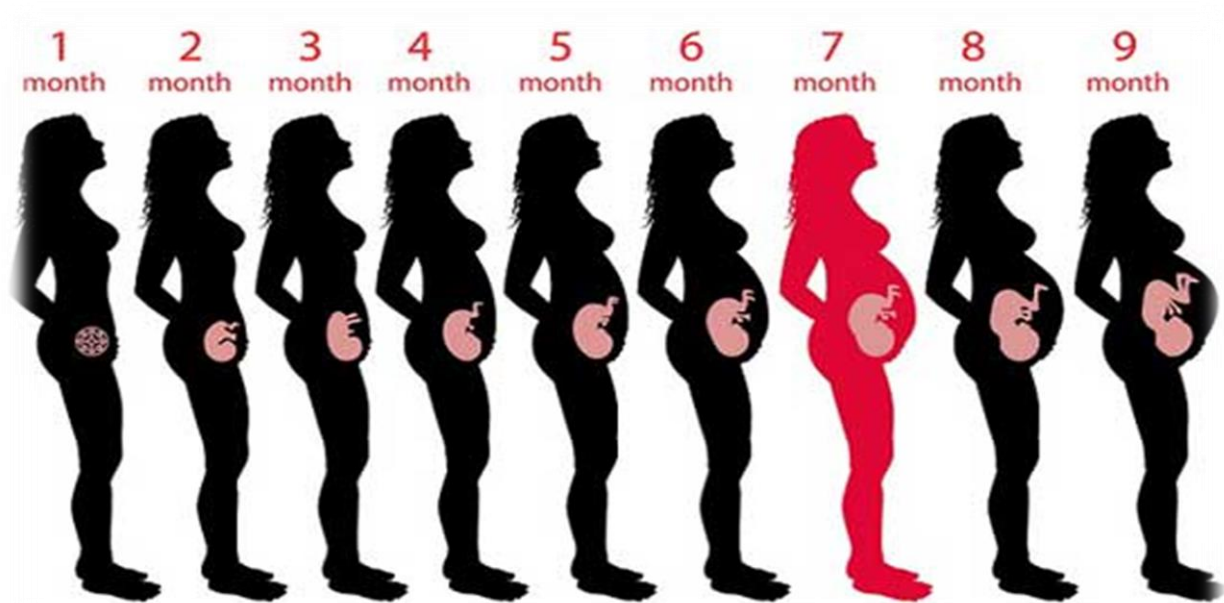
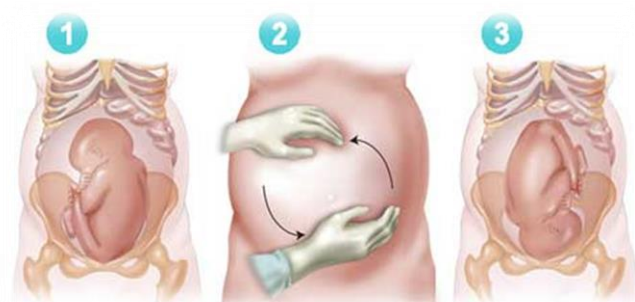
تغییرات رحم

در طی بارداری اندازه رحم افزایش می‌یابد. وزن رحم در حالت غیرحامله تقریباً ۷۵ گرم و ظرفیت آن حدود ۱۰ میلی‌لیتر یا کمتر است (کمی کوچکتر از یک مشت بسته).

در اواخر بارداری وزن آن به حدود ۱۱۰۰ گرم (بدون در نظر گرفتن وزن جنین) افزایش پیدا می‌کند.

در طی ماه‌های اول بارداری، دیواره رحم به طور قابل ملاحظه‌ای ضخیم‌تر از وضعیت غیرحامله شده ولی با پیشرفت حاملگی دیواره به تدریج نازک می‌شود.

در طی حاملگی، رحم دارای ظرفیت کافی جهت پذیرش جنین، جفت و مایع آمنیونی است، حجم کلی محتویات رحم در پایان حاملگی به طور متوسط حدود ۵ لیتر است. رحم در هفته‌های اول بارداری در داخل لگن قرار دارد و از هفته ۱۲ به بعد از لگن خارج شده و در هفته ۳۶ بارداری تا حد جناغ می‌رسد. پس از آن به علت نزول سرجنین به داخل لگن قله رحم به طرف پایین می‌آید.



تغییرات پستان

در هفته‌های اول حاملگی مادر احساس حساسیت در پستان‌ها دارد. پس از ۸ هفته پستان‌ها بزرگ شده و با افزایش اندازه آنها رگ‌های ظریف از زیر پوست قابل رویت می‌شوند و نوک پستان‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای بزرگ‌تر و رنگشان تیره شده در اواخر بارداری با فشار ملایم انگشتان روی پستان‌ها مایعی زردرنگ و غلیظ به نام آغوز (ماک) از نوک آن‌ها خارج می‌شود.

تغییرات پوست

ماسک حاملگی: در بعضی از خانم‌ها نو احی قهوه ای رنگ نامنظم با اندازه های متفاوت در روی پوست صورت و گردن ظاهر می‌شود که به آن ماسک حاملگی می‌گویند.

ترک‌های حاملگی: در ماه‌های آخر بارداری، خطوط نواری شکل قرمز رنگ که کمی فرو رفته است به طور شایع در پوست شکم و گاهی در پوست پستان‌ها و ران ظاهر می‌شود. این خطوط یا ترک های حاملگی در نیمی از خانم های حامله دیده می‌شود. در خانم های چند زا، علاوه بر خطوط قرمز رنگ حاملگی فعلی، خطوط سفید نقره ای که اثر خطوط حاملگی های قبلی است، نیز به چشم می‌خورد.

تغییرات دستگاه گردش خون

حجم خون مادر به میزان زیادی در طی حاملگی افزایش می یابد. افزایش حجم خون باعث تامین نیازهای سوخت و ساز بدن مادر و جنین شده همچنین از اثرات مضر خونریزی های حین و پس از زایمان می کاهد. ضربان نبض در حالت استراحت به میزان ۱۰ تا ۱۵ ضربه در دقیقه در طی حاملگی طبیعی افزایش می یابد. جریان خون در پاها در حین حاملگی کند می شود که با خوابیدن به پهلو و پس از خروج نوزاد به تدریج به حالت طبیعی بر می گردد. رکود خون و افزایش فشار وریدی در اندام های تحتانی از اهمیت زیادی برخوردار است. این تغییرات موجب بروز ورم در پاها بخصوص در اواخر بارداری، ایجاد واریس در وریدهای پا و ولو و بواسیر (هموروئید) می شود. واریس معمولاً زمینه مادر زادی دارد و با ایستادن طولانی مدت، حاملگی و بالا رفتن سن تشدید می شود و با پیشرفت حاملگی، افزایش وزن بدن و طولانی شدن زمان ایستادن مشخص تر می گردد.

با پیشرفت حاملگی به علت سنگینی رحم و فشار آن به ورید رانی و ساق پا، جریان خون مختل شده و واریس ایجاد می شود. در این حالت عروق پا متورم و دردناک است. درد و ناراحتی ناشی از واریس را می توان با استراحت و نگه داشتن پاها (ساق و ران) در سطحی بالاتر از سطح بدن، کم کرد. مادر باید دراز کشیده و پاها را روی صندلی یا چند بالش قرار دهد و از ایستادن یا نشستن به مدت طولانی خودداری کند. پوشیدن جوراب های مخصوص با مشورت پزشک یا ماما نیز در این موارد توصیه می شود.

تغییرات دستگاه تنفس

در حاملگی کار دستگاه تنفس بیشتر می شود، چون بدن نیاز بیشتری به اکسیژن دارد. در این دوران دیافراگم حدوداً ۴ سانتی متر بالاتر از محل اولیه خود قرار می گیرد و تعداد تنفس مختصری افزایش می یابد. در صورت تنفس دردناک، خس خس سینه و سرفه های خلطدار مراقبت توسط پزشک ضروری است.

تغییرات دستگاه ادراری

در جریان حاملگی طبیعی تغییرات قابل ملاحظه ای در ساختمان و عملکرد دستگاه ادراری ایجاد می شود. در اثر حاملگی مقادیر قابل توجهی از مواد غذایی مختلف و ویتامین های محلول در آب از طریق ادرار دفع می شود. در اثر فشار رحم بر روی مثانه تکرر ادرار بوجود می آید. دفع پروتئین و آلبومین در ادرار خانم باردار غیر طبیعی است و نیاز به بررسی و مراقبت های بیشتر دارد. همچنین در صورتی که تکرر ادرار همراه با سوزش ادرار باشد مادر باید به پزشک ارجاع شود.

تغییرات دستگاه گوارش

با پیشرفت حاملگی و در اثر بزرگ شدن رحم و تغییرات هورمونی، معده و روده جابجا می شوند و مشخص شده است که زمان تخلیه معده و روده به تاخیر می افتد. یعنی خانم باردار پس از خوردن غذا ممکن است احساس سنگینی کند. در اکثر زنان حامله کند شدن حرکات معده و برگشت غذا به مری سبب سوزش در گلو می شود و اغلب با نفخ معده و یبوست همراه است.

لثه ها در طی حاملگی، پر خون و متورم می شود، بنابراین در اثر تحریکات جزیی مثل مسواک زدن خونریزی می کند. در این دوران ترشح بزاق نیز افزایش پیدا می کند.

تغییرات وزن بدن

یکی از تغییرات مهم در زن باردار افزایش وزن است که به علت رشد سریع جنین و جفت بوجود می آید.

قسمت عمده اضافه وزن در زمان حاملگی مربوط به رحم و محتویات آن، پستان‌ها و افزایش حجم خون و مایع بین سلولی است.

تغییرات روحی

بارداری فقط با تغییرات جسمی در زن همراه نیست بلکه از نظر روحی نیز منجر به ایجاد دگرگونی‌هایی در زن باردار می‌شود. این تغییرات روحی در ارتباط با احساسات مادر نسبت به خود، همسر، نوزاد و اطرافیانش می‌باشد. وضع مالی خانواده، اختلافات زناشویی و ترس از زایمان نیز ممکن است موجب تغییرات شدید روحی بشود.

مراحل رشد و نمو جنین در طول حاملگی

هفته ۴ بارداری: از این زمان به بعد بتدریج با رشد جنین در رحم، اعضای بدن تشکیل می‌شود.

هفته ۱۲ بارداری: جنین شکل یک انسان کامل را پیدا می‌کند. طول جنین به ۶ تا ۷ سانتی متر می‌رسد و انگشتان و شست از هم مجزا می‌شوند. در این زمان، صدای قلب جنین با سونی کیت قابل شنیدن است. وجود ضربان قلب جنین را می‌توان زودتر از این زمان با سونوگرافی مشاهده کرد.

هفته ۱۶ بارداری: طول جنین ۱۲ سانتی مترو وزن آن ۱۱۰ گرم است. در این زمان جنسیت جنین قابل تشخیص می‌شود.

اواخر هفته ۲۰: در این مرحله، نیمه اول بارداری به پایان می‌رسد. در این زمان وزن جنین حدود ۳۰۰ گرم و بدن از موهای کرک مانند و ماده چربی سفید رنگ پوشیده شده است.

هفته ۲۴ بارداری: وزن جنین حدود ۶۳۰ گرم و سر نسبت به بدن بزرگ تر است. در پایان این هفته، ابروها و مژه‌ها ظاهر می‌شود. ریه‌ها تکامل یافته و پوست چین و چروک پیدا می‌کند. جنین در هفته‌های ۲۰ تا ۲۴ می‌شنود و از هفته ۲۴ به بعد قادر به دیدن نیز هست. بین هفته‌های ۲۳ تا ۲۶، ساعات خواب و بیداری جنین تنظیم می‌شود. در این سن، حرکات جنین زیاد شده و چرخش‌های متوالی در رحم دارد.

هفته ۲۸ بارداری: جنین ۲۵ سانتی متر قد و حدود ۱۱۰۰ گرم وزن دارد. مردمک چشم‌ها ظاهر می‌شود و جنین قادر است پلک‌ها را باز کرده و به نور واکنش نشان دهد و گریه کند. همچنین می‌تواند انگشت شست خود را بمکد.

هفته ۳۲ بارداری: قد جنین ۲۸ سانتی متر و وزنش حدود ۱۸۰۰ گرم و پوست هنوز قرمز و چروکیده است. در این زمان جنین قادر است صداهای خارج از شکم مادر مانند صدای تلویزیون را بشنود.

هفته ۳۶ بارداری: قد جنین ۳۲ سانتی متر و وزنش حدود ۲۵۰۰ گرم است. به علت تجمع چربی‌های زیر پوست، چین و چروک کم تر می‌شود و جنین صورتی رنگ بنظر می‌رسد. در این زمان اغلب اعضای بدن به رشد نهایی رسیده و برای تطبیق با شرایط پس از تولد آماده می‌شود.

هفته ۴۰ بارداری: جنین به بزرگ‌ترین اندازه خود می‌رسد و تمام حفره رحم را اشغال می‌کند. از پایان هفته ۳۷ تا زمان زایمان حرکات جنین بتدریج کم می‌شود. وزن جنین به طور متوسط ۳ تا ۳/۵ کیلوگرم و قدش بیش از ۴۰ سانتی متر است. ماده لزجی به رنگ سبز تیره که مکنونیوم نامیده می‌شود در روده‌های جنین جمع می‌شود که معمولاً بعد از تولد، کم کم دفع می‌گردد. دردهای زایمانی معمولاً زمانی شروع می‌شود که بدن، ریه‌ها و مغز جنین برای زندگی خارج از رحم آماده شده است.

- ۱- علائم تشخیص حاملگی را توضیح دهید.
- ۲- عمل لقاح و لانه‌گزینی را شرح دهید.
- ۳- وظیفه و ساختمان جفت را توضیح دهید.
- ۴- نقش کیسه آب را بیان کنید.
- ۵- علت ایجاد واریس در دوران بارداری را توضیح دهید.
- ۶- تغییرات وزن در هفته‌های مختلف بارداری را برای مادر به طور خلاصه تفسیر نمایید.

فصل چهارم: مراقبت‌های دوران بارداری

اهداف آموزشی

- پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود شما بتوانید:
- ۱- مراقبت‌های دوران بارداری را تعریف کرده و اهمیت آن را بیان کنید.
 - ۲- دفعات مراقبت‌های معمول بارداری را برحسب هفته بیان کنید.
 - ۳- ارزیابی علائم خطر در بارداری را توضیح دهید.
 - ۴- مراقبت‌های دوران بارداری را نام ببرید.
 - ۵- نحوه گرفتن شرح حال اولیه فرم شروع مراقبت بارداری را توضیح دهید.
 - ۶- رفتارهای پرخطر در مادر و همسرش را توضیح دهید.
 - ۷- مراحل ارزیابی مادر باردار را نام ببرید.
 - ۸- نحوه کنترل حرکات جنین توسط مادر را توضیح دهید.
 - ۹- همسر آزاری را تعریف نموده و نحوه ارزیابی آن را توضیح دهید.
 - ۱۰- اهمیت انجام غربالگری سلامت روان را توضیح دهید.
 - ۱۱- نحوه انجام غربالگری سلامت روان را توضیح دهید.
 - ۱۲- مکمل‌های غذایی لازم در بارداری را نام برده و مدت زمان مصرف آن‌ها را توضیح دهید.
 - ۱۳- در دوران بارداری چه آموزش‌هایی را لازم می‌دانید؟
 - ۱۴- شکایت‌های شایع در بارداری را نام ببرید.
 - ۱۵- طریقه وزن کردن و اندازه‌گیری قد مادر باردار را توضیح دهید.
 - ۱۶- علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری و نتیجه را تفسیر نمایید.
 - ۱۷- سن تقریبی حاملگی را از روی شکم با اندازه‌گیری ارتفاع رحم تعیین نمایید.
 - ۱۸- نحوه سمع صدای قلب جنین را توضیح دهید.
 - ۱۹- تعداد ضربان قلب جنین را سمع کرده و بشمارید.
 - ۲۰- شرایط لازم برای تزریق آمپول رگام را بیان کنید.
 - ۲۱- سن بارداری را به هفته تعیین نمایید.
 - ۲۲- حاملگی در معرض خطر و علائم خطر بارداری را بشناسید و اقدام مناسب در هر مورد را شرح دهید.
 - ۲۳- نحوه مراقبت از نوزاد را توضیح دهید.

اهمیت مراقبت های دوران بارداری

بارداری دوران بسیار حساس و پراهمیتی است، کنترل و مراقبت منظم در این دوران برای حفظ سلامت و پیشگیری از مشکلات مادر و جنین ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به جایگاه مهم مادر در حفظ و سلامتی خانواده که در نهایت منجر به سلامت جامعه می‌گردد، اهمیت مراقبت مادر در دوران بارداری دوچندان می‌شود. هدف از این مراقبت‌ها حفظ و بقاء سلامتی مادر و جنین و به انجام رساندن یک حاملگی سالم و بدون خطر و در نهایت انجام یک زایمان ایمن می‌باشد.

در واقع مراقبت‌های دوران بارداری مجموعه اقداماتی است که طی یک سری معاینات دوره‌ای، ضمن آموزش مادر و اطرافیان وی ارائه می‌شود تا با تشخیص علائم خطر و ارجاع به موقع برای درمان و در نهایت با آماده کردن مادر برای زایمان از بروز عوارض بارداری و زایمان در مادر، جنین و نوزاد جلوگیری کرده و منجر به کاهش مرگ‌ومیر آنان می‌شود. رعایت این مراقبت‌ها:

- خطرات و عوارض احتمالی دوران بارداری و زایمان را کم می‌کند؛
- مادر را برای انجام زایمان طبیعی آماده می‌نماید؛
- با تامین شرایط مناسب‌تری برای رشد جنین، باعث کاهش برخی عوارض و مشکلات در نوزاد می‌شود؛
- منجر به کاهش مرگ‌ومیر مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان شده و مرگ و میر نوزادان در حول و حوش زایمان را نیز کم می‌کند.

ملاقات های بارداری

مادر در طی دوران بارداری ۸ نوبت ملاقات معمول دارد. (۲ ملاقات در ۲۰ هفته اول و ۶ ملاقات در ۲۰ هفته دوم)

- نوبت اول: ملاقات در یکی از هفته‌های ۶ تا ۱۰ بارداری
- نوبت دوم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۱۶ تا ۲۰ بارداری
- نوبت سوم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۲۴ تا ۳۰ بارداری
- نوبت چهارم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری
- نوبت پنجم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۳۵ تا ۳۷ بارداری
- نوبت ششم: ملاقات در هفته ۳۸ بارداری
- نوبت هفتم: ملاقات در هفته ۳۹ بارداری
- نوبت هشتم: ملاقات در هفته ۴۰ بارداری

مراقبت های بارداری

مراقبت دوران بارداری به محض تشخیص و اطمینان از بارداری (مثبت شدن نتیجه آزمایش) باید شروع شود. در هر مرحله از بارداری برحسب سن بارداری مادر، باید مراقبت‌های مشخصی از وی به عمل آید. گرفتن شرح حال دقیق یکی از اصلی ترین راه های تشخیص تغییرات غیرطبیعی مادر و مداخله به موقع و یا در صورت طبیعی بودن تغییرات کمک به سپری شدن بارداری ایمن می کند و نهایتاً موجب کیفیت بهتر ارائه خدمت در مراقبت های بارداری می گردد.

مواردی که در برقراری ارتباط مناسب با مادر باید در نظر گرفت:

- بارداری مادر را تبریک بگویید.
- به مادر باردار و زوجش اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می‌ماند.

- با دقت به صحبت‌ها و شکایت‌ها مادر باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می‌کنید.
- نگرش احترام‌آمیز و صلح‌جویانه نسبت به مادر باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به مادر باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت‌آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید).

ارزیابی علائم خطر فوری

در هر بار ملاقات، قبل از اقدام به مراقبت ابتدا باید مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی و ارزیابی کرد. بدین منظور انجام اقدامات زیر ضروری است:

- ۱- سوال در مورد خونریزی / تشنج قبل از مراجعه / درد شدید یا حاد شکم
- ۲- بررسی مادر در حال تشنج / اختلال هوشیاری / شوک
- ۳- سوال در مورد پارگی کیسه آب

آشنایی با روش گرفتن شرح حال زن باردار و ثبت در فرم‌های مربوطه (تشکیل پرونده)

اولین مرحله مراقبت‌های بارداری، تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال از مادر باردار در ملاقات بار اول است. با گرفتن شرح حال اطلاعاتی در موارد زیر بدست می‌آید:

- خصوصیات فردی شامل سن، شغل، اندازه قد، وزن، وضعیت قاعدگی، تاریخ آخرین عادت ماهانه (برای محاسبه تاریخ تقریبی زایمان، آخرین روش پیشگیری، خواسته و ناخواسته بودن، وضعیت تغذیه)
- سوابق بارداری و زایمان‌های قبلی (تعداد بارداری، تعداد و نوع زایمان، سابقه سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ نوزاد، چند قلوئی، زایمان زودرس، ناهنجاری جنینی، بروز بیماری یا تشدید بیماری‌های زمینه‌ای، ناسازگاری خونی)
- سوابق رفتارهای پرخطر در خود و همسر
- تاریخچه پزشکی و سابقه بیماری‌های خانوادگی، ابتلاء به بیماری‌های زمینه‌ای، اختلالات روانی، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، ناهنجاری دستگاه تناسلی، اختلالات انعقادی، حساسیت دارویی، سابقه رفتارهای پرخطر، ابتلاء به عفونت HIV/ایدز، سرطان پستان، تالاسمی مینور، مصرف دارو، سیگار، الکل و مواد مخدر، واکسیناسیون
- نکته:** رفتار پرخطر شامل سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه مسافرت مکرر و یا اقامت طولانی مدت در خارج از کشور در مادر و یا همسرش می‌باشد.

آشنایی با معاینات و آزمایشات دوران بارداری، تعیین سن تقریبی حاملگی و محاسبه تاریخ تقریبی زایمان

ارزیابی معمول مادر جهت آشنایی با وضعیت مادر، متناسب با سن بارداری و مراقبت مربوطه طی مراحل ذیل انجام می‌شود:

۱. سوال کنید.
۲. اندازه‌گیری کنید.
۳. معاینه کنید.

طی ارزیابی معمول مادر، در اولین مرحله سوالهای زیر مطرح شود.

سوال کنید (عوارض بارداری: مشکلاتی که ممکن است در اثر بارداری برای مادر ایجاد شده باشد)

لکه بینی

مشکلات ادراری- تناسلی: شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیرطبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی

آبریزش

استفراغ شدید یا خونی

خارش پوست

ضربه (تروما)

تنگی نفس / تپش قلب

سوال کنید (کاهش / نبود حرکت جنین)

معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ۱۶ تا ۲۰ احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد.

تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود.

سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است.

بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها یک لیوان شربت قند نوشیده و به پهلوی چپ بخوابد تعداد حرکات جنین خود را در دو ساعت شمارش کند و نیز الگویی از حرکات جنین بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان مناسب برای شمارش آن مشخص نشده است.

بررسی وضعیت حرکت جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. بنابراین لازم است در این زمان از مادر در مورد احساس حرکت جنین سوال شود، در صورتی که مادر می گوید که جنین حرکتی ندارد، باید قبل از تصمیم گیری برای ارجاع بررسی شود.

✓ در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید.

اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، نیاز به نگرانی داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیست.

✓ در روش دیگر الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است.

اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است.

سوال کنید (همسر آزاری)

تعریف: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.



خشونت جسمی: هرگونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدها مداوم اعمال می شود.

سوال کنید (علائم روانپزشکی)

وضعیت روانی خانم را برای ارزیابی علائم زیر و سوالات غربالگری سلامت روان تعیین کنید:

علائم خطر فوری روانپزشکی:

احساس بی‌زاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی‌قراری شدید، ناامیدی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم‌حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)

علائم در معرض خطر روانپزشکی:

خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط‌های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی‌حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، اختلال در تمرکز، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها

سوال کنید (غربالگری سلامت روان)

سوالات سلامت روان را در هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری از مادر بپرسید.

قبل از پرسش در خصوص حفظ رازداری به مادر اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما است و کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
به مادر توضیح دهید که «می‌خواهم سؤالاتی در زمینه روان-شناختی و استرس‌های شما بپرسم و هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان و به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان است.»

غربالگری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلا	امتیاز کل	نمی‌داند
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		

- افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب میکنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.
- در صورتی که در مراقبت، نمره پرسشنامه ۶ سوالی نزدیک به نمره (۸ یا ۹) ارجاع است، می‌بایست با توجه به مشاهدات بالینی از علائم روانپزشکی، در مراقبت‌های بعدی نیز به آن توجه کنید.
- در مورد سوالات خودکشی، چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک فوریت روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

خیر	بلی	غربالگری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)
		آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
		آیا اخیراً "به خودکشی فکر کرده‌اید؟

سوال کنید (از مادر بپرسید که در قسمت‌های مختلف بدن دردی احساس می کند)

درد در قسمت های :

- سر

- شکم

- پهلوی

- ساق و ران (یک اندام یا هر دو اندام)

سوال کنید (شکایت شایع، مکملها و تغذیه)

در مورد شکایت های شایع ، نحوه ی مصرف مکمل های دارویی و تغذیه مناسب (مصرف گروههای غذایی)

اندازه گیری وزن

کنترل وزن در بارداری از اقدامات ضروری در حفظ سلامت مادر و نوزاد به شمار می آید؛ لذا در هر بار مراقبت مادر وزن مادر اندازه گیری و با وزن قبلی وی مقایسه می شود. توجه به وزن مادر راهنمای خوبی برای تشخیص وضع تغذیه و سیر حاملگی وی می باشد.

وزن گیری کمتر از حد انتظار در بارداری منجر به تولد نوزاد کم وزن می شود.

وزن گیری بیش از حد انتظار یا افزایش وزن ناگهانی (افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته) نیز مضر است. این نوع اضافه وزن ناگهانی می تواند از نشانه های پره کلایمپسی باشد.

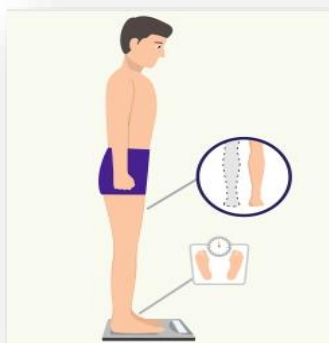
نکات مورد توجه در اندازه گیری وزن مادر:

- قبل از اقدام به اندازه گیری وزن از سالم و تنظیم بودن ترازو اطمینان حاصل شود؛
- بهتر است در ساعات معینی از روز وزن شود؛
- مادر بدون کفش بوده و لباس سبک به تن داشته باشد؛
- مادر به درستی روی صفحه ترازو قرار گرفته و به جایی تکیه نکند؛

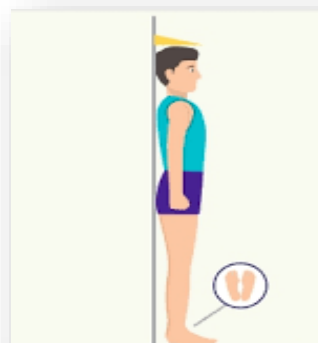
اندازه گیری قد

نکات مورد توجه در اندازه گیری قد مادر:

- به پشت و بدون کفش در جلوی قدسنج بایستد؛
- پاشنه های پا، سرین و قسمت فوقانی پشت و ناحیه پس سری با قدسنج تماس داشته باشد؛
- پاشنه ها در حالت به هم چسبیده و بازوها به طور طبیعی در کنار بدن آویزان باشد؛
- چنانچه قدسنج در خانه بهداشت موجود نباشد می توانید متر (به صورت وارونه) را در ۵۰ سانتیمتر بالاتر از کف زمین به دیوار نصب کنید.



گیری علایم



اندازه

حیاتی

اندازه گیری علایم حیاتی شامل اندازه گیری فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت می باشد.

۱. اندازه گیری فشارخون

در هر بار مراقبت، فشارخون مادر باردار اندازه گیری شده و به تغییرات آن توجه شود. میزان فشارخون در بارداری بسیار اهمیت دارد و افزایش تدریجی یا ناگهانی آن اولین علامت مشکلات حاملگی و از جمله پره اکلامپسی است. اختلالات ناشی از افزایش فشارخون در زمان بارداری از طریق اندازه گیری و کنترل منظم فشارخون تشخیص داده می شود. در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) با رعایت اصول کامل اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. چنانچه فشارخون مادر در وضعیت خوابیده اندازه گیری می شود، حتما باید مادر به پهلو دراز بکشد. زیرا در حالت خوابیده به پشت سیاهرگ های بزرگ داخل شکم بوسیله جنین تحت فشار بوده و از بازگشت خون به قلب جلوگیری می شود. بنابراین فشارخون واقعی مشخص نمی گردد.

فشارخون بالا در حاملگی زمانی است که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون مادر باردار به فاصله ۵ دقیقه ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر باشد.

میزان فشارخون اندازه گیری شده با میزان فشارخون اولیه مقایسه می شود. اگر فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک (می نیمم) به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون اولیه بیشتر شده باشد، **افزایش تدریجی فشارخون** می باشد و نیاز به ارجاع و پیگیری دارد.



۲. اندازه گیری نبض

تعداد نبض باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود. تعداد طبیعی نبض در یک دقیقه کامل، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است. قبل از شمارش نبض لازم است مادر آرام و در حالت استراحت باشد.

۳. اندازه گیری تنفس

تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود. تعداد طبیعی تنفس در یک دقیقه کامل، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

۴. اندازه گیری دمای بدن

درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) به مدت سه دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر "تب" است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۵ / ۰ درجه کمتر است.

تعیین ارتفاع رحم

با تعیین ارتفاع رحم از روی شکم، سن تقریبی بارداری مشخص می‌شود. بدین منظور از هفته ۱۶ بارداری به بعد باید در هر بار مراقبت ارتفاع رحم اندازه گیری و با سن بارداری مطابقت داده شود. برای معاینه، مثانه باید خالی باشد. سپس مادر به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد. سر مادر باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد. در هفته‌های ۱۸ تا ۳۲ بارداری می‌توان ارتفاع رحم را با نوار متری مطابق تصویر اندازه گیری کرد. در این مدت ارتفاع رحم بر حسب سانتی‌متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد.



در صورت عدم تطابق اندازه ارتفاع رحم با سن بارداری، (بیش از ۳ هفته) لازم است به‌طور اقدام به ارجاع غیرفوری مادر نماید.

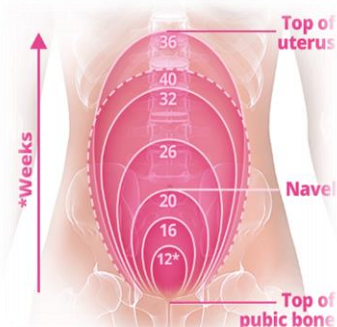
برای اندازه گیری رحم بعد از هفته ۳۲ بارداری نیز مادر باید در همان وضعیتی که توضیح داده شد، قرار گیرد. فرد معاینه کننده نیز باید در یک سمت او بایستد و دست راست خود (تمام سطح کف دست) را به آرامی در بالاترین حد رحم (قله رحم) بگذارد و ارتفاع رحم را از سمفیز پوبیس تا قله رحم اندازه بگیرد.

- ارتفاع رحم در هفته‌های مختلف بارداری به شرح زیر می‌باشد:
- هفته ۱۶ بارداری رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف
- هفته ۲۰ بارداری قله رحم در حدود ناحیه ناف
- هفته ۲۴ بارداری قله رحم در فاصله ۲ انگشت بسته بالای ناف
- هفته ۲۸ بارداری قله رحم در فاصله ۴ انگشت بسته بالای ناف
- هفته ۳۲ بارداری قله رحم بین ناف و جناغ سینه
- هفته ۳۶ بارداری قله رحم در حد جناغ سینه

- هفته ۳۶ تا ۴۰ بارداری به علت پائین آمدن سر جنین در حفره لگن (بویژه در شکم اول) قله رحم به حدود هفته ۳۸ بارداری یعنی در زیر استخوان جناغ لمس می‌شود.



شکم



معاینه

۳۶ بارداری با

بعد از هفته

تقریباً

لمس شکم مادر باردار می‌توان وضعیت جنین را در داخل رحم، تعیین و اعضای بدنش را حس کرد. بدین منظور از چهار نوع معاینه (مانور) با عنوان مانورهای لئوپولد استفاده می‌شود.

- نکات مورد توجه قبل از معاینه شکمی:

- مثانه مادر باید خالی باشد.
- مادر بر روی یک تخت سفت به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد.
- سرمادر باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد.
- فرد معاینه کننده باید در یک سمت مادر بایستد.
- معاینه کننده دست‌های خود را قبل از معاینه گرم نماید.
- اهداف انجام معاینه را برای مادر توضیح دهد.
- قبل از لمس شکم و انجام مانورهای لئوپولد سطح شکم را از نظر تغییرات پوستی، ترک‌های حاملگی و محل برش سزارین یا سایر اعمال جراحی مشاهده می‌نماییم.



مانور اول:

درکنار تخت بایستید نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت جسم سفت و گرد و قابل حرکت لمس می‌شود.

هدف: تعیین عضو نمایش جنین و قرار جنین



مانور دوم:

کنار تخت بایستید نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

هدف: تعیین قرار و محل قرار گرفتن پشت جنین



مانور سوم:

در کنار تخت بایستید نگاه شما به طرف صورت مادر باشد انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.

هدف: تایید قرار، نمایش جنین و میزان ورود سر جنین داخل لگن



مانور چهارم:

طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سرجین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند. در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

هدف: تعیین ورود سر به داخل لگن و فلکسیون و اکستانسیون سرجین



ضربان



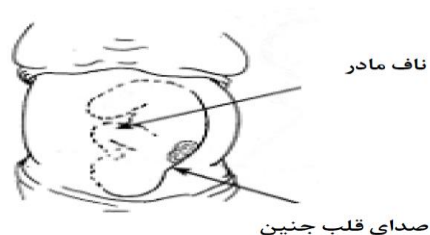
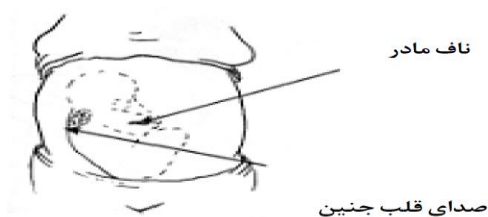
شنیدن

قلب جنین

- تعیین محل شنیدن صدای قلب جنین روی شکم مادر با انجام مانورهای لئوپولد
 - قراردادن گوشی مامایی در محل مناسب
 - شنیدن صدای ضربان قلب جنین در قسمت پشت جنین و حدود ناف مادر
 - شمارش ضربان قلب جنین به مدت یک دقیقه کامل
- تقریباً از هفته ۱۲ بارداری به بعد صدای قلب جنین با سونیکیت شنیده می شود.
از هفته بیستم بارداری به بعد صدای ضربان قلب جنین با گوشی مامائی یا پینارد شنیده می شود.

محل شنیدن صدای قلب جنین در نمایش بریچ

محل شنیدن صدای قلب جنین در نمایش سفالیک



نحوه قرار دادن گوشی

تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار دقیقه است.
قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

از هفته ۲۸ بارداری به بعد در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید.

در صورت شنیده نشدن یا غیرطبیعی بودن تعداد ضربان قلب جنین مطابق مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران اقدام گردد.



گوشی پینارد



سونیکیت

معاینه چشم

در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید.

کم رنگ بودن ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن مخاط، زبان، بستر ناخن‌ها و یا کف دست مادر رنگ پریدگی شدید است.



زردی چشم



چشم طبیعی

معاینه پوست

در هر ملاقات، پوست بدن مادر را از نظر زردی و بثورات پوستی (دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی) مشاهده و بررسی کنید.

ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد.



معاینه اندام‌ها

یکی از اقدامات مهم در هر بار ملاقات بارداری معاینه صورت، دست و پاهای زن باردار از نظر وجود ورم می‌باشد. ساق پا و ران‌ها از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسی می‌شود.

پاهای مادر باردار را باید بخوبی و با دقت از نظر تورم، قرمزی، اختلاف در قطر ساق ها و ران ها بررسی کرد و پوست آن را مورد توجه قرار داد.

با دو انگشت اشاره و میانی فشاری آرام یا محکم به مدت حداقل ۳ ثانیه بر روی پشت قوزک های داخلی و بر روی سطح قدامی ساق پاها وارد کند. (به درد و حساسیت در لمس توجه شود). بعد از برداشتن فشار در آن قسمت، فرو رفتگی جزئی فوراً بر طرف می شود ولی اگر به آرامی پوست به حالت اولیه برگشت این فرد دچار ادم شده است. در این افراد اغلب جای فشار لباس ها مثل بند جوراب یا کمربند، یا جای حلقه انگشت بر روی پوست باقی می ماند. در مراحل پیشرفته تر، ورم در صورت نیز مشاهده می شود.



صورت
فشار

در



بروز ورم در دست و صورت باید مادر باردار جهت کنترل

خون تحت نظر قرار گیرد و برای بررسی پره اکلامپسی به پزشک ارجاع داده شود.



معاینه دهان و دندان

در ملاقات نوبت اول، دوم و سوم دهان و دندان مادر از نظر وجود التهاب لثه، پوسیدگی دندان، جرم دندان، عفونت وآبسه معاینه شده و در صورت مشاهده مشکل به دندان پزشک ارجاع شود.

پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان که معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خودبه خودی همراه است، می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شود.



رنگ پریدگی شدید : (ملتحمه پلک ، مخاط زبان ، مخاط لثه ، بستر ناخن ، کف دستها بررسی شود)



معاینه فیزیکی

در دوران بارداری علاوه برانجام معاینات ذکر شده توسط بهورز، معاینه فیزیکی زن باردار که شامل معاینه چشم، پوست، قلب و ریه، تیروئید، پستانها، شکم و اندامهاست و همچنین بررسی ابتلا به بیماری یا ناهنجاری توسط پزشک و ماما انجام می‌شود.

لازم است بهورز در اولین ملاقات بارداری مادر را جهت انجام این معاینات ارجاع غیرفوری دهد.

آزمایش‌های معمول بارداری

در دوران بارداری تغییرات طبیعی در بدن اتفاق می‌افتد که گاه قابل افتراق با بیماری نمی‌باشد و بر مقادیر آزمایشگاهی نیز تاثیر می‌گذارد. از طرفی استعداد ابتلا به برخی بیماریها در بارداری افزایش می‌یابد. هدف اصلی از انجام آزمایشات و سونوگرافی در بارداری تشخیص زودرس موارد غیر طبیعی و پیشگیری یا درمان اختلالاتی است که مادر و جنین را تحت تاثیر قرار داده و عاقبت بارداری را تغییر می‌دهد. در دوران بارداری برای تشخیص شرایطی که ممکن است سلامت مادر، جنین و یا نوزاد را به خطر اندازد، انجام برخی آزمایشها لازم است.

تعدادی از این آزمایشها جزء مراقبت‌های معمول بارداری می‌باشد و بعضی از آنها فقط در شرایط خاصی انجام می‌شود. آزمایشها متناسب با سن بارداری در دو نوبت (هفته ۶ تا ۱۰ و هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری) انجام می‌گیرد. بهورز بایستی در موعد مقرر جهت درخواست آزمایش مادر را به پزشک یا ماما ارجاع غیرفوری دهد.

آزمایشات نوبت اول (هفته ۶ تا ۱۰ بارداری)			
نام آزمایش	علامت اختصاری	نام آزمایش	علامت اختصاری
شمارش کامل گلبول خون Cell Blood Count	CBC	هموگلوبین Hemoglobin	HB
حجم متوسط هموگلوبین Mean Corpuscular Volume	MCV	هماتوکریت Hematocrit	HCT

PLT	پلاکت Platelet	MCH	وزن متوسط هموگلوبین Mean Corpuscular Hemoglobin
Cr	کراتینین خون Creatinine	MCHC	غلظت متوسط همو گلوبین Mean Corpuscular Hemoglobin concentration
U/A	کامل ادرار Urinalysis	BG/Rh	گروه خونی و اره‌اش Blood Group
U/C	کشت ادرار Urine Culture	FBS	قندخون ناشتا Fast Blood Sugar
TSH	هورمون تحریک کننده تیروئید		کومبس غیرمستقیم (نوبت اول) Indirect Coombs test
		Bun	اوره Blood urea nitrogen

آزمایشات نوبت اول (هفته ۶ تا ۱۰ بارداری) که در صورت نیاز درخواست می شوند		
نام آزمایش	علامت اختصاری	ضرورت درخواست
هورمون تحریک کننده تیروئید	TSH	آزمایش در مراقبت پیش از بارداری انجام نشده است.
بیماریهای آمیزشی (سیفلیس) disease research laboratory venereal	VDRL	احتمال رفتار پرخطر در مادر یا همسرش
آنتی ژن هپاتیت ب Hepatitis B surface antigen	HBSAg	خانم طبق دستور عمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده باشد.
ایدز	HIV	- احتمال رفتار پرخطر در مادر یا همسرش - برای همه مادران مناطق مجری برنامه PMTCT* یا برنامه پیشگیری از انتقال ایدز از مادر به کودک

آزمایشات نوبت دوم (هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری)			
نام آزمایش	علامت اختصاری	نام آزمایش	علامت اختصاری
شمارش کامل گلبول خون Cell Blood Count	CBC	کامل ادرار Urinalysis	U/A
آزمون تحمل گلوکز خوراکی (برای افراد غیردیابتیک) Oral Glucose Tolerance Test	OGTT	کومبس غیرمستقیم (نوبت دوم) Indirect Coombs test	
قندخون ناشتا (برای افراد دیابتیک) Fast Blood Sugar	FBS		

آزمایشات نوبت دوم (هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری) که در صورت نیاز درخواست می شوند		
نام آزمایش	علامت اختصاری	ضرورت درخواست
ایدز	HIV	- احتمال رفتار پرخطر در مادر یا همسرش

نکات آزمایشگاهی آزمون تحمل گلوکز خوراکی:

- نمونه گیری باید صبح هنگام و پس از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن انجام شود.
- رژیم غذایی به مدت ۳ روز آزاد و بدون محدودیت بوده (حداقل ۱۵۰ گرم کربوهیدرات در روز) و فعالیت های بدنی نیز بطور معمول صورت گیرد.
- فرد در طی انجام آزمایش از سیگار کشیدن، فعالیت بدنی، نوشیدن چای یا قهوه و خوردن مواد غذایی خودداری نماید.
- در افراد سر پایی انجام می شود در افراد بستری و بدون تحرک موجب نتایج نادرست می گردد.
- ۷۵ گرم گلوکز آنهیدراز در ۳۰۰ سی سی آب حل شده و در مدت ۵ دقیقه باید نوشیده شود. (معمولا تحمل محلول خنک آسانتر است)
- آزمایش در سه مرحله نمونه گیری خون انجام می شود. نمونه خون اول ناشتا و نمونه خون دوم ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز و نمونه خون سوم ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز تهیه می گردد.

تزریق آمپول رگام

در خون اکثر افراد عاملی به نام ارهاش (Rh) وجود دارد که به آنها ارهاش مثبت (Rh⁺) و به گروهی که خون آنها فاقد این عامل است ارهاش منفی (Rh⁻) گفته می شود.

چنانچه پدر و مادر با هم ناسازگاری خون داشته باشند یعنی مادر Rh- (فاقد عامل Rh) و پدر Rh+ باشد و جنین داخل رحم مادر نیز Rh+ شود، در هنگام زایمان و یا به علت سقط خون جنین از راه بند ناف وارد خون مادر شده، مادر در مقابل عامل Rh حساس می‌شود و در خون وی عاملی بر ضد آن به نام پادتن تولید می‌گردد. اگر مادر مجدداً حامله شود و جنین وی Rh+ باشد، پادتن‌های تولید شده در خون مادر وارد خون جنین بعدی شده و اثرات زیان‌باری ایجاد می‌کنند. برای تشخیص حساسیت مادر Rh- با همسر Rh+ در ملاقات اول و سوم بارداری انجام آزمایش کومبس غیرمستقیم توسط پزشک یا ماما درخواست می‌شود.

برای پیشگیری از حساس شدن مادر در مقابل عامل Rh یک نوع سرم مخصوص به نام رگام به مادران Rh- در طول ۷۲ ساعت اول پس از زایمان و تولد نوزاد Rh+ و یا در صورت منفی شدن پاسخ آزمایش کومبس غیر مستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی مادر) در هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری توسط پزشک یا ماما تزریق می‌گردد.

آزمایش غربالگری ناهنجاری جنین

به تمامی مادران باردار برای تشخیص زودرس برخی ناهنجاری جنین (شایعترین سندرم داون) پیشنهاد می‌شود. سندرم داون اختلال کروموزومی است که جنین ۴۷ کروموزوم دارد و بصورت تصادفی در هر بارداری حتی اگر سابقه خانوادگی و یا سابقه نوزاد مبتلا به سندرم داون وجود نداشته باشد اتفاق می‌افتد. با افزایش سن مادر خطر وقوع سندرم داون افزایش می‌یابد.



نتایج غربالگری جنین فقط میزان خطر را بر اساس سه سطح خطر (کم خطر، خطر متوسط و پر خطر) نشان می‌دهد. نتایج تستهای تشخیص قطعی مثل آمنیوسنتز (نمونه گیری از مایع آمنیوتیک) یا CVS (نمونه برداری از پرزهای بافت کوریون جفت) ملاک ختم بارداری است.

پیشنهاد انجام غربالگری ناهنجاری جنین در مراقبت هفته ۱۰-۶ بارداری به مادر داده می‌شود. زمان انجام غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماه اول بارداری در هفته ۱۱-۱۳ بارداری می‌باشد.

غربالگری جنین در سه ماه اول بارداری از طریق آزمایش خون و انجام سونوگرافی NT استاندارد می‌باشد. چنانچه خانم باردار پس از ۱۳ هفته و ۶ روز و قبل از هفته ۱۷ بارداری مراجعه کند. پس از مشاوره و انتخاب والدین غربالگری سه ماهه دوم بارداری درخواست می‌شود.

زمان انجام غربالگری جنین در سه ماهه دوم بارداری در صورت لزوم، هفته ۱۵ تا ۱۷ بارداری می‌باشد. غربالگری جنین در سه ماه دوم بارداری از طریق آزمایش خون می‌باشد و پس از هفته ۱۸ بارداری توصیه نمی‌شود.

سونوگرافی معمول در بارداری

اهداف سونوگرافی نوبت اول (هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری)	اهداف سونوگرافی نوبت دوم (هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری)
تعیین سن بارداری	بررسی تعداد جنین و سن بارداری
بررسی تعداد جنین	وضعیت رشد جنین
وضعیت جنین	نمایش جنین

وضعیت محل جفت	وضعیت محل جفت
میزان مایع آمنیوتیک	وجود ناهنجاری های واضح در جنین
وجود ناهنجاری های واضح در جنین	جنسیت جنین

مادر برای انجام سونوگرافی نوبت اول (هفته ۱۶ تا ۱۸) و سونوگرافی نوبت دوم (هفته ۳۱ تا ۳۴) به پزشک یا ماما ارجاع غیرفوری داده می شود.

دفعات بیشتر سونوگرافی در صورت نیاز و براساس نظر پزشک یا ماما انجام می شود.

تعیین تاریخ مراجعه بعدی مادر

زمان مراجعه بعدی	زمان مراجعه فعلی	هفته بارداری
۱۰ هفته بعد	هفته های ۶ تا ۱۰ بارداری	۶ تا ۱۰
در صورت مراجعه مادر در هفته ۱۶ بارداری، زمان ملاقات بعدی در هفته ۲۴ تا ۲۶ (ترجیحاً ۲۴ بارداری) تعیین شود.	هفته های ۱۶ تا ۲۰ بارداری	۱۶ تا ۲۰
۷ هفته بعد	هفته های ۲۴ تا ۲۷ بارداری	۲۴ تا ۳۰
۴ هفته بعد	هفته های ۲۸ تا ۳۰ بارداری	
۴ هفته بعد	هفته های ۳۱ تا ۳۳ بارداری	۳۱ تا ۳۴
۳ هفته بعد	هفته ۳۴ بارداری	
۳ هفته بعد	هفته ۳۵ بارداری	۳۵ تا ۳۷
۲ هفته بعد	هفته ۳۶ بارداری	
۱ هفته بعد	هفته ۳۷ بارداری	
۱ هفته بعد	هفته های ۳۸، ۳۹ و ۴۰ بارداری	۳۸، ۳۹، ۴۰

به چند مثال زیر توجه کنید:

- مادری در تاریخ ۹۸/۴/۵ مراقبت هفته ۹ بارداری را دریافت کرده است، با توجه به اینکه هفته بارداری مادر بین هفته های ۶ تا ۱۰ بارداری است، زمان مراجعه بعدی او بعد از ۱۰ هفته در تاریخ ۹۸/۶/۱۳ تعیین می شود.
- مادری در تاریخ ۹۸/۶/۳۱ مراقبت هفته ۲۹ بارداری را دریافت کرده است، هفته بارداری او بین هفته های ۲۷ تا ۳۰ بارداری است، برای تعیین تاریخ ملاقات بعدی، ۴ هفته به تاریخ مراجعه اضافه می شود، بنابراین تاریخ مراجعه بعدی او ۹۸/۷/۲۸ است.

محاسبه تاریخ تقریبی زایمان

تاریخ تقریبی زایمان (Expected Date of Child birth= EDC) به دلیل عدم اطمینان از زمان دقیق عمل لقاح، بطور قراردادی حاملگی از اولین روز آخرین قاعدگی خانم (Last Menstrual Period=L.M.P) محاسبه می شود. بر این اساس برای تعیین تاریخ زایمان، به تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانم، ۷ روز به آن اضافه و سه ماه از آن کم کرده و به تاریخ بدست آمده یک سال اضافه می کنند. از هفته ۲۸ بارداری به تاریخ تقریبی زایمان مادر باید توجه نمود.

مثال ۱) اگر تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانمی ۲ آذر ۱۳۹۸ باشد، تاریخ تقریبی زایمان وی بدین گونه محاسبه می شود:

۷ روز به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می کنیم. روز ۲ + ۷ = ۹
از ماه آذر سه ماه به عقب برمی گردیم. شهریور ماه ۶ = ۳ - ۹
یک سال به سال ۱۹۸۱ اضافه می کنیم. سال ۹۹ = ۱ + ۹۸
بنابراین تاریخ احتمالی زایمان این خانم ۹ شهریور ماه سال ۱۳۹۹ خواهد بود.

مثال ۲) اگر تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانمی ۲ اردیبهشت ۱۳۹۹ باشد، تاریخ تقریبی زایمان وی بدین گونه محاسبه می شود:

۷ روز به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می کنیم. روز ۲ + ۷ = ۹
۹ ماه به ماه اضافه می کنیم. بهمن ماه ۱۱ = ۲ + ۹
بنابراین تاریخ احتمالی زایمان این خانم ۹ بهمن ماه سال ۱۳۹۹ خواهد بود.
نکته: در مورد خانمهایی که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی آنها در سه ماه اول سال است، ۷ روز به روز و ۹ ماه به ماه اضافه کرده و زایمان در همان سال اتفاق می افتد و نیاز به افزودن یکسال نیست.

تعیین سن بارداری

در هر ملاقات، باید سن بارداری مادر برحسب «هفته» از اولین روز آخرین قاعدگی وی محاسبه شود.
بدین منظور باید فاصله زمانی بین تاریخ مراجعه خانم و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی او را تعیین و آن را بر عدد ۷ تقسیم کرد.

مثال ۱) روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی بزرگتر است:
- برای تعیین سن حاملگی فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۳ ماه و ۷ روز به عبارت دیگر ۹۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۱۳ هفته و ۶ روز می شود.

سال	ماه	روز	
۱۳۹۸	۱۲	۱۹	تاریخ مراجعه
۱۳۹۸	۹	۱۲	تاریخ اولین روز قاعدگی
	۳	۷	سن بارداری

مثال ۲) روز تاریخ مراجعه خانم از روز تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی بزرگتر ولی ماه مراجعه از ماه اولین روز آخرین قاعدگی کوچکتر است:

- از سال مراجعه یک سال کسر و ۱۲ ماه به عدد ماه تاریخ مراجعه اضافه کنید.
- برای تعیین سن حاملگی، فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۲ ماه و ۷ روز به عبارت دیگر ۶۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۹ هفته و ۴ روز می شود.

سال	ماه	روز	
۱۳۹۹	۲	۱۹	تاریخ مراجعه
۱۳۹۸	۱۴	۱۹	

تاریخ اولین روز قاعدگی	۱۲	۱۲	۱۳۹۸
سن بارداری	۷	۲	

مثال ۳) روز تاریخ مراجعه خانم از روز تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی کوچکتر ولی ماه مراجعه از ماه اولین روز آخرین قاعدگی بزرگتر است:

- از ماه تاریخ مراجعه یک ماه کسر و ۳۰ روز به عدد روز تاریخ مراجعه اضافه کنید.
- برای تعیین سن حاملگی فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۱ ماه و ۲۷ روز به عبارت دیگر ۵۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می‌کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۸ هفته و ۱ روز می‌شود.

	روز	ماه	سال
تاریخ مراجعه	۱۹	۲	۱۳۹۸
	۴۹	۱۱	
تاریخ اولین روز قاعدگی	۲۲	۱۰	۱۳۹۸
سن بارداری	۲۷	۱	

مثال ۴) روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه اولین روز آخرین قاعدگی کوچکتر باشد:

- یک ماه از ماه تاریخ مراجعه کسر و ۳۰ روز به روز تاریخ مراجعه، اضافه نمائید و سپس ۱ سال از عدد سال کم و ۱۲ ماه به عدد ماه تاریخ مراجعه اضافه کنید.
- برای تعیین سن حاملگی فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۲ ماه و ۲۳ روز به عبارت دیگر ۸۳ روز) بر عدد ۷ تقسیم می‌کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۱۱ هفته و ۴ روز می‌شود.

	روز	ماه	سال
تاریخ مراجعه	۱۵	۱	۱۳۹۹
	۴۵	۱۲	۱۳۹۸
تاریخ اولین روز قاعدگی	۲۲	۱۰	۱۳۹۸
سن بارداری	۲۳	۲	

مثال ۵) برای محاسبه سن بارداری در ۶ ماه اول سال، هر ماه را ۳۱ روز در نظر بگیرید.

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مادری ۲۲/۴/۹۸ است و در تاریخ ۱۹/۸/۹۸ مراجعه کرده است. فاصله زمانی بین این دو تاریخ ۱۲۰ روز است که بر عدد ۷ تقسیم می‌شود، بنابراین سن بارداری معادل ۱۷ هفته و ۱ روز است.

ایمن سازی سازی: در فصل ایمن سازی به تفصیل شرح داده خواهد شد.

آموزش های دوران بارداری

در هر بار ملاقات با مادرضمن بررسی وزن، فشار خون و سایر مراقبت ها، باید آموزش هایی متناسب با سن بارداری به او داده شود .

تغذیه دوران بارداری

جنین مانند هر موجود زنده ای برای رشد و نمو خود نیاز به مواد غذایی، ویتامین ها، املاح و غیره دارد که این نیاز توسط مادر و از طریق جفت تامین می شود.

با تغذیه مناسب از بروز برخی عوارض مانند سرگیجه، کم خونی، اثرات خونریزی بعد از زایمان جلوگیری می شود، نوزاد با وزن طبیعی متولد شده و احتمال بقای او در هفته های اول تولد افزایش می یابد و بعدها در زندگی از سلامت بیشتری برخوردار می شود.

مادرانی که تغذیه صحیحی دارند در شیردهی به نوزاد خود نیز موفق تر خواهند بود.

غذای روزانه مادر باید حاوی مقدار لازم پروتئین برای رشد و ترمیم نسوج بدن خود و جنین، مقدار لازم چربی و نشاسته برای تولید انرژی، آب، املاح (آهن و کلسیم) و ویتامین ها باشد. بدین ترتیب در برنامه غذای روزانه خانم باردار وجود همه گروه های غذایی با رعایت تنوع و تعادل در مصرف آن ضروری است.



• گروه های اصلی غذایی عبارتند از:

- نان و غلات
- میوه ها
- سبزی ها
- شیر و لبنیات
- گوشت، تخم مرغ
- حبوبات و مغزها

جدول مقایسه مورد نیاز غذایی بر حسب گروه های غذایی در دوران بارداری و شیردهی با غیر بارداری

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه های غذایی
		باردار و شیرده	غیر باردار	
انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگ، نان جو، ...) نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. نان و غلات سبوس دار به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در اولویت است.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان ها مثل نان بربری، سنگ و ۲ تا فتون یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته یا ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	۷-۱۱	۶-۱۱	گروه نان و غلات

این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ‌دار، هویج، بادمجان، نخودسبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه‌فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس، و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه‌فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۴-۵	۳-۵	گروه سبزی‌ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگورو انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۴	گروه میوه‌ها
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	۳-۴	۲-۳	گروه شیر و لبنیات
این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و ...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...)	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سائز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۳	۲-۳	گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها

مصرف مکمل‌های دارویی

از آنجایی که افزایش نیاز بدن زن باردار به برخی از این مواد مانند آهن صرفاً با مصرف مواد غذایی تامین نمی‌شود، مصرف مکمل‌های غذایی شامل آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک و ید در بارداری ضرورت دارد.

اسید فولیک

ماده‌ای است که مصرف آن بخصوص در سه ماه اول حاملگی برای رشد سیستم عصبی جنین لازم است و از نقص مادرزادی سیستم عصبی در نوزاد جلوگیری می‌کند. بدین منظور همراه با مصرف مواد غذایی غنی از آن، مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسیدفولیک از ابتدا تا پایان بارداری لازم است.

سبزی‌های برگ تیره مثل اسفناج و انواع سبزی خوردن، حبوبات، جگر، ماهی و پرتقال منبع خوبی برای اسید فولیک می‌باشند. مصرف قرص اسید فولیک از سه ماه قبل از بارداری توصیه می‌شود.

آهن

ماده‌ای است که کمبود آن در بارداری می‌تواند منجر به کم‌خونی مزمن در مادر، محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس، کم‌وزنی و نارسایی جنین شود.

مشکلات ناشی از خونریزی پس از زایمان در مادران کم خون نیز بیشتر است. زنان در سنین باروری، بویژه در دوران حاملگی (به علت افزایش حجم خون و از دست دادن خون در حین و پس از زایمان) بیشتر در معرض خطر کم خونی ناشی از کمبود آهن هستند و نیازشان به آهن بیشتر از دیگران است و این نیاز در سه ماهه دوم و سوم بارداری افزایش می یابد لذا خانم های باردار باید از شروع هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد قرص آهن مصرف کنند.

مصرف منابع غنی از آهن نیز در دوران بارداری و شیردهی بسیار ضروری است. موادی مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، جگر، زرده تخم مرغ، حبوبات و سبزیجاتی با برگ سبز تیره مانند اسفناج و جعفری منابع خوبی از آهن هستند. انواع مغزها مانند گردو، بادام و انواع خشکبار مثل توت خشک، کشمش نیز دارای آهن می باشد.

مولتی ویتامین مینرال یا ساده

یکی دیگر از مکمل های غذایی است و توصیه می شود از شروع هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد مصرف شود.

ید

در دوران بارداری مادر نیاز به ۱۵۰ میکروگرم ید دارد که بخشی از آن با مصرف کم نمک ید دار تصفیه شده و بخشی دیگر با استفاده از مکمل ید تامین می شود. در این راستا مکمل ید به صورت ترکیب با اسید فولیک بنام ید و فولیک تولید شده است. کلیه زنانی که قصد بارداری دارند از ۳ ماه قبل بارداری و یا به محض اطلاع از بارداری روزانه یک عدد مکمل ید و فولیک که حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۴۰۰ میکروگرم اسیدفولیک می باشد تا شروع هفته ۱۶ بارداری داده شود. (ید در پرکاری تیروئید منع مصرف دارد)

از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مولتی ویتامین حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید به کلیه مادران باردار داده شود.

بدیهی است از شروع هفته ۱۶ که مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید مصرف می شود مکمل ید و فولیک نباید استفاده شود.

سوء تغذیه در زنان باردار

سوء تغذیه به هر شکل خفیف، متوسط و شدید هم در سلامت مادر و هم در سلامت نوزاد نقش اساسی دارد. با آموزش تغذیه مناسب در بارداری، تامین مواد مغذی و کالری مورد نیاز، مراقبت ویژه از مادران مبتلا به سوء تغذیه، کنترل دقیق وزن و فشار خون مادر و تجویز مکمل های غذائی (آهن، اسیدفولیک و مولتی ویتامین) می توان از آن جلوگیری کرد و عوارض ناشی از آن را کاهش داد.

برخی عوامل مستعد کننده در زنان باردار، برای ابتلاء به سوء تغذیه در بارداری عبارتند از:

- سوء تغذیه مادر و نداشتن تغذیه مناسب و کم بودن وزن مادر قبل از بارداری
- وزن گیری نامناسب در بارداری
- سابقه زایمان نوزاد کم وزن (چنانچه وزن هنگام تولد نوزادان قبلی کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد و یا در سال اول زندگی لاغر و مبتلاء به سوء تغذیه بوده باشند، این امر ممکن است ناشی از سوء تغذیه مادر باشد)
- حاملگی های مکرر بویژه با فاصله کم
- زنان خانواده های کم درآمد
- ابتلاء مادر به بیماری های مزمن مثل سل، بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، فشار خون و مالاریا
- ناآگاهی مادر از تغذیه صحیح در بارداری

عدم مصرف خودسرانه دارو، استعمال دخانیات و عکسبرداری پزشکی (رادیوگرافی)

تحقیقات و مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مصرف داروها، نوشیدن الکل و عوامل زیان بار دیگری مانند استعمال دخانیات و تنفس در فضای آلوده به دود سیگار یا قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس (به هنگام رادیوگرافی) در دوران حاملگی ممکن است اثر سوء در جنین به وجود آورد.

سیگار و دخانیات موجب زایمان زودرس، کم‌وزنی نوزاد و حتی مرگ نوزاد می‌شود و مصرف الکل باعث تاخیر رشد، ناهنجاری و اختلال عصبی در جنین می‌گردد.

اکثر داروها می‌توانند از جفت عبور کرده و به جنین رسیده و عوارض و ناهنجاری‌هایی در جنین و نوزاد ایجاد کنند. نوع عارضه و یا تاثیر داروها و هر عامل خطر زای دیگر بستگی به این دارد که در کدام مرحله جنینی آن دارو یا عامل بر جنین اثر می‌گذارد.

از آنجایی که بیشترین اثرات سوء داروها و مواد مضر در سه ماه اول حاملگی است لذا در این مدت باید از مصرف خودسرانه دارو و انجام هر نوع عکس برداری پزشکی بدون اجازه پزشک خودداری شود.

اگر خانمی قبل از بارداری به علت بیماری دارو مصرف می‌کرده و یا در اوایل بارداری مجبور به استفاده از دارو است، باید حتماً پزشک یا ماما را از باردار بودن خود مطلع کند.

ناهنجاری‌های جنینی مثل نقص اعضا و اندام‌ها، تولد نوزاد کم وزن و نارس، عقب ماندگی ذهنی، مشکلات و نقایص دندانی و صورتی مانند شکاف لب و کام، بد رنگ شدن دندان‌های نوزاد، مرگ و میر دوران جنینی از عوارض مصرف برخی داروها و کشیدن سیگار یا سایر عوامل زیان آور در بارداری است.

به جز در مواردی که پزشک لازم می‌داند، عکسبرداری از لگن خاصره و شکم مادر باردار توصیه نمی‌شود. عکسبرداری از سایر اعضا بدن مادر با قرار دادن پوشش سربی مخصوص روی شکم مادر به منظور نرسیدن اشعه به جنین اشکالی ندارد.

توجه: در صورت معتاد بودن مادر باردار، وی باید تحت نظر متخصص مراقبت شود.

بهداشت فردی

نظافت شخصی مادر از نظر پوست بدن، دست‌ها و پاها، ناخن‌ها، موی سر، دندان‌ها، نظافت سایر اعضای بدن و استحمام مرتب از اصول اولیه بهداشت فردی است که باید بدان توجه شود.

در بارداری محدودیتی برای استحمام وجود ندارد. مادر باید در موقع حمام کردن از آب بسیار سرد یا آب بسیار داغ و آب‌های آلوده که احتمالاً باعث آلودگی دستگاه تناسلی زن می‌شود، پرهیز کند.

استحمام سبب باز شدن منافذ پوست و سرعت جریان خون می‌شود. گرما و رطوبت زیاد محیط حمام می‌تواند باعث افزایش درجه حرارت جنین شود، بنابراین باید از آب ولرم استفاده کرده و زمان استحمام کوتاه‌تر شود.

در هفته‌های آخر مراقبت بیشتری به هنگام استحمام لازم است زیرا بزرگی شکم، تعادل بدن را برهم می‌زند و احتمال لیز خوردن و افتادن را بیشتر می‌کند. ضمناً در این زمان استحمام در حوض، خزینه و نظایر آن توصیه نمی‌شود.

استراحت

در اوایل حاملگی بیشتر زنان احساس خواب‌آلودگی و خستگی می‌کنند که امری طبیعی است. توصیه می‌شود زنان باردار یک برنامه مشخص برای استراحت خصوصاً در اواخر بارداری داشته و زمان کافی برای استراحت خود در نظر بگیرند.

بهترین وضعیت برای استراحت، خوابیدن به پهلو است. این امر سبب خون‌رسانی و اکسیژن‌رسانی بهتر به جنین می‌شود. تغییر وضعیت از یک پهلو به پهلو دیگر و یا بلند شدن باید به آرامی صورت گیرد.

از آنجایی که در زایمان انرژی زیادی مصرف می‌شود، در هفته‌های آخر بارداری باید از انجام فعالیت‌های سنگین خانه (مانند خانه‌تکانی) اجتناب شود.

کار و فعالیت

ساعت کار مادران شاغل نباید زیاد طولانی باشد (کمتر از ۸ ساعت در روز) و آنان باید بتوانند در فواصل کار خود چند دقیقه ای استراحت کنند.

مشاغلی که مستلزم بلند کردن و جابجا کردن اجسام سنگین و یا ایستادن به مدت طولانی، تماس با مواد سمی است، برای خانم‌های باردار مناسب نمی باشد.

توصیه می شود زنان باردار از انجام کارهای سنگین که موجب افزایش ضربان قلب و تعریق زیاد می شود و از ایستادن و یا نشستن طولانی مدت (بیش از ۳ ساعت) در یک وضعیت بپرهیزند. در زمان کار حتی الامکان به طور متناوب راه بروند و در هنگام نشستن یک چهارپایه در زیر پای خود قرار دهند.

مسافرت

مسافرت برای مادر سالم منعی ندارد ولی مسافرت طولانی با اتومبیل بخصوص در هفته های آخر بارداری، حتما باید با تائید پزشک و با احتیاط باشد.

در طول سفرهای زمینی، لازم است مادر حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمی راه برود.

بهداشت در روابط جنسی

تغییرات دوران بارداری مانند بزرگ شدن پستان ها، پر خونی لگن، تهوع، سرگیجه، بزرگی و تغییرات شکم و پرینه بر روی فعالیت های جنسی تأثیر می گذارد.

گرچه تمایلات جنسی طی نیمه اول بارداری کاهش می یابد ولی اغلب در نیمه دوم افزایش می یابد. مقاربت تا زمانی که مادر احساس ناراحتی نکند و یا ممنوعیتی از نظر پزشکی (مانند سابقه سقط یا زایمان زودرس یا وجود لکه بینی و جفت سرراهی در حاملگی فعلی نداشته باشد)، مانعی ندارد. ضمناً مقاربت مشکلی برای جنین ایجاد نمی کند زیرا جنین در داخل رحم و درون کیسه آب قرار دارد. در دوران بارداری بخصوص در ماه های آخر، وضعیتی برای مقاربت مناسب است که باعث صرف انرژی کمتر و نیز فشار کمتر روی شکم و رحم شود. در صورت وجود رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش و مشاهده علائم بیماری مقاربتی، باید مادر برای درمان و دریافت خدمات مشاوره به پزشک و مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شود.

لباس مناسب

با پیشرفت حاملگی و بزرگ شدن رحم و نیز افزایش حجم پستان ها و دردناک شدن آنها، پوشیدن لباس های آزاد و گشاد که بر روی شکم فشار نیاورد و استفاده از لباس زیر مناسب توصیه می شود. پوشیدن کفش پاشنه بلند (بیش از ۵ سانتی متر) یا کاملاً تخت به دلیل افزایش انحنای کمر و برهم زدن تعادل بدن و افزایش فشار رحم، بر روی ماهیچه های شکم، کمر و ران ها، توصیه نمی شود.

ورزش

ورزش های سبک حتی بصورت پیاده روی حدود نیم ساعت در روز و حداقل سه بار در هفته و انجام کارهای خانه باید جزو برنامه های روزانه مادران باردار باشد. راه رفتن باعث تقویت عضلات شکم شده و در ماه های آخر به راحت انجام شدن زایمان کمک می کند.

انجام تمرینات بسیار ساده در بارداری باعث آرامش جسمی و فکری مادر شده، جریان خون را تحریک و فعالیت ریه ها و فعالیت دفعی پوست و روده ها را بیشتر می کند، از افزایش بیش از حد وزن جلوگیری کرده، در کاهش کمردرد و درد پشت مؤثر بوده و مادر از نظر جسمی و روحی برای زایمان آماده می کند.

توجه: در صورتی که فعالیت مادر منجر به لکه بینی، انقباضات رحمی، سرگیجه، تپش قلب و تعریق زیاد شود، مادر باید فعالیت خود را متوقف و با پزشک و یا ماما مشورت کند.

بهداشت دهان و دندان

در بارداری مادر تمایل بیشتری به خوردن مواد غذایی شیرین یا ترش دارد و به دلیل کم حوصلگی و خستگی وقت کمتری برای مراقبت از دندان ها صرف می کند، از طرف دیگر به علت مصرف کلسیم بدن مادر در استخوان بندی جنین، خطر پوسیدگی دندان و بیماری لثه بیشتر می شود.

بنابراین لازم است در این دوران ضمن تشویق مادر به داشتن برنامه غذایی مناسب (استفاده از مواد دارای کلسیم، میوه و سبزیجات بجای مصرف مواد قندی) او را از اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان، چگونگی ایجاد پوسیدگی دندان و مشکلات دهان و لثه، نحوه استفاده صحیح و مرتب از مسواک، نخ دندان و دهان شویه آگاه کرد. همچنین آموزش مادر در مورد مراقبت از دهان نوزاد و بهداشت دهان و دندان کودک مطابق متون آموزشی اداره بهداشت دهان و دندان ضروری است.

بهداشت روانی

در دوران بارداری، خلق و خو، روحیات، روابط خانوادگی و مسئولیت های مادر و حتی همسرش تغییر می کند. معمولاً در هفته های اول که زن از بارداری خود مطمئن نیست در یک حالت بلاتکلیفی قرار دارد. برخی زنان پس از اطمینان از بارداری، زمان بارداری خود را مناسب نمی دانند، برخی فکر می کنند که آمادگی پذیرش یک مسئولیت جدید را ندارند، برخی از آنان نگران تغییراتی هستند که ممکن است در روابط آنها با همسر و فرزندانشان ایجاد شود.

بهداشت روانی در سه ماهه اول :

مادر بیشتر به خودش توجه می کند. تغییرات جسمی و هورمونی ممکن است تغییراتی در خلق و خوی مادر ایجاد کرده، منجر به تحریک پذیری بیشتر و حالاتی مانند عصبانیت، خواب آلودگی یا خستگی شدید در او شود. در این دوره از بارداری گاهی مادر بدون علت گریه می کند.

بهداشت روانی در سه ماهه دوم :

تغییراتی مانند بزرگ شدن پستان ها و رحم، افزایش وزن و از همه مهم تر حرکت جنین، وجود جنین را تأیید می کند. مادر جنین را به صورت موجودی جدا ولی وابسته به خود احساس می کند. در این زمان مادر حال عمومی بهتری دارد و به جنین بیشتر توجه می کند. مایل است در مورد تغذیه و نحوه رشد و نمو جنین بداند.

بهداشت روانی در سه ماهه سوم :

مادر احساس می کند آسیب پذیر شده و نسبت به سلامت جنین نیز نگران است و از حضور در محیط های شلوغ خودداری می کند.

اغلب مادران در هفته های آخر بارداری به همسر و خانواده احساس وابستگی بیشتر پیدا می کنند و به محبت و توجه و حمایت از طرف همسر خود نیاز بیشتری دارند.

مراقبت از نوزاد

در دوران بارداری باید در مورد مراقبت از نوزادی که بدنیا خواهد آمد، آموزش های لازم به مادر ارائه شود. این مراقبت ها عبارتند از:

اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر، نقش شیر مادر در سلامت دندان ها، مراقبت از دهان نوزاد، نحوه تمیز کردن لثه و دندان های نوزاد، دفعات تغذیه و دفع مدفوع، مراقبت بند ناف، تمیز کردن ناحیه تناسلی، استحمام، درجه حرارت اتاق، واکسیناسیون، مکمل های غذایی، زمان شروع غذای کمکی و علائم خطر در نوزاد

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی

به منظور جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته پس از زایمان، لازم است در دوران بارداری (ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری) مادر را از لزوم جلوگیری از بارداری آگاه نمود.

آموزش مادر در این مورد در دوره بارداری تاکید می شود، زیرا ممکن است پس از زایمان مادر به علت مشکلات زایمان و مراقبت از نوزاد آمادگی و دقت کافی برای انتخاب روش مناسب جلوگیری نداشته باشد.

در این زمان اهداف باروری سالم و روشهای پیشگیری از بارداری و زمان شروع استفاده از روش بایستی برای مادر آموزش داده شود، همچنین بر استفاده از روشهای مجاز در شیردهی تاکید گردد.

نقش مردان در دوران بارداری همسرانشان

بچه دار شدن همان اندازه که در زندگی زنان اتفاق تاثیر گذاری است، در زندگی مردان نیز موثر است و مسئولیت های جدیدی را برای آنها بدنبال دارد. با آگاه کردن مردان در مورد تغییرات و نیازهای جسمی و روانی ناشی از بارداری، می توان به آنها کمک کرد که نقش فعالی در زمان بارداری همسرشان داشته و علاوه بر آن خود را برای نقش پدری آماده کنند.

مردان را تشویق کنید تا با حمایت همسر باردار خود برای مراجعه مرتب به خانه بهداشت، اطمینان از تغذیه مناسب وی و مصرف مکمل های غذایی، اظهار همدردی با او در مواردی که دچار ناراحتی می شود، همراهی او برای زایمان و ... در به سلامت طی شدن بارداری و تولد یک نوزاد سالم سهیم شوند.

کلاس های آمادگی برای زایمان

بارداری و زایمان یک فرایند طبیعی است ولی با توجه به تغییرات جسمی و روانی ناشی از آن، مادر نیازمند حمایت های خاصی است. اگر مادر حمایت نشود، این تغییرات می تواند اثر نامطلوب بر روی جنین و مادر بگذارد. به همین منظور، کلاس هایی با عنوان آمادگی برای زایمان در کنار مراقبت های دوران بارداری تشکیل می شود تا مادر بتواند ذهنیت درست از درد زایمان، داشته و در زمان زایمان دردهایش را از طریق تمرین های خاصی به طور ارادی کنترل کند. همچنین نگرانی های مادر در بارداری کاهش یابد و بتواند در مهم ترین تجربه زندگی خود نقش فعالی داشته باشد.

این کلاس ها از نیمه دوم (هفته ۲۰) بارداری شروع می شود و مطالب به طور تئوری و عملی طی ۸ جلسه تدریس می گردد. تمرین های عملی شامل تمرین های عصبی عضلانی - اصلاح وضعیت ها، تکنیک صحیح تنفس و آرام سازی و دیگر روش هایی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر آموزش داده می شود.

تمامی زنان باردار صرف نظر از سن و سواد آنان می توانند در این کلاس ها شرکت کنند مشروط بر این که مراقبت های بارداری را انجام داده و ممنوعیتی از نظر متخصص زنان/ماما برای حضور در کلاس نداشته باشند.

شکایت های شایع دوران بارداری

تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن

اغلب در سه ماهه اول بارداری رخ می دهد و تا هفته ۱۶ بارداری بهبود می یابد.

از آنجایی که این مشکل در صبح ها تشدید می شود، بیماری صبحگاهی (Morning Sickness) نامیده می شود؛ گرچه ممکن است در هر ساعتی از شبانه روز اتفاق بیفتد.

هنگامی تهوع بارداری نیازمند پیگیری فوری است که موجب کاهش وزن شود، در این زمان ارزیابی تغذیه ای باید انجام شود.

• توصیه های تغذیه ای هنگام تهوع و استفراغ بارداری :

۱. معده را خالی نگه ندارند اما در عین حال از پری و سنگینی معده هم خودداری کنند.
۲. مقدار غذای کمتر در هر وعده مصرف شود .
۳. افزایش تعداد وعده های غذایی که ممکن است برحسب تحمل مادر تا ۹ وعده در روز هم برسد .
۴. استفاده از کربوهیدراتهای زود هضم و مصرف پروتئین مفید است .
۵. بیسکویت یا نان خشک قبل از برخاستن از رختخواب مصرف کرده و پس از ۱۵ دقیقه از رختخواب برخاسته و صبحانه سبک و زود هضم بخورند.
۶. از مصرف همزمان غذا و مایعات خودداری شود .
۷. از خوردن غذاهای پر ادویه، سرخ شده، نفاخ، حجیم و دیر هضم اجتناب شود .
۸. از آنجایی که غذاها و مایعات سرد بیش از نوع گرم آنها قابل تحمل می باشند از غذاهای سرد با دمای یخچال استفاده شود و نیز از غذاهایی که بوی محرک دارند اجتناب شود.
۹. در صورت مصرف مایعات و غذا های سرد با دمای یخچال مراقب آلودگیهای میکروبی باشند.
۱۰. در زمان آشپزی، پنجره آشپزخانه را باز بگذارند تا بوی شدید و تند غذا آزار دهنده نباشد و در صورت عدم تحمل توصیه می شود غذا بوسیله سایر افراد خانواده تهیه گردد.
۱۱. در صورت بروز ناراحتی معده همراه با تهوع نیز می توان یک تکه نان یا بیسکویت مصرف کرد .
۱۲. به آرامی غذا بخورند .
۱۳. به مدت طولانی گرسنه نمانند .
۱۴. از رایحه های آزار دهنده و بوی تند برخی غذاها و سایر بوهای آزار دهنده اجتناب کنند .
۱۵. در تهوع و استفراغ شدید حمایت روانی مادر توسط اطرافیان خصوصاً همسر خانم باردار توصیه می شود .
۱۶. مواد غذایی حاوی کربوهیدرات پیچیده نظیر نان برشته، بیسکویت نمکی (کراکر)، نان خشک یا نان سوخاری مصرف شود
۱۷. در صورتیکه تهوع استفراغ بارداری خفیف باشد ویتامین B۶ می تواند موجب کاهش علائم می شود.

ترش کردن و سوزش معده (Heart Burn)

یک رخداد معمول در اواخر بارداری است و معمولاً در شب ها روی می دهد. بازگشت اسید معده به مری موجب سوزش انتهای مری می شود و به دلیل این که قسمت انتهایی مری در نزدیک قلب است از این حس سوزش به عنوان (سوزش سر دل) یاد می شود و این سوزش ربطی به قلب و یا کار آن ندارد.



• توصیه های تغذیه ای هنگام ترش کردن و سوزش سر دل :

۱. غذا در وعده های کوچک و متعدد (هر ۲ تا ۳ ساعت) مصرف شود.
۲. به جای استفاده از مواد غذایی سرخ کرده، از غذاهای آب پز و بخار پز و یا کبابی استفاده کنند.

۳. غذا به آرامی و در محیطی با آرامش میل شود.
۴. از خوردن غذاهای حجیم قبل از خواب اجتناب شود.
۵. از نوشیدن آب و مایعات در حین غذا خورداری و یا بلافاصله پس از اتمام غذا خودداری شود. آب و مایعات را می توان ۱-۲ ساعت پس از صرف غذا مصرف نمود.
۶. بعد از صرف غذا کمی پیاده روی کنند.
۷. رژیم غذایی باید پرپروتئین و بدون قند های ساده باشد. مواد غذایی پروتئینی ترشح گاسترین را تحریک کرده و فشار اسفنکتر تحتانی مری را افزایش می دهند؛ اما مواد غذایی حاوی قند های ساده ترشح انسولین را تحریک می کنند و باعث کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری می شوند.
۸. رژیم غذایی باید کم چرب و حاوی مقادیر کمی از غذاهای سرخ شده، سس های خامه دار، آبگوشت های چرب غلیظ، گوشت های پرچرب، شیرینی ها و مغزها باشد.
۹. از غذاهای ادویه دار، به خصوص ادویه تند کمتر استفاده کنند. هر چه غذا ادویه کمتر و طعم ملایم تری داشته باشد، ترشح اسید معده را کمتر تحریک می کند.
۱۰. مصرف غذاهای کاهش دهنده فشار اسفنکتر تحتانی مری، نظیر نعناع، پیاز، سیر، چاشنی ها، شکلات، قهوه، چای، نوشابه های گازدار و سایر نوشیدنی های حاوی کافئین را قطع کرده و به جای آن آب بنوشند. در صورت مصرف چای، از چای پررنگ اجتناب کرده و بجای آن از چای کم رنگ حداکثر ۲-۳ فنجان در روز استفاده شود.
۱۱. غذاهای مایع مثل آش و سوپ مصرف نکنند.
۱۲. بعد از صرف غذا یا آشامیدن، از دراز کشیدن یا خم شدن به جلو پرهیز کنند.
۱۳. در هنگام استراحت زیر سر را بالاتر از سطح بدن قرار دهند.
۱۴. اجتناب از دراز کشیدن ۱-۲ ساعت بعد از خوردن یا آشامیدن به ویژه قبل از خواب و بلافاصله بعد از غذا. در صورتی که با رعایت همه اصول فوق، سوزش سر دل هم چنان ادامه داشت، می توان با نظر ماما یا پزشک از آنتی اسیدها استفاده کرد.

پیکا (ویار حاملگی)

منظور از پیکا خوردن مواد نامناسبی است که از نظر تغذیه ای کم ارزش، بی ارزش و یا مضر هستند. در دوران بارداری این مواد نامناسب اغلب شامل مصرف خاک یا نشاسته (رایج ترین) و مصرف مواد غیر غذایی دیگر از قبیل یخ، کبریت سوخته، سنگ، زغال، خاکستر، سیگار، مهر نماز، نفتا لین و است. در نهایت مشکلاتی نظیر مسمومیت، یبوست، کم خونی همولیتیک جنینی، بزرگ شدن بناگوش و انسداد معده و روده کوچک و آلودگی انگلی از عوارض پیکا هستند.



کمر درد و پشت درد

در برخی خانم ها بزرگ شدن رحم باعث انحراف مهره های کمر به سمت جلو شده و درد پشت و کمر ایجاد می کند. استراحت و پوشیدن کفش پاشنه کوتاه، استفاده از کمر بند مخصوص حاملگی، انجام حرکات ورزشی و گرم نگه داشتن این قسمت ها در کاهش درد موثر است. توصیه می شود این خانم ها بر روی تشک های سفت بخوابند.

خستگی و خواب آلودگی

در اوایل حاملگی بیشتر زنان احساس خستگی و خواب آلودگی می کنند و مایلند مدت زمان بیشتری بخوابند. معمولاً این حالت بعد از هفته ۱۶ بارداری برطرف می شود و اهمیت خاصی ندارد.

تکرر ادرار

در ابتدای بارداری معمولاً به علت بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روی مثانه دفعات ادرار کردن بیشتر می شود. بعدها ممکن است به علت تغییر وضع رحم و خارج شدن آن از لگن، فشار آن بر مثانه کم تر شده و این حالت از بین برود. ولی در اواخر حاملگی با پائین آمدن سر جنین به داخل لگن و فشار ناشی از آن دوباره تکرر ادرار دیده می شود.



احساس ضعف و سستی

به علت تغییرات هورمونی ناشی از حاملگی ممکن است مادر احساس ضعف و بی حالی کند. استفاده از هوای تازه و محیط آرام و دور از ازدحام، تنفس عمیق، انجام حرکات ورزشی سبک، خودداری از تغییر وضعیت ناگهانی در رفع مشکل کمک کننده خواهد بود.

یبوست

بسیاری از زنان باردار که در حالت عادی اجابت مزاج طبیعی دارند ممکن است به علت تغییرات هورمونی و کند شدن حرکات روده ها و کاهش فعالیت جسمانی دچار یبوست شوند.

• توصیه های پیشگیری و یا رفع یبوست:

۱. افزایش دریافت مایعات به خصوص همراه با مکمل آهن و یا داروی اوندانسترون
۲. مصرف مداوم سبزی ها و میوه های تازه
۳. افزایش فعالیت بدنی و قدم زدن و فعالیت اثروبیک روزانه به صورت منظم و مداوم
۴. مصرف غذاهای ملین طبیعی مانند غلات کامل و حبوبات، میوه ها و سبزی های فیبردار و میوه های خشک به خصوص آلو و انجیر



هموروئید یا بواسیر

واریسی شدن سیاهرگ های موجود در مقعد را هموروئید یا بواسیر می نامند. علت آن افزایش فشار ناشی از وزن جنین می باشد. هموروئید ممکن است باعث ایجاد ناراحتی، سوزش و خارش شود و گاه پاره شدن مویرگ ها سبب خونریزی از مقعد و آنمی می گردد.

معمولاً مشکل هموروئید با تغییر و اصلاح عادات بد غذایی، کنترل کردن یبوست از طریق اجابت مزاج در زمان های احساس دفع و پیروی از دستورات بهداشتی از قبیل استراحت به منظور کاهش فشار رحم به روده برطرف می شود.

افزایش بزاق دهان یا پتیا لیزم (Ptyalism)

پیتالیزم عبارت است از ترشح بیش از حد بزاق در طی بارداری که ممکن است ناشی از تحریک غدد بزاقی به علت مصرف مواد غذایی نشاسته ای مثل نان، برنج، سیب زمینی، نشاسته و... باشد این حالت گذرا بوده و جز در موارد آزاردهنده نیاز به درمان خاصی ندارد.

تنگی نفس

به علت بزرگ شدن رحم و افزایش فشار آن به قسمت پائین ریه ها و نیز اثرات هورمون های مربوط به بارداری، ممکن است مختصری احساس تنگی نفس و تند شدن تنفس ایجاد شود. گذاشتن چند بالش زیر سر و شانه ها و قرار گرفتن به حالت نیمه نشسته و اجتناب از پرخوری در کاهش تنگی نفس به هنگام خوابیدن کمک می کند.



زیاد شدن ترشحات مهبل

در طول حاملگی ترشحات واژن افزایش می یابد که این ترشحات سفید رنگ یا بی رنگ، غلیظ و بدون بو است. در این موارد لازم است ناحیه تناسلی خشک نگه داشته شده و بهداشت رعایت شود. در صورتی که رنگ ترشحات زرد یا مایل به سبز شده با خارش، سوزش و یا بوی بد همراه باشد درمان توسط پزشک ضروری است.



ادم

در سه ماهه سوم بارداری به علت فشار رحم روی ورید ها و انسداد بازگشت خون به قلب ادم خفیفی در ناحیه ساق پا ایجاد می شود. این نوع ادم که به نوعی فیزیولوژیک تلقی می شود نباید با ادم پاتولوژیک مربوط به پره اکلامپسی اشتباه گرفته شود. در صورت بروز ادم توصیه می شود خانم باردار ۴-۵ بار در روز به پهلوی دراز بکشد. هم چنین بهتر است زن باردار از ایستادن و یا نشستن طولانی مدت و با پاهای آویزان از صندلی خودداری کند. علاوه بر این دراز کشیدن متناوب در طول روز به شکلی که پاها در سطحی بالاتر از بدن قرار گیرد (مثلا با گذاشتن بالش زیر پاها) به بازگشت خون وریدی از پاها کمک می کند.



گرفتگی عضلات پا

از نیمه دوم بارداری به علت بزرگی رحم و فشار روی اعصاب، گرفتگی عضلات پاها شایع است. گرم نگه داشتن و ماساژ عضلات، باعث کم شدن گرفتگی عضلات و کاهش درد می شود. چنانچه با این اقدامات گرفتگی عضلات رفع نشد، ممکن است علت آن اختلال کلسیم باشد، مراقبت توسط پزشک ضروری است.

درد کشاله ران

با بزرگ شدن رحم ممکن است خانم باردار، دردهای مبهمی را در کشاله ران احساس کند. اغلب این دردها با استراحت رفع می شود. اگر این گونه دردها تداوم داشت، بررسی توسط پزشک ضروری است.

بی خوابی

با افزایش هفته های حاملگی به علت بزرگ شدن شکم، حرکات جنین، درد پشت، کمردرد و تنگی نفس به تدریج خوابیدن برای مادر مشکل می شود. نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از رفتن به بستر، گذاشتن کیسه آب گرم بر روی پاها، چند دقیقه قدم در هوای آزاد، حمام کردن با آب گرم و نخوردن غذاهای سنگین در رفع بی خوابی مؤثر است.

مادران در معرض خطر

خونریزی

یکی از علائم خطر در بارداری خروج هر مقدار خون از مهبل در طول بارداری است که برحسب سن بارداری به دو نیمه اول و دوم (هر کدام ۲۰ هفته) تقسیم می شود و علل مختلف دارد. خونریزی در نیمه اول حاملگی بخصوص سه ماهه اول اغلب به علت سقط، حاملگی خارج از رحم و یا بچه خوره (مول) و در نیمه دوم حاملگی بویژه سه ماهه سوم بعلت جدا شدن زودتر از موعد جفت از دیواره رحم و یا پایین یا پایین قرار گرفتن جفت در رحم اتفاق می افتد که همه این موارد برای مادر و جنین خطرآفرین می باشد.

سقط جنین

خروج محصولات بارداری قبل از شروع هفته ۲۲ حاملگی را سقط گویند. چنانچه این اتفاق پس از ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق بیافتد آنرا سقط دیررس نامند. مهم ترین علامت سقط خونریزی می باشد. حداقل ۲ تا ۳ بار سقط متوالی، سقط مکرر است.



مول یا بچه خوره:

عدم تشکیل یا تشکیل ناقص جفت و جنین را مول می گویند. در این حالت محصول حاملگی مانند خوشه انگور به نظر می رسد.

خونریزی بیشتر در ۳ ماهه اول حاملگی که ممکن است به صورت لکه بینی یا خونریزی متوسط تا شدید باشد، بزرگ بودن اندازه رحم نسبت به سن حاملگی، عدم فعالیت جنین و افزایش فشار خون قبل از هفته ۲۴ حاملگی از علائم مول می باشد.

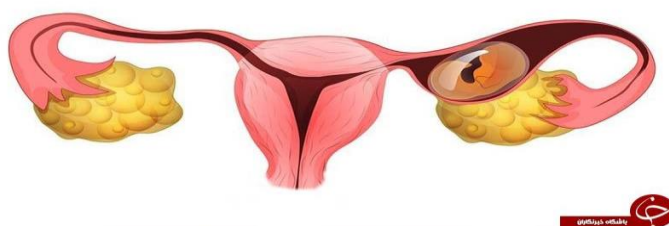


حاملگی خارج رحمی: (EP) Ectopic pregnancy

بعضی اوقات تخم بارور شده در خارج از حفره رحم کاشته شده و رشد می‌نماید که آن را حاملگی خارج از رحم می‌گویند.

شایع‌ترین محل آن لوله رحم است. از آنجائی که لوله‌ها برای نگهداری تخم بارور شده بسیار باریک هستند و مانند رحم حالت ارتجاعی ندارند، بعد از چند هفته پاره شده و منجر به درد شدید و خونریزی می‌شود.

خونریزی توام با درد شکمی در هفته‌های اول بارداری از علائم حاملگی خارج رحمی است. البته این عارضه می‌تواند تا قبل از پاره شدن، کاملاً بدون علامت باشد. در صورت پاره شدن معمولاً علائم شوک ظاهر می‌شود. بی‌توجهی به علائم فوق بسیار خطرناک بوده و منجر به مرگ مادر در اثر خونریزی داخل شکمی می‌شود. لذا با مشاهده علائم باید مادر فوراً به بیمارستان ارجاع شود.



جدا شدن زودرس جفت (دکولمان):

جدا شدن پیش از موقع جفت از دیواره رحم را دکولمان می‌گویند.

خونریزی توام با دل درد شدید در نیمه دوم بخصوص سه ماهه آخر بارداری، می‌تواند علامتی از جدا شدن زودرس جفت باشد. گاهی اوقات ممکن است مادر خونریزی داخلی کند. لذا توجه به علائم شوک ضروری است.

جدا شدن زودرس جفت یکی از خطرات بسیار زیان‌آور دوران بارداری است. تاخیر در درمان موجب مرگ مادر، جنین و یا هر دو می‌شود بنابراین باید مادر فوراً به پزشک یا ماما ارجاع شود.

جفت سرراهی:

گاهی جفت به جای قرار گرفتن در بالای حفره رحم، گردن رحم را می‌پوشاند. این حالت را اصطلاحاً جفت سرراهی می‌گویند. در اواخر حاملگی زمانی که دهانه رحم شروع به باز شدن می‌کند، قسمت و یا تمام جفت قبل از خروج جنین از رحم جدا می‌شود که باعث خونریزی شدیدی می‌گردد.

جفت سرراهی یکی از عوارض بسیار خطرناک اواخر دوران بارداری است.

خونریزی بدون درد در اواخر حاملگی از علائم جفت سرراهی است.



پره اکلامپسی:

پره اکلامپسی مهم‌ترین و خطرناک‌ترین عوارض بارداری برای مادر و جنین است.. پره اکلامپسی عبارت است از فشار خون بالا همراه با وجود پروتئین (آلبومین) در ادرار و یا فشارخون بالا همراه با ورم اندامها (ورم دست‌ها و صورت یا تمام بدن)، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته) و سردرد و تاری دید. اگر این علائم همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند. در صورت عدم درمان در بیمارستان احتمال مرگ مادر و جنین وجود دارد. برخی مواقع تنها راه درمان ختم بارداری است. وجود فشارخون مزمن، دیابت، چندقلویی و حاملگی در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال از عوامل زمینه ساز پره اکلامپسی می باشند.

زایمان زودرس :

تولد جنین قبل از ۳۷ هفته (۳۶ هفته و ۶ روز) بارداری بصورت مرده یا زنده زایمان زودرس است. شروع انقباضات رحمی و دردهای زایمانی در این زمان (قبل از هفته ۳۷) از علائم زایمان زودرس می باشد. در زایمان زودرس به علت نارس بودن جنین، احتمال زنده ماندن نوزاد کمتر می شود و در صورت زنده ماندن، ممکن است نوزاد دچار عارضه شود.

زایمان دیررس :

تولد جنین پس از ۴۲ هفته کامل بارداری (۴۱ هفته و ۶ روز) بارداری، زایمان دیررس است. طولانی شدن حاملگی پس از این زمان با خطراتی مانند مرگ جنین در داخل رحم و یا زایمان سخت همراه است.

مرده زائی :

مرده زائی عبارت است از به دنیا آمدن جنین مرده بعد از شروع ۲۲ بارداری یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز مرده زائی دلایل زیادی دارد مانند وجود عفونت در مادر، بیمار بودن جنین، عدم رشد کافی و صحیح جنین و...
نکته : حاملگی زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، حاملگی با فاصله کمتر از ۲ سال و حاملگی پنجم و بالاتر، قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر، چندقلویی، بارداری اول نیز جزو حاملگی های در معرض خطر محسوب می شود.
دیابت بارداری :

برخی خانمهای باردار ممکن است مبتلا به نوعی دیابت شوند که با انواع دیابت ۱ و ۲ متفاوت است این نوع دیابت، دیابت بارداری نامیده میشود. و پس از زایمان از بین می رود، اما کنترل آن طی بارداری اهمیت بسیار زیادی دارد و در صورت عدم کنترل قندخون، عوارض متعددی مادر و جنین را تهدید می کند.

کنترل دیابت بارداری با رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی بالاتنه انجام می شود. در مواردی هم تزریق انسولین نیاز است. مصرف داروهای کاهنده قند خون طی دوران بارداری ممنوع است.

علت ناشناخته است، اما هورمونها، زمینه ژنتیکی و چاقی نقش ویژه ای در ایجاد این بیماری ایفا می کنند. طی دوران بارداری، جفت، که وظیفه تغذیه جنین را به عهده دارد، مقادیر زیادی از انواع هورمونها تولید می کند. اگرچه وجود این هورمونها برای رشد جنین ضروری است، اما موجب اختلال در عملکرد انسولین و مقاومت به آن در بدن مادر می شوند.

دیابت بارداری معمولاً در هفته های ۲۴-۲۸ حاملگی ظاهر می شود و به همین دلیل خانم های باردار در این هفته ها با آزمایش OGTT غربالگری می شوند تا در صورت ابتلا به دیابت بارداری به سرعت شناسایی و درمان شوند.

به علت وجود مقاومت به انسولین، دیابت بارداری بیش تر شبیه دیابت نوع ۲ است. اما کنترل این بیماری همانند درمان دیابت نوع ۱ با رژیم غذایی، فعالیت بدنی مناسب و تزریق انسولین است.

دیابت بارداری در خانم هایی که قبل از حاملگی چاق هستند بیش تر دیده می شود و بنابراین کم کردن وزن قبل از بارداری به پیشگیری از ابتلا به این بیماری کمک میکند.

مدیریت دیابت بارداری :

- رژیم غذایی مناسب
- فعالیت بدنی مناسب
- انسولین درمانی
- بررسی سلامت جنین
- اندازه گیری فشارخون

در موارد زیر باید به طور اورژانس مادر باردار مبتلا به دیابت بارداری توسط پزشک ویزیت شود :

- کم شدن تحرک و یا عدم تحرک جنین
- اختلال دید
- تشنگی بیش از حد
- تهوع و استفراغ
- هرگونه آبریزش و لکه بینی و خونریزی واژینال

دستورالعمل دیابت بارداری

- برای تمام خانمهای باردار می بایست در اولین ویزیت بارداری، آزمون قند خون ناشتا درخواست می گردد.
- در صورتی که قند خون ناشتا بین ۹۳-۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد پره دیابتیک به حساب آمده، رژیم غذایی مناسب و ورزش توصیه می شود.

- در صورتی که در ملاقات اول قند خون ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر باشد، توصیه به تکرار آزمایش یک هفته بعد و چنانچه نتیجه آزمایش دوم نیز مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد دیابتیک است و می بایست درمان شود.
- ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می تواند باعث پیشگیری از ابتلا به دیابت بارداری شود.
- برای تمام خانم های باردار غیردیابتیک و پره دیابتیک به منظور غربالگری دیابت بارداری، در هفته ۲۴-۲۸ بارداری آزمون تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته درخواست گردد.
- در صورتی که حداقل یکی از نتایج آزمایش قند خون غیر طبیعی باشد، تشخیص دیابت بارداری قطعی و اقدام لازم و پیگیری ضروری است:
 - قند ناشتا بالاتر مساوی با ۹۲
 - قند یک ساعت بعد خوردن محلول شیرین آزمایشگاه (حاوی ۷۵ گرم گلوکوز) بالاتر مساوی ۱۸۰
 - قند دو ساعته بالاتر مساوی ۱۵۳

علائم خطر دردوران بارداری:

- خونریزی یا لکه بینی در هر زمانی از بارداری
- عدم احساس حرکات جنین توسط مادر (بعد از هفته ۲۰ بارداری)
- آبریزش یا خیس شدن ناگهانی
- درد و ورم یک طرفه ساق و ران
- درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل (هر نوع احساس درد حاد یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها)
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- استفراغ شدید و مدام یا خونی
- تب و لرز
- تنگی نفس و تپش قلب
- تورم دست ها و صورت یا تمام بدن
- سردرد و تاری دید
- افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)
- عفونت، آبسه و درد شدید دندان (ارجاع در اولین فرصت)

پرسش و تمرین

- ۱- مراقبت های دوران بارداری چه اهمیتی دارد؟
- ۲- مراقبت های دوران بارداری شامل چه مواردی است ؟
- ۳- روش تعیین سن تقریبی حاملگی را از طریق معاینه شکم توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.
- ۴- معاینه شکمی (مانورهای لئوپولد) را توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.
- ۵- نحوه شنیدن و شمارش تعداد ضربان قلب جنین را توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.
- ۶- زمان انجام آزمایشات در دوران بارداری را توضیح دهید.
- ۷- شکایات شایع بارداری را نام ببرید.
- ۸- روش تعیین تاریخ تقریبی زایمان چیست؟
- ۹- حاملگی های در معرض خطر را نام ببرید.
- ۱۰-علائم خطر در بارداری را نام ببرید.
- ۱۱-ویار حاملگی را تعریف نمایید.
- ۱۲-علت ایجاد تنگی نفس در بارداری را شرح دهید.
- ۱۳-توصیه های لازم در هنگام تهوع و استفراغ بارداری را تشریح کنید.
- ۱۴-منظور از رفتارهای پرخطر در مادر و همسرش در بارداری چیست؟
- ۱۵-مراحل ارزیابی مادر را لیست نمایید.
- ۱۶-در مورد هر یک از حاملگی در معرض خطر توضیح دهید

فصل پنجم: مروری بر نحوه انجام واکسیناسیون در بارداری

اهداف آموزشی
پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید: ۱- واکسن های مجاز در پیش از بارداری را نام ببرید. ۲- واکسن های مجاز در بارداری را نام ببرید. ۳- زمان مناسب برای انجام واکسیناسیون مادر را توضیح دهید.

کشور ما همگام با سایر کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی، ایمنسازی همگانی علیه بیماریهای قابل پیشگیری از طریق واکسن (دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، پولیو، سرخک، سرخجه، هپاتیت B و...) را اجرا می کند. مادران باردار یکی از گروه های هدف برنامه ایمن سازی کشور برای پیشگیری از انتقال برخی بیماریهای عفونی به جنین و یا کاهش عوارض بیماری می باشند.

وضعیت ایمنسازی خانم ها در مراقبت پیش از بارداری و بارداری بررسی می گردد.

واکسیناسیون پیش از بارداری

جدول ضرورت تلقیح واکسن در مراقبت پیش از بارداری

نام واکسن	ضرورت تلقیح واکسن
سرخجه	پایین بودن تیتر آنتی بادی سرخجه*
هپاتیت B	پایین بودن تیتر آنتی بادی و وجود رفتارهای پرخطر
توأم	طبق جدول ایمن سازی زنان سنین باروری در دستورالعمل کشوری در صورت لزوم

* تزریق واکسن MMR به جای سرخجه بلامانع است. در صورت تزریق واکسن سرخجه یا MMR حداقل تا یکماه باید از بارداری پرهیز نمود، در صورت بارداری دلیلی برای سقط درمانی نیست.

واکسیناسیون در بارداری

جدول ضرورت تلقیح واکسن در دوران بارداری

نوع واکسن	وضعیت تزریق واکسن در بارداری
واکسن های ویروسی غیر فعال شده (آنفلانزا، هاری، هپاتیت و...)	در شرایط خاص و همه گیری ها طبق توصیه وزارت بهداشت اقدام می گردد.
واکسن های باکتریایی غیر فعال شده (پنوموکوک، مننگوکوک و...)	در شرایط خاص و همه گیری ها طبق توصیه وزارت بهداشت اقدام می گردد.
واکسن های ویروسی زنده ضعیف شده (سرخک، اوریون، سرخچه و...)	تجویز کلیه واکسن های ویروسی زنده در دوران بارداری ممنوع است به جز تب زرد در صورتی که فواید واکسن ویروسی زنده بر مضرات احتمالی آن ارجح باشد.
واکسن های توکسوئیدی (توام بزرگسال و...)	طبق دستورالعمل برنامه گسترش ایمن سازی کشور توصیه و اقدام می گردد.
ایمنوگلوبولین های اختصاصی (هپاتیت ب، هاری و کزاز) و استاندارد (هپاتیت آ)	بعنوان پیشگیری بعد از تماس طبق دستورالعمل برنامه گسترش ایمن سازی کشور توصیه و اقدام می گردد.

واکسن آنفلانزا و بارداری

خانم باردار جزو گروه پرخطر برای دریافت واکسن آنفلانزا می باشند. در صورت ابتلا به آنفلانزا شدت بیماری در خانم باردار شدیدتر است لذا در معرض عوارض جدی بیماری آنفلانزا قرار می گیرند.

مادران مبتلا به بیماری های مزمن ریوی، قلبی و عروقی، کلیوی، کبدی، خونی و اختلالات متابولیک (مانند دیابت) با نظر پزشک معالج به تزریق واکسن آنفلانزا تاکید گردند و پیگیری لازم انجام شود.

خانم های باردار در تمام طول دوران بارداری (بدون توجه به سن بارداری) تا دو هفته پس از زایمان می توانند قبل از فصل شیوع (پاییز و زمستان) واکسن را دریافت کنند.

واکسن حاوی ویروس غیرفعال به میزان ۰/۵ میلی لیتر به صورت زیر جلدی یا عضلانی در عضله دلتوئید تلقیح می شود. شرایط نگهداری واکسن در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد می باشد. افرادی که سابقه حساسیت به تخم مرغ و یا واکسن دارند نباید این واکسن را دریافت نمایند.

واکسن توام و بارداری

بیماری کزاز از شایعترین علل مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه به شمار می رود. اگرچه کزاز نوزادی را می توان بوسیله ایمونیزاسیون مادر باردار و رعایت بهداشت و استریلیزاسیون در حین زایمان پیشگیری نمود، اما امیدی برای ریشه کن کردن، مخزن این ارگانیسم وجود ندارد.

تزریق واکسن توام باعث مصون سازی مادر و نوزاد بر علیه بیماری کزاز و دیفتی و جلوگیری از ابتلاء نوزاد به کزاز نافه می شود؛ لذا بررسی وضعیت انجام واکسیناسیون کزاز مادر در زمان حاملگی لازم به نظر می رسد.

ملاک سابقه معتبر واکسیناسیون، سند مکتوبی است که نشان دهنده واکسیناسیون فرد باشد از قبیل کارت واکسیناسیون، ثبت در دفاتر مراکز خدمات جامع سلامت، خانه های بهداشت و تیم های سیار و گواهی در صورت فقدان سابقه معتبر ایمنسازی، پس از بررسی کامل و دقیق از جمله حافظه مادر در صورت نیاز ایمنسازی ادامه می یابد.

بهترین زمان برای تزریق واکسن توام در مادر باردار که ایمنسازی کامل ندارد، در هر زمانی از شروع بارداری تا هفته ۳۶ بارداری است. برای اطمینان از ایجاد ایمنی مطلوب برای مادر و کودک، واکسیناسیون باید به نحوی انجام شود که در صورت نیاز به دوز دوم فاصله آن تا زمان تخمینی زایمان ۴ هفته یا بیشتر باشد. در صورت تاخیر دریافت مراقبت ها تزریق واکسن حداقل ۲ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.



جدول ایمن سازی زنان باردار و زنان در سنین باروری با توجه به سابقه قبلی ایمن سازی

نوع واکسن و دفعات و حداقل فاصله با دز قبلی					سابقه قبلی ایمن سازی
Td	Td	Td	Td	Td	فاقد سابقه ایمن سازی یا کمتر از ۳ نوبت ایمن سازی یا ایمن سازی نامشخص
اولین مراجعه	۱ ماه بعد	۶ ماه بعد	۱ سال بعد	۱ سال بعد	
Td	Td	Td			۳ نوبت ایمن سازی در کودکی
اولین مراجعه	۱ ماه بعد	۱ سال بعد			
Td	Td				۴ نوبت ایمن سازی در کودکی یا ۳ نوبت ایمن سازی در کودکی و ۱ نوبت دوگانه
اولین مراجعه	۱ سال بعد				
Td					۴ نوبت ایمن سازی در کودکی و ۱ نوبت دوگانه
اولین مراجعه					

* برای حفظ ایمنی کافی، واکسن دوگانه بزرگسالان باید هر ۱۰ سال یک بار تکرار شود.

• نکات مورد توجه در تزریق واکسن توام

- در نگهداری واکسن زنجیره سرما رعایت گردد و تاریخ انقضاء واکسن قبل از تزریق، کنترل گردد.
- قبل از تزریق، ویال واکسن از نظر ترک خوردگی، سرمازدگی، ذرات قابل رویت در آن بررسی شود.
- ویال باز شده واکسن در صورت رعایت شرایط سترونی و زنجیره سرما تا یک ماه از زمان باز شدن ویال به شرطی که تاریخ انقضاء داشته باشد قابل مصرف است.
- میزان تزریق واکسن توام یا دوگانه بزرگسال ۰/۵ میلی لیتر بصورت عضلانی عمیق در عضله دلتوئید است.
- در صورت تزریق زیرجلدی یا داخل جلدی واکسن می تواند موجب تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و بروز آبسه گردد.
- واکسن با رعایت دستورات تزریق ایمن تزریق گردد.

پیآمدهای نامطلوب پس از ایمنسازی

۱. واکنش مربوط به واکسن
۲. واکنش مربوط به اشتباه در برنامه
۳. واکنش مربوط به همزمانی
۴. واکنش مربوط به تزریق
۵. ناشناخته

(۱) واکنش مربوط به واکسن

واکسن	عوارض موضعی (درد، ورم، قرمزی)	تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد	علائم عمومی (سردرد، اسهال، درد عضلانی)
آنفلوانزا	۵-۱۵٪	۱۰-۲٪	-
T/DT/Td	حدود ده درصد*	حدود ده درصد	حدود ۲۵ درصد
درمان	کمپرس آب سرد در محل تزریق به مدت یک تا دو روز پس از ایمنسازی، مسکن و تب بر	مایعات اضافی، لباسهای مناسب، پاشویه، مسکن و تب بر	مایعات اضافی، مسکن و تب بر

* میزان عوارض موضعی دزهای یاد آور بین ۵۰ تا ۸۵ درصد افزایش پیدا می کند.

(۲) واکنش مربوط به اشتباه در برنامه

نوع خطا در برنامه	عارضه ایجاد می‌کند
تزریقات غیر استریل	شایعترین عارضه عفونت می‌باشد که به صورت واکنش موضعی (مثل آبسه)، عفونت عمومی، سپسیس، سندرم شوک توکسیک، انتقال بیماریهای منتقله از راه خون (HIV، هپاتیت B و C)
عدم تهیه صحیح واکسن	واکنش موضعی مانند آبسه
تزریق در محل نادرست	واکنش موضعی و آبسه و در صورت تزریق عضلانی در باسن آسیب عصب سیاتیک
حمل و نقل غیر صحیح واکسن	افزایش بروز واکنش های موضعی
بی توجهی به منع مصرف	واکنش شدید فرد پس از تزریق

(۳) واکنش مربوط به همزمانی: موارد ناشی از حادثه های بعد ایمنسازی که به واکسن و واکسیناسیون ارتباط ندارد.

(۴) واکنش مربوط به تزریق: در برخی افراد دلشوره، درد و یا ترس ناشی از تزریق به صورت غش کردن (Faint) ظاهر می یابد. معمولاً طی ۱-۲ دقیقه بهتر می شود و نیاز به اقدام خاصی ندارد.

(۵) ناشناخته : موارد ناشی از علت های ناشناخته

پرسش و تمرین

- ۱- واکسنهای معمول در دوران بارداری را نام ببرید.
- ۲- مادری ۲۰ ساله با سن بارداری ۶ هفته و بدون سابقه واکسیناسیون برای مراقبت بارداری مراجعه کرده است. در مورد تلقیح واکسن توام چه توصیه و اقدامی می کنید؟
- ۳- مادری ۳۰ ساله با سن بارداری ۳۵ هفته که سابقه تلقیح یادآور واکسن توام در ۲۶ سالگی دارد برای مراقبت بارداری مراجعه کرده است. در مورد تلقیح واکسن توام چه توصیه و اقدامی می کنید؟
- ۴- مادری ۳۴ ساله با سن بارداری ۳۱ هفته در اواخر شهریور ماه برای مراقبت بارداری مراجعه کرده است. در مورد تلقیح واکسن آنفولانزا چه توصیه و اقدامی می کنید؟

فصل ششم: تغذیه صحیح در دوران بارداری، زایمان و دوران شیردهی، آشنایی با شاخص های لازم برای ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادران (شاخص های آنتروپومتریک ، بیوشیمیایی، بالینی، غذایی)

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:

- ۱- اهمیت تغذیه صحیح قبل از بارداری را شرح دهید.
- ۲- مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری را شرح دهید.
- ۳- مراقبت های تغذیه ای در شروع بارداری را شرح دهید.
- ۴- بیماریهای مزمن مرتبط با سوء تغذیه را بیان کنید.
- ۵- توصیه های تغذیه ای براساس نمایه توده بدنی را بیان کنید.
- ۶- سهم های غذایی دوران بارداری را بیان کنید.
- ۷- اهمیت تغذیه صحیح در دوران بارداری را شرح دهید.
- ۸- عوامل مستعد کننده سوء تغذیه در بارداری را شرح دهید.
- ۹- عوامل موثر در وزن گیری مناسب را شرح دهید.
- ۱۰- نکات کلیدی ومهم مواد غذایی غیر مجاز را توضیح دهید.
- ۱۱- اهمیت مکملهای دارویی را بیان کنید.
- ۱۲- نحوه مصرف مکملهای دارویی در بارداری را شرح دهید.
- ۱۳- معیارهای الگوی تغذیه را بیان کنید.
- ۱۴- غربالگری تغذیه ای مادران باردار را انجام دهید.
- ۱۵- اهمیت تغذیه صحیح در دوران شیردهی را شرح دهید.
- ۱۶- عوامل موثر در افزایش شیر مادر را بیان کنید.
- ۱۷- مصرف مکمل ها دوران شیردهی را شرح دهید.
- ۱۸- عوامل موثر در کاهش وزن در دوران شیردهی را بیان کنید.
- ۱۹- محدودیتهای غذایی دوران شیردهی را بیان کنید.

تغذیه صحیح در دوران بارداری

تغذیه مناسب در تمام مراحل زندگی از دوران جنینی تا سالمندی نقش عمده ای در سلامت انسان دارد و در دوران بارداری به علت حفظ سلامت مادر و سلامت موجودی که در بطن وی پرورش می یابد، اهمیت بیشتری پیدا می کند. لذا تغذیه زنان در تمام دوران زندگی و از جمله بارداری نقش اساسی در چگونگی رشد و نمو جنین خواهد داشت. با تغذیه مناسب از بروز برخی عوارض مانند سرگیجه، کم خونی، اثرات خونریزی بعد از زایمان جلوگیری می شود. نوزاد با وزن طبیعی متولد شده، احتمال بقای او در هفته های اول تولد افزایش می یابد و بعدها در زندگی از سلامت بیشتری برخوردار می شود.

مادرانی که تغذیه صحیحی دارند در شیردهی به نوزاد خود نیز موفق تر خواهند بود.

در دوران بارداری مقدار زیادی از ذخایر بدن مادر برای رشد و نمو جنین مصرف می شود. بنابراین غذای روزانه مادر باید حاوی مقدار لازم پروتئین برای رشد و ترمیم نسوج بدن خود و جنین، مقدار لازم چربی و نشاسته برای تولید انرژی، آب، املاح (آهن و کلسیم) و ویتامین ها باشد.

اهمیت تغذیه ای در دوران پیش از بارداری

تغذیه در دوران قبل از بارداری تاثیر زیادی بر روند بارداری دارد. تغذیه نامناسب در دوران بلوغ و حتی کودکی میتواند رشد و نمو را تحت تاثیر قرار دهد و با توقف رشد قدی و یا رشد محوطه لگن در دختران موجب محدود شدن فضای لگن شود.

مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری

• مراقبتهای پیش از بارداری باهدف :

- شناسایی خانمهای مبتلا به سوءتغذیه
- رفع مشکلات تغذیه ای و رساندن آنان به محدوده نمایه توده بدنی طبیعی
- آماده کردن آنها برای داشتن یک بارداری ایمن و بدون خطر

• نقش مراقبت تغذیه ای پیش از بارداری در کاهش:

- چاقی
- دیابت
- کم خونی
- لاغری مفرط
- فشارخون بالا



- بارداری در سنین زیر ۱۸ سال

- بارداری با فواصل کمتر از ۲ سال

- ناهنجاری های ناشی از نقص لوله عصبی در نوزاد، مصرف الکل و...

• رعایت سه اصل قبل از بارداری برای داشتن یک بارداری و زایمان ایمن:

۱. تعادل
۲. تناسب
۳. تنوع

• شناسایی خانمهایی که در شروع بارداری چاق هستند و در معرض خطر افزایش:

- فشارخون حاملگی و پره اکلامپسی
- دیابت بارداری
- زایمان زودرس

• رعایت فاصله ایمن بین بارداری ها حدود ۲ سال

• سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری مصرف قرص اسیدفولیک

• مصرف اسیدفولیک قبل از بارداری، از تولد نوزاد مبتلا به نقص لوله عصبی (NTDS) پیشگیری می کند.



ای برای خانم های لاغر در

توصیه های تغذیه

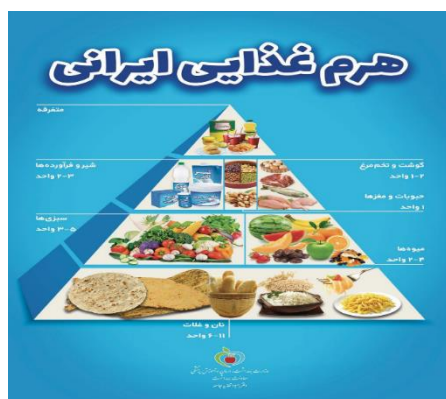
مراقبتهای پیش از بارداری:

- رعایت تنوع غذایی و استفاده از تمام گروههای اصلی غذایی
- استفاده از غذاهای پر انرژی مثل عسل و مربا و کره در وعده صبحانه

- علاوه بر سه وعده اصلی غذایی از ۲ یا ۳ میان وعده استفاده کنند.
- استفاده از بیسکویت (ترجیحا ساده) ، شیر ، بستنی ، کلوچه ، نان و پنیر ، خرما ، سیب زمینی پخته ، میوه های تازه و خشک و انواع مغزها (بادام ، گردو ،...))
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات
- مصرف سبزی خوردن ، سالاد همراه با روغن زیتون و یا میوه زیتون در کنار غذا
- استفاده از انواع چاشنی ها در طبخ غذاها جهت تحریک اشتها

توصیه های تغذیه ای برای خانمهای دارای اضافه وزن و چاقی در مراقبتهای پیش از بارداری:

- افزایش تعداد وعده های غذایی در روز و کاهش حجم هر وعده (با استفاده از میان وعده ها)
- داشتن ساعت ثابت برای صرف غذا
- کاهش مصرف قند و شکر و خوراکی هایی مانند : انواع شیرینی ، شکلات ، نوشابه های گاز دار ، مربا ، عسل و.....
- کاهش مصرف کربو هیدراتها (نان ، برنج و ماکارونی)
- استفاده از نان سبوس دار
- استفاده از حبوبات پخته مثل عدس و لوبیا
- استفاده از لبنیات کم چرب
- استفاده از گوشت کم چرب و مرغ و ماهی بدون پوست
- عدم استفاده از فرآورده های گوشتی پر چربی مثل سوسیس ، کالباس ، همبرگر ، کله پاچه و مغز
- استفاده از گوشت های سفید خصوصا ماهی به جای گوشت قرمز
- محدود کردن مصرف تخم مرغ به حداکثر ۳ عدد در هفته
- مصرف میوه ها و سبزی ها بیشتر به شکل خام (توصیه به مصرف سالاد و سبزیجات قبل یا همراه با غذا)
- مصرف میوه به جای آب میوه (مصرف آب میوه های تازه و طبیعی به جای آب میوه های تجاری)
- استفاده از روغن های مایع
- مصرف غذاها به شکل آب پز و بخار پز ویا تنوری
- پرهیز از مصرف غذاهای پرچرب و سرخ شده
- خودداری از مصرف انواع سس سالاد ، کره ، خامه ، سرشیر و لبنیات پرچرب
- محدود کردن مصرف دانه های روغنی مثل بادام ، گردو ، تخمه و ..
- عدم مصرف تنقلاتی مانند غلات حجیم شده (انواع نمکی ها) و چیپس
- عدم مصرف غذاهای آماده و کنسرو شده
- محدود کردن مصرف نمک و غذاهای شور



هرم غذایی

معرفی گروه های غذایی

نان و غلات (۷-۱۱) سهم

سبزی ها (۴-۵) سهم

میوه ها (۳-۴) سهم

شیر و فرآورده های آن (۳-۴) سهم

گوشت و تخم مرغ و حبوبات و مغز دانه ها (۳ سهم)

سوء تغذیه در زنان باردار

سوء تغذیه به هر شکل خفیف، متوسط و شدید هم در سلامت مادر و هم در سلامت نوزاد نقش اساسی دارد.

■ راهکار:

- آموزش تغذیه مناسب
 - مراقبت ویژه از مادران مبتلا به سوء تغذیه
- عوامل مستعدکننده سوء تغذیه در بارداری**

- سوء تغذیه مادر و نداشتن تغذیه مناسب
- کم بودن وزن مادر قبل از بارداری
- وزن گیری نامناسب در بارداری
- سابقه زایمان نوزاد کم وزن
- حاملگی های مکرر بویژه با فاصله کم
- زنان خانواده های کم درآمد
- ابتلاء مادر به بیماری های مزمن
- ناآگاهی مادر از تغذیه صحیح در بارداری

عوامل موثر در وزن گیری مناسب



- ۱- رژیم غذایی
- ۲- ورزش (تحرك بدنی)
- ۳- شیوه زندگی

اساسی ترین و صحیح ترین اقدام، آشنایی با انتخابهای صحیح غذایی است و اینکه بدانید از هر ماده غذایی به چه مقدار می توانید مصرف کنید که برای رسیدن به این منظور لازم است مادر با گروه های غذایی آشنا شود. انرژی یک گرم چربی بیش از ۲ برابر (۹ کالری) انرژی حاصل از یک گرم پروتئین یا یک گرم کربوهیدرات (۴ کالری) است.

توجه کنید که هرگز همه چربی ها و روغن ها حذف نمی شود، بلکه نکته مهم، نوع و مقدار روغن مصرفی است. مصرف غذاهای پر فیبر (میوه، سبزی، حبوبات، غلات سبوس دار) به احساس سیری و تنظیم اشتها کمک می کند. به علاوه، فیبر غذایی، برای حفظ حرکات منظم روده، پیشگیری از یبوست و سرطان روده، بسیار موثر است، و در کاهش چربی خون و تنظیم قند خون هم نقش مهمی دارد.

توصیه های تغذیه ای برای خانم های باردار لاغر

یکی از اقدامات اولیه، تعیین دلایل لاغری مادر یا وزن گیری ناکافی او می باشد. دریافت ناکافی مواد غذایی در دوران بارداری یکی از دلایل وزن گیری ناکافی در این دوران است. علاوه بر دریافت ناکافی مواد غذایی، عوامل دیگری مانند کم اشتها، فعالیت زیاد بدنی، مشکلات بهداشتی از دلایل لاغری زنان در دوره بارداری می باشد. جمع آوری اطلاعات شامل عادات و رفتار غذایی، منابع غذایی، دریافت غذا و مایعات و شیوه زندگی در بهبود وضع تغذیه زنان باردار لاغر ضروری است. در صورتی که وزن گیری کم مادر به علت دریافت کم مواد غذایی باشد باید انرژی غذایی مادر افزایش یابد.

الف- راه های افزایش دریافت انرژی (مقوی کردن) عبارت اند از:

- استفاده از مربا، عسل، خرما، شیر، انگور و شیر خرمای همراه با صبحانه
- استفاده از حداقل دو میان وعده شامل بیسکویت (ترجیحاً سبوس دار) کیک، کلوچه، نان و پنیر، نان و سیب زمینی، نان و تخم مرغ، نان و خرما، نان روغنی، نان شیرمال همراه با یک لیوان شیر و انواع میوه در فواصل وعده های غذایی اصلی.
- مصرف مقدار بیشتری از گروه نان و غلات مثل نان، برنج و ماکارونی. خانم های باردار لاغر می توانند روزانه تا ۱۱ سهم از این گروه که معادل ۳۳۰ گرم نان یا ۷۷۰ گرم برنج پخته (حدود ۶ کفگیر) می باشد، مصرف کنند.
- استفاده بیشتر از سیب زمینی در انواع غذاها و یا در میان وعده ها
- مصرف نان همراه با سایر مواد غذایی مانند برنج در وعده ناهار و شام.
- استفاده از بستنی های پاستوریزه و میوه های شیرین (انگور، خربزه، انجیر، توت، خرما) شیرینی و انواع خشکبار به عنوان میان وعده
- استفاده از لبنیات پر چرب (شیر و ماست پرچرب، پنیر خامه ای و کشک)
- اضافه نمودن مقداری کره به غذا در هر وعده غذایی
- استفاده از روغن زیتون داخل سالاد
- استفاده از قلم گوسفند و گاو در طبخ غذاها

ب- راه های افزایش دریافت پروتئین، ویتامین ها و مواد معدنی (مغذی کردن وعده غذایی)

۱. افزایش دریافت گروه شیر و لبنیات

- استفاده از شیر، ماست، پنیر، و بستنی به عنوان میان وعده (بیسکویت و شیر، نان و ماست، نان و پنیر، شیربرنج، فرنی و امثال آن). خانم های باردار لاغر می توانند روزانه تا ۴ سهم از مواد این گروه مصرف کنند.

- مصرف دوغ کم نمک و غلیظ و بدون گاز در وعده های غذایی
- استفاده از کشک در غذاهایی نظیر آش کشک، آش دوغ، کشک بادمجان در برنامه غذایی روزانه.

۲. افزایش دریافت گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها

- استفاده بیشتر از غذاهای تهیه شده با انواع گوشت ها (کتلت، کباب، انواع خورش و....)
- استفاده از تخم مرغ در صبحانه یا میان وعده (آب پز، نیمرو، املت) یا همراه با غذا (عدس پلو یا رشته پلو همراه با خاگینه و انواع کوکو، کتلت و...)
- استفاده از غذاهای تهیه شده با انواع حبوبات (برخی از خورش ها، آش ها، خوراک ها، آبگوشت، عدسی، خوراک لوبیا و...)
- مصرف انواع خشکبار و مغزها (گردو، پسته، بادام، و ...) به عنوان میان وعده.

۳. افزایش دریافت گروه میوه ها و سبزی ها

- استفاده از سبزی ها و میوه ها به عنوان میان وعده

ج- راه های افزایش اشتها و کاهش انرژی مصرفی مادران باردار لاغر عبارت اند از:

- کشیدن غذا در بشقاب بزرگتر
- استفاده از سبزی های رنگی در غذا به منظور زیبا نمودن غذا و افزایش اشتها
- استراحت کافی در طول روز (به ویژه استراحت پس از صرف غذا توصیه می شود)
- جلب حمایت همسر و اعضای خانواده برای ایجاد محیطی توأم با آرامش و کمک به او در انجام کارهای روزمره به منظور کاهش حجم کارهای خانم باردار. در این زمینه مشاوره با همسر و سایر اعضای خانواده باید انجام شود.

توصیه های تغذیه ای برای خانم های باردار دارای اضافه وزن و چاق

خانم های باردار در هر شرایطی که باشند (لاغر، طبیعی، اضافه وزن یا چاق)، باید افزایش وزن متناسب با وضعیت خود داشته باشند؛ بنابراین استفاده از رژیم غذایی محدود برای کاهش وزن خانم های باردار چاق توصیه نمی شود و باید با توصیه های تغذیه ای مناسب، میزان کالری دریافتی و در نهایت وزن آنان را کنترل نمود. خانم های باردار چاق نیز نیاز به افزایش وزن مطلوب دارند.

برخی علل عمده افزایش وزن بیش از حد مطلوب شامل موارد ذیل است:

عادات و رفتارهای غذایی نامناسب، کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی، ادم و احتباس مایعات و یا در مواردی ابتلا به پره اکلامپسی

توصیه های تغذیه ای :

۱. کاهش مصرف غذاهای پرکالری مانند شیرینی، کیک، آب نبات، شکلات، چیپس و نوشابه
۲. کاهش مصرف چربی
۳. کاهش نشاسته ای
۴. کاهش مصرف مواد قندی
۵. افزایش مصرف مواد پروتئینی
۶. افزایش مصرف منابع غذایی حاوی فیبر
۷. اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه ای نامناسب
۸. تحرک کافی از طریق پیاده روی منظم روزانه در صورت نداشتن ممنوعیت پزشکی

الف- راه های کاهش دریافت چربی

- اجتناب از سرخ کردن غذاها و حتی الامکان طبخ غذاها به شکل آب پز، بخارپز و کبابی
- حذف چربی ها شامل کره حیوانی، مارگارین، خامه، سرشیر، دنبه، پیه و جدا کردن چربی های قابل رویت گوشت قرمز و پوست مرغ قبل از طبخ آن ها.
- استفاده از شیر و لبنیات کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد چربی) به جای شیر و لبنیات پرچرب
- محدود کردن مصرف شیرینی ها، کیک های خامه ای و دسرهای پرچرب یا شیرین و استفاده نکردن از تنقلات پرچرب نظیر چیپس، پیراشکی و
- محدود کردن مصرف کله پاچه، دل، قلوه، زبان و مغز، سوسیس، کالباس و پیتزا
- تفت دادن سبزی ها در آب گوشت کم چربی یا آب گوجه فرنگی به جای روغن
- خودداری از مصرف سس های چرب مانند مایونز و سس های مخصوص سالاد و استفاده از سس سالم (ماست کم چرب، کمی نمک، روغن زیتون، آب لیمو یا آب نارنج) به جای سس مایونز.

- اضافه نکردن چربی و دنبه به گوشت در زمان چرخ کردن آن
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ به سه عدد در هفته (به صورت مجزا یا داخل انواع غذاها مثل کوکو و املت)

نکته : به دلیل اهمیت دریافت ویتامین های محلول در چربی نباید همه چربی ها و روغن ها را حذف نمود بلکه نوع و مقدار روغن مصرفی مهم است.

ب- راه های کاهش دریافت مواد قندی

- استفاده از میوه های تازه به جای شیرینی و شکلات به عنوان میان وعده
- محدود کردن مصرف نان های شیرین (نان قندی، نان شیرمال، شیرینی، کیک و ...) و انواع شکلات و آب نبات
- مصرف دوغ کم نمک و بدون گاز، آب و آب میوه های طبیعی به جای نوشابه های گازدار.
- کم کردن مصرف قند و شکر همراه با چای

ج- راه های کاهش دریافت گروه نان و غلات

- محدود کردن مصرف نان، برنج و ماکارونی (به ۷ سهم در روز)
- خودداری از مصرف برنج و ماکارونی در وعده شام.
- خودداری از مصرف نان همراه با برنج در هنگام صرف غذا
- استفاده از میوه به جای نان و پنیر، بیسکویت یا کیک در میان وعده ها

د) راه های افزایش دریافت مواد پروتئینی

- مرغ آب پز و یا کبابی ، گوشت چربی گرفته ، انواع ماهی تازه بخار پز یا کباب شده ، شیر و لبنیات کم چرب
- استفاده از انواع حبوبات (عدس، لوبیا، ماش، باقلا و...) همراه با غلات مثلاً به شکل عدس پلو، لوبیاپلو، عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان.
- سفیده تخم مرغ کاملاً پخته .سفیده تخم مرغ به عنوان یک منبع پروتئینی با ارزش می تواند در برنامه غذایی برای تأمین پروتئین استفاده شود.

ه) راه های افزایش دریافت فیبر

- مصرف روزانه سبزی خوردن، سبزی های محلی یا سالاد (کاهو، کلم، گوجه فرنگی، خیار، هویج، فلفل دلمه ای سبز و...) همراه با غذا.
- مصرف میوه های تازه به عنوان میان وعده
- استفاده از خشکبار (برگه زردآلو، کشمش و...) و سبزی های تازه (هویج، گل کلم، خیار، گوجه فرنگی و...) به عنوان میان وعده.
- استفاده بیشتر از انواع حبوبات (لوبیا، عدس، ماش و نخود) در انواع سوپ ها و آش ها
- استفاده از سبزی ها در اکثر غذاها (باقلاپلو، کلم پلو، لوبیاپلو، سبزی پلو، ماست و خیار، ماست و سبزی و انواع سوپ ها و آش ها)
- مصرف نان های سبوس دار (نان سنگک، نان جو) به جای نان هایی که با آرد سفید تهیه شده اند مثل نان لواش، بربری، نان فانتزی

و) اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه ای

برای کنترل اشتها و جلوگیری از پرخوری خانم های باردار که موجب اضافه وزن بیش از حد و چاقی می شود نکات ذیل توصیه می شود:

- در حالت نشسته و در یک مکان ثابت و دائمی غذا بخورند و غذا را آهسته وبا آرامش میل کنند.
- قبل از صرف غذا، سالاد (بدون سس مایونز) میل کنند.
- سعی کنند وعده های اصلی غذا (صبحانه، ناهار و شام) را حذف نکنند، زیرا ناچار به ریزه خواری خواهند شد
- سر سفره غذا، تنها از یک نوع غذا میل کنند.
- غذا را در ظرف کوچک تری بکشند تا مقدار کمتری غذا بخورند.
- پس از صرف غذا بلافاصله سفره را ترک کنند.
- خوردن آجیل و انواع تخمه که حاوی چربی زیادی است را محدود کنند.

ریزه خواری : مصرف مکرر وعده های غذایی کوچک از جمله میان وعده های غذایی و تنقلات

نکات کلیدی و مهم مواد غذایی غیرمجاز

این مواد شامل مواد غذایی است که اثر زیان بخش آن بر سلامت مادر و جنین ثابت شده است و مصرف آن در طی بارداری به صورت نسبی یا مطلق ممنوع است.

- مصرف کم کافئین (قهوه و نوشابه های سیاه رنگ) و تئین (چای) خطرناک نیست؛ اما مصرف زیاد آن می تواند باعث تولدنوزاد کم وزن یا نوزاد با عوارض عصبی شود.
- دم کرده های گیاهی (مانند چای نعنای یا گل گاوزبان) گاهی اثرات جانبی مانند حالت تهوع و استفراغ دارند، لذا مصرف آنها در دوران بارداری توصیه نمی شود.
- کلیه نوشیدنی های الکلی موجب رشد غیرطبیعی جنین و کاهش مهارت عقلانی و هوشی او و بروز " سندروم الکلی جنین (Fetal Alcohol Syndrome) " می شود.
- شکلات علاوه بر اینکه مقادیر کمی کافئین دارد، حاوی تثبیرومید نیز هست که به کافئین شبیه است؛ بنابراین، مصرف شکلات باید محدود شود.
- استعمال دخانیات در دوران بارداری می تواند با تولد نوزاد کم وزن همراه باشد.
- عفونت با "لیستریا" یکی از عوامل شناخته شده سقط غیر عمدی و مننژیت جنین و نوزاد است. شیر خام، غذاهای دریایی دودی، کالباس، کباب کوبیده که خوب پخته نشده است، پنیرهای نرم و گوشت های پخته نشده و غذاهای مانده در یخچال منابع احتمالی آلودگی هستند. محصولات آبیاری شده با فاضلاب بایستی قبل از مصرف با آب آشامیدنی شستشو و ضد عفونی شوند.

مکمل های دارویی

فولات (اسید فولیک): نیاز به اسیدفولیک در دوران بارداری به علت تولید بیشتر گلبول های قرمز خون و شکل گیری دستگاه عصبی جنین افزایش می یابد . علاوه بر مصرف منابع غنی اسید فولیک ، لازم است مکمل آن نیز طبق دستورالعمل کشوری به میزان ۴۰۰ میکرو گرم در روز برای خانم های باردار تجویز شود . مصرف به موقع و کافی این ویتامین از ایجاد ضایعات عصبی خصوصاً نقص مادر زادی لوله عصبی (NTD) پیشگیری می کند . زنانی که سیگاری هستند و یا از مواد مخدر استفاده می کنند و همچنین زنانی که از ضد بارداری های خوراکی و داروهای ضد تشنج (مثل فنی توئین) استفاده می کنند و افرادی که مبتلا به سندروم های سوء جذب هستند، در معرض خطر کمبود اسید فولیک قرار دارند .

آهن : وجود آهن برای تولید گلبول های قرمز خون، افزایش هموگلوبین، رشد و نمو و تأمین ذخایر کبدی جنین ضروری است . بیشترین نیاز به آهن پس از هفته بیستم بارداری رخ می دهد یعنی زمانی که بیشترین تقاضا از سوی مادر و جنین وجود دارد.

بندرت اتفاق می افتد که زنان با ذخایر کافی آهن جهت تأمین نیاز های فیزیولوژیک بارداری وارد مرحله بارداری گردند، بنابراین مصرف مکمل آهن علاوه بر منابع غذایی غنی از آهن طبق دستورالعمل کشوری توصیه می شود. خانم های باردار باید از شروع هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد قرص سولفات فرو یا فومارات فرو (حاوی ۵۵ تا ۶۰ میلی گرم آهن المنتال) مصرف کنند.

مولتی ویتامین مینرال یا ساده : یکی دیگر از مکمل های غذایی است و توصیه می شود از شروع هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد مصرف شود. زمان مصرف مولتی ویتامین بهتر است در وعده ناهار پس از صرف غذا باشد.



ید

با توجه به نقش ید در متابولیسم بدن و تولید انرژی و نیز تکامل مغز جنین، میزان ید مورد نیاز در دوران بارداری افزایش می یابد به طوری که کمبود ید در دوران بارداری منجر به عقب ماندگی ذهنی، هیپوتیروئیدی و گواتر و در شکل شدید آن کرتینیسم در نوزاد می گردد.

بهترین راه دریافت ید کافی، مصرف نمک یددار تصفیه شده است. در دوران بارداری مادر نیاز به ۱۵۰ میکروگرم ید دارد. در این راستا مکمل ید بصورت ترکیب با اسید فولیک بنام یدوفولیک تولید شده است. قرص یدوفولیک برای بیمارانی که لووتیروکسین مصرف می کنند بلامانع بوده و فقط در پرکاری تیروئید منع مصرف دارد.



ویتامین D

اثرات ویتامین D در بارداری شامل : افزایش عملکرد ایمنی و تکامل مغز می باشد. بهترین منبع برای تولید ویتامین D نور خورشید است. سطوح پایین ویتامین D در طی بارداری فرد را مستعد ابتلا به پره اکلایمسی می کند.

کمبود ویتامین D در مادر با هیپوکالسمی نوزادی و هیپوپلازی مینای دندان در کودکی، ارتباط دارد. برای پیشگیری از کمبود ویتامین "د" در زنان باردار، لازم است مطابق با دستورعمل مکمل یاری از ابتدای بارداری تا پایان بارداری مادران باردار (۱۰۰۰ واحد روزانه) اقدام شود.

بهتر است مکمل ویتامین "د" با وعده های اصلی غذا (ناهار یا شام) مصرف شود.

علائم مسمومیت ویتامین D شامل : بیبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش اشتها، پرنوشی، خشکی دهان، تهوع و استفراغ

✓ استفاده از نور مستقیم خورشید نه از پشت شیشه بهترین منبع برای تولید ویتامین D در بدن است؛ بنابراین به خانم باردار و شیرده توصیه کنید روزانه حداقل به مدت ۱۰ دقیقه دست و پا و صورت خود را در معرض نور مستقیم خورشید قرار دهد و زمان مناسب قبل از ساعت ۱۱ صبح و یا ۴ بعد از ظهر است.

نکات قابل توجه در صرف مکمل ها

- کلیه زنانی که قصد بارداری دارند از ۳ ماه قبل بارداری و یا به محض اطلاع از بارداری روزانه یک عدد مکمل یدوفولیک که حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۴۰۰ میکروگرم اسیدفولیک می باشد تا شروع هفته ۱۶ بارداری داده شود.
- از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید به کلیه مادران باردار داده شود.
- بدیهی است از شروع هفته ۱۶ بارداری مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید شروع و مکمل یدوفولیک قطع و مولتی ویتامین مینرال حاوی ید جایگزین یدوفولیک می شود .
- سولفات آهن، مدفوع را تیره و سیاه رنگ می کند.
- فرآورده های آهن را نباید به همراه شیر، چای، قهوه، دم کرده های گیاهی و داروهای ضد اسید معده مصرف کرد.
- با مصرف قرص آهن احتمال بروز عوارضی مثل تهوع، درد معده و سایر عوارض گوارشی وجود دارد. به زنان باردار آموزش دهید که برای کاهش این عوارض، قرص آهن را حتماً بعد از غذا و قبل از خواب مصرف نمایند.

معیار الگوی تغذیه

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟
گزینه اول : بندرت/ هرگز گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد
گزینه سوم : ۳ واحد یا بیشتر
 ۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟
گزینه اول : بندرت/ هرگز گزینه دوم: کمتر از ۴ واحد
گزینه سوم: ۴ واحد
 ۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟
گزینه اول : بندرت/ هرگز گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد
گزینه سوم: ۳ تا ۴ واحد
 ۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟
گزینه اول: همیشه گزینه دوم: : گاهی گزینه سوم: بندرت /هرگز
 ۵. چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟
گزینه اول : هفته ای ۲ بار یا بیشتر گزینه دوم : ماهی ۲-۱ بار گزینه سوم : بندرت/ هرگز
 ۶. از چه نوع روغن بیشتر مصرف می کنید؟
گزینه اول : فقط روغن نیمه جامد یا حیوانی
گزینه دوم : تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد
گزینه سوم : فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)
- دستورعمل نحوه امتیازدهی و تعیین الگوی تغذیه:**
نحوه محاسبه امتیاز الگوی تغذیه :

گزینه اول = ۰ امتیاز گزینه دوم = ۱ امتیاز

گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز = ۱۲ امتیاز

مصرف روزانه میوه: اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد.

اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم میوه مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

مصرف روزانه سبزی: اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد.

اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۴ سهم سبزی مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند روزانه ۴ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

مصرف روزانه شیر و لبنیات: اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب می‌نماید

اگر عنوان کند که روزانه ۳ سهم یا بیشتر شیر و لبنیات مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

استفاده فرد از نمکدان در سفره: اگر فرد پاسخگو عنوان کند که همیشه یا اکثر اوقات از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که گاهی از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که هرگز از نمکدان سر سفره استفاده نمی‌کند یا در موارد معدود ممکن است استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

مصرف فست فود و نوشابه های گازدار: اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر فست فود یا نوشابه های گازدار مصرف می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که در ماه حدود یک تا دو بار مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از فست فود یا نوشابه های گازدار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است

چند نوبت محدود استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

نوع روغن مصرفی فرد: اگر فرد پاسخگو عنوان کند که فقط از روغن های نیمه جامد، جامد یا حیوانی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که تلفیقی از روغنهای گیاهی مایع و روغن های نیمه جامد را برای طبخ غذا مورد استفاده قرار میدهد، یک امتیاز کسب خواهد نمود.

اگر عنوان کند که فقط از روغن های گیاهی مایع معمولی و مخصوص سرخ کردنی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تغذیه دوران شیردهی

تغذیه مناسب مادر در این دوران علاوه بر تامین نیازهای تغذیه ای نوزاد (از جمله مواد معدنی و ویتامینها)، برای حفظ بنیه، سلامت و اعتماد به نفس مادر و نیز حفظ و نگهداری ذخایر بدن مادر ضروری است. تغذیه با شیر مادر

همچنین موجب بهبود سطح ایمنی بدن شیر خوار در برابر ابتلاء به انواع عفونتهای حاد تنفسی، اسهال و نیز بازگشت وزن مادر به قبل از بارداری می شود.

حجم شیر مادر رابطه مستقیم با تکرر شیردهی دارد. تغذیه مکرر نوزاد با شیر مادر سبب می شود شیر بیشتری تولید شود. یکی از علل کاهش تولید شیر، خستگی مادر، خصوصاً در ۴ تا ۶ ماه اول شیردهی است.

کالری مورد نیاز مادران شیرده

در هرم غذایی، واحدهای توصیه شده در هر گروه از مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه دوران بارداری است. نیاز مادر شیرده به کالری حدود ۵۰۰ کیلو کالری بیش از دوران قبل از بارداری است. دریافت کالری ناکافی سبب کاهش تولید شیر می شود.

تولید شیر در مادران مبتلا به سوء تغذیه شدید ممکن است از سایر مادران کمتر باشد. در این مورد و مواردی که BMI کمتر از ۱۸/۵ باشد، مادران باید انرژی دریافتی روزانه خود را تا ۷۵۰ کیلوکالری افزایش دهند. توصیه های تغذیه ای مناسب مشابه خانم های باردار کم وزن است.

عوامل موثر در افزایش شیرمادر

هر چند تولید شیر مادر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و مصرف مایعات سبب افزایش تولید شیر نمی شود ولی برای پیشگیری از کم آبی بدن، مادران شیرده باید به مقدار کافی مایعات بنوشند.



تخم مرغ ، بادام

ماهی سالمون ، هویج

مرکبات (پرتقال، گریپ فروت)

برنج قهوه ای ، جو دوسر

نارگیل ، اسفناج

شنبلیله ، سیر

کنجد ، برگ شویب

ران مرغ

کدو سبز

نخود

دمنوش برگ ریحان

دانه رازیانه (محدودیت مصرف در مادر دارای نوزاد پسر)

مصرف مکمل ها در دوران شیردهی

مقدار ویتامین موجود در شیر مادر عمدتاً انعکاسی از مقدار ویتامین مصرفی مادر است.

میزان ویتامین D شیر مادر به میزان قرار گرفتن او در معرض نور مستقیم خورشید وابسته است. در این مورد توصیه مانند دوران بارداری است.

برخی از مواد معدنی مانند کلسیم، فسفر، آهن و روی، بدون توجه به دریافت غذا، می تواند از ذخایر بدن مادر به شیر وارد شوند. اما وجود برخی مواد معدنی همچون ید در شیر مادر ارتباط مستقیمی با تغذیه او دارد. لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین حاوی ید مصرف نماید.

کاهش وزن و شیر دهی

کاهش وزن بعد از زایمان باید تدریجی صورت گیرد تا بر مقدار شیر مادر تأثیر نگذارد.

لازم به ذکر است که شیردهی خود سبب کاهش تدریجی وزن مادر می‌شود، با این شرط که مواد مغذی لازم با مصرف مواد غذایی مناسب و کافی برای مادر تأمین شود. کاهش وزن دوران شیردهی باید بیشتر از کم‌خوری و محدود کردن رژیم غذایی، متکی بر افزایش تحرک و انجام فعالیت‌های بدنی باشد.

وزن‌گیری مناسب شیرخوار در طول دوران شیرخوارگی به خصوص ۶ ماه اول نشان دهنده کافی بودن مقدار شیر مادر است و مادر با اطمینان از کافی بودن شیر خود می‌تواند کمتر از ۴۵۰ گرم در هفته کاهش وزن داشته باشد.

محدودیت های غذایی در دوران شیردهی

مصرف نوشابه‌های کافئین دار اعم از :

چای غلیظ، قهوه، کوکاکولا و باید کاهش یابد. (تحریک پذیری، بیقراری، بی‌اشتهایی، بیخوابی) هم‌چنین از نوشیدن الکل باید خودداری کرد. (عصبی شدن نوزاد، کاهش رشد ذهنی، ضعف، خواب آلودگی، بیقراری، ضعف، دل درد عصبی، قولنج، افزایش ضربان قلب و فشارخون و آسیب کبدی) .

مصرف برخی غذاها مانند سیر، انواع کلم، پیاز، مارچوبه و تربچه و یا غذاهای پر ادویه و پرچاشنی ممکن است روی طعم شیر اثر بگذارد و تغییر ناگهانی طعم شیر سبب تمایل نداشتن شیرخوار به شیرخوردن شود.

هم‌چنین کلم، شلغم و یا میوه‌هایی مثل زردآلو، آلو، هلو، هندوانه و بعضی سبزی‌ها در صورتی که زیاد مصرف شوند. ممکن است موجب نفخ و دردهای شکمی در شیرخوار شوند. بنابراین مادر باید دقت کند در صورتی که طی ۲۴ ساعت پس از خوردن موادی که در بالا ذکر شد، شیرخوار دچار نفخ و دل درد شود از مصرف آنها خودداری کند.

به طور کلی مادر شیرده هر غذایی را که میل دارد می‌تواند مصرف کند مگر آنکه حس کند شیرخوار وی پس از خوردن آن غذاها توسط مادر دچار دردهای شکمی می‌شود.

وزن‌گیری در دوران بارداری

تمام زنان در دوران بارداری در هر شرایط تغذیه ای که باشند (کم وزن ، طبیعی ، دارای اضافه وزن و یا چاق) باید افزایش وزن مناسبی داشته باشند. الگوی افزایش وزن به اندازه افزایش وزن اهمیت دارد .از طرفی نکته ی قابل

توجه این است که میزان افزایش وزن در طول ماه های مختلف دوره ی بارداری یکسان نیست .به طور متوسط در سه ماهه اول کمترین مقدار و در سه ماهه دوم و سه ماهه سوم بیشترین مقدار افزایش وزن وجود دارد .وزن گیری مناسب مادر در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری تضمین کننده سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و سال های بعدی زندگی می باشد

روش های معمول برای تعیین نمایه توده بدنی مادر

تعریف نمایه توده بدنی : نمایه توده بدنی (BMI) شاخص ارزیابی بدن از نظر وضعیت جسمانی در مقایسه با استاندارد است. بر اساس این شاخص افراد به ۴ گروه لاغر ، در محدوده وزن طبیعی ، اضافه وزن و چاق طبقه بندی می شوند .

الف - روش محاسبه

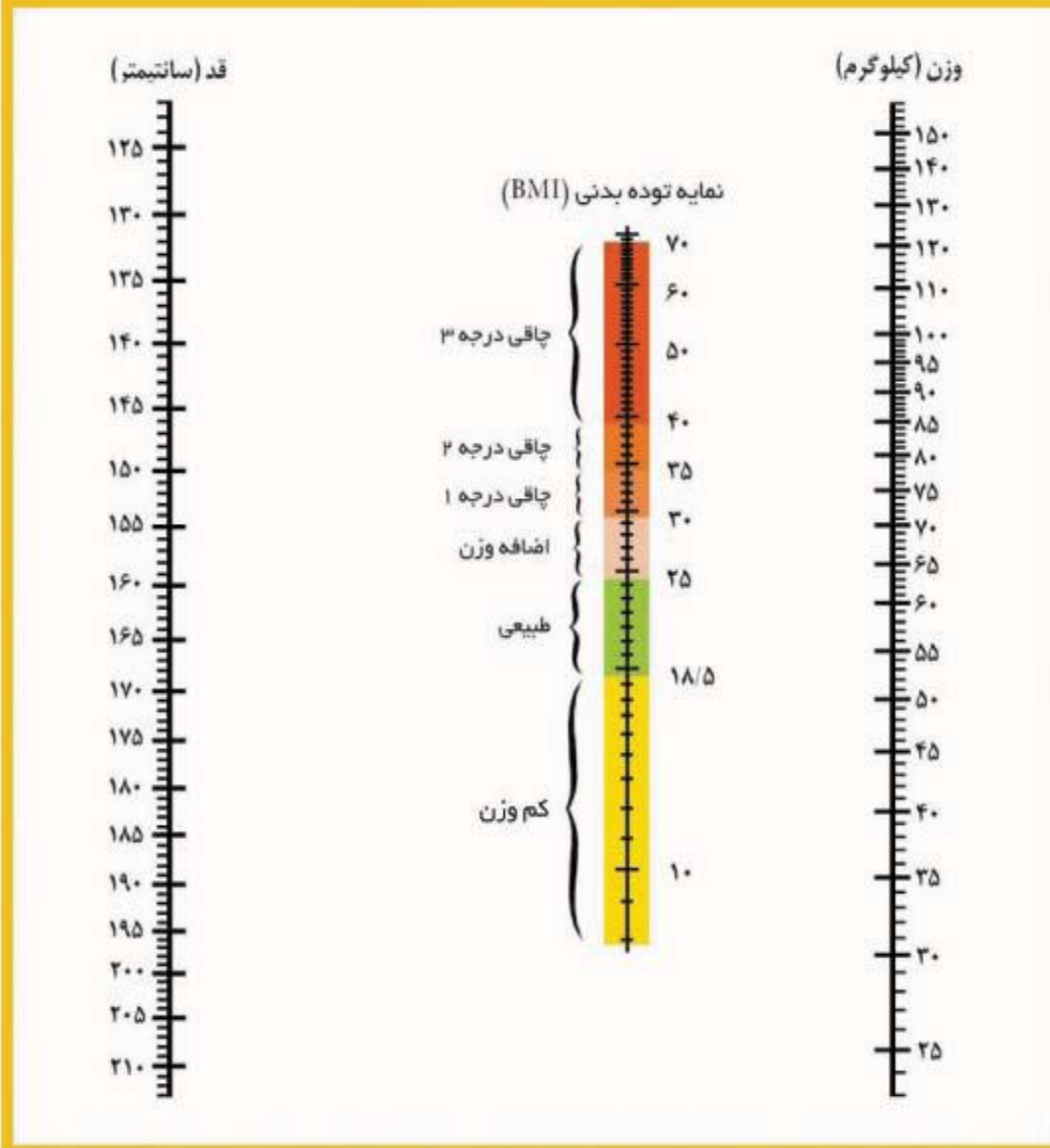
$$BMI = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)} * \text{قد (به متر)}}$$

ب- استفاده از نمودار گرام :

نمودار گرام از سه خط مدرج عمودی تشکیل شده است. خط اول از سمت راست مربوط به وزن (بر حسب کیلوگرم) ، خط وسط مربوط به نمایه توده بدنی (که نشان دهنده چاقی، اضافه وزن، طبیعی و کم وزنی است) و خط سوم مربوط به قد (بر حسب سانتی متر) می باشد.

برای تعیین نمایه توده بدنی در اولین مراجعه، ابتدا وزن و قد مادر را اندازه گیری کرده و اعداد مربوطه را روی خط وزن و قد نمودار تعیین کرده و علامت بزنید . حال اگر دو نقطه علامت خورده وزن و قد را با یک خط کش به هم وصل کنید نقطه تقاطع این خطوط با خط وسط تعیین کننده نمایه توده بدنی مادر است .

نموگرام بزرگسالان



طبقه بندی وزن بدن افراد بزرگسال بر اساس نمایه توده بدن (BMI)^۱

نمایه توده بدن	طبقه بندی
< ۱۸/۵	کم وزن
۱۸/۵ - ۲۴/۹	در محدوده وزن طبیعی
۲۵ - ۲۹/۹	اضافه وزن
۳۰ - ۳۴/۹	چاقی درجه ۱
۳۵ - ۳۹/۹	چاقی درجه ۲
≥ ۴۰	چاقی درجه ۳

^۱ - BMI = Body Mass Index

وزن پیش از بارداری

وزن پیش از بارداری مهم‌ترین شاخص جهت تعیین نمایه توده بدنی مادر است و حداکثر می‌توان وزن تا سه ماه قبل از بارداری را به عنوان وزن پیش از بارداری ملاک عمل قرار داد؛ به شرط این که مادر در طی این سه ماهه تغییرات وزنی واضحی (بیش از حالت معمول) نداشته باشد.

وزن گیری برای مادرهای باردار در تک قلوئی بالاتر از ۱۹ سال

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	قبل از BMI بارداری kg/m^2	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	کم وزن	$18/5 >$	۱۲/۵-۱۸	۰/۵
سبز	طبیعی	$18/5-24/9$	۱۱/۵-۱۶	۰/۴
نارنجی	اضافه وزن	$25-29/9$	۷-۱۱/۵	۰/۳
قرمز	چاق	$30 \geq$	۵-۹	۰/۲

نکته:

- افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری در حدود ۰/۵ تا ۲ کیلوگرم می‌باشد.
- افزایش وزن مناسب برای مادران دارای نمایه توده بدنی ۳۵ یا بیشتر باید توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.
- در زنان کوتاه‌قد (کمتر از ۱۵۰ سانتی‌متر) افزایش وزن باید در محدوده حداقل میزان دامنه ارائه شده باشد.

میزان افزایش وزن برای مادران نوجوان زیر ۱۹ سال

برای قضاوت درباره وضعیت وزن مادر نوجوان، ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) قبل از بارداری را محاسبه و براساس جدول (Z-scores) تعیین می‌کنیم که مادر در کدام محدوده قرار دارد.

مثال: در یک مادر ۱۸ ساله (۲۱۶ ماهه)، اگر BMI برابر ۱۷ باشد مقدار BMI کمتر از ۱- است، یعنی مادر کم‌وزن است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود)

اگر BMI ۲۳ باشد، مقدار BMI بین (Z-scores) ۱- و ۱+ قرار دارد و وزن این مادر طبیعی است.

چنانچه BMI همین مادر ۲۶ باشد، BMI بین (Z-scores) ۱+ تا ۲+ قرار گرفته است که به معنی اضافه وزن می‌باشد.

اگر BMI بیشتر از ۲۹/۵ باشد مثلاً ۳۱ باشد BMI بیش از (z-scores) ۲+ بوده و مادر چاق است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود).

برای دختران ۱۹-۱۲ ساله Z-score جدول

سن		Z-scores(BMI in kg/m ²)			
ماه : سال	ماه	-۱SD	میانه	۱SD	۲SD
۱۲:۰	۱۴۴	۱۶/۰	۱۸/۰	۲۰/۸	۲۵/.
۱۲:۳	۱۴۷	۱۶/۱	۱۸/۲	۲۱/۱	۲۵/۳
۱۲:۶	۱۵۰	۱۶/۳	۱۸/۴	۲۱/۳	۲۵/۶
۱۲:۹	۱۵۳	۱۶/۴	۱۸/۶	۲۱/۶	۲۵/۹
۱۳:۰	۱۵۶	۱۶/۶	۱۸/۸	۲۱/۸	۲۶/۲
۱۳:۳	۱۵۹	۱۶/۸	۱۹/.	۲۲/۰	۲۶/۵
۱۳:۶	۱۶۲	۱۶/۹	۱۹/۲	۲۲/۳	۲۶/۸
۱۳:۹	۱۶۵	۱۷/۱	۱۹/۴	۲۲/۵	۲۷/۱
۱۴:۰	۱۶۸	۱۷/۲	۱۹/۶	۲۲/۷	۲۷/۳
۱۴:۳	۱۷۱	۱۷/۴	۱۹/۷	۲۲/۹	۲۷/۶
۱۴:۶	۱۷۴	۱۷/۵	۱۹/۹	۲۳/۱	۲۷/۸
۱۴:۹	۱۷۷	۱۷/۶	۲۰/۱	۲۳/۳	۲۸/.
۱۵:۰	۱۸۰	۱۷/۸	۲۰/۲	۲۳/۵	۲۸/۲
۱۵:۳	۱۸۳	۱۷/۹	۲۰/۴	۲۳/۷	۲۸/۴
۱۵:۶	۱۸۶	۱۸/.	۲۰/۵	۲۳/۸	۲۸/۶
۱۵:۹	۱۸۹	۱۸/۱	۲۰/۶	۲۴/۰	۲۸/۷
۱۶:۰	۱۹۲	۱۸/۲	۲۰/۷	۲۴/۱	۲۸/۹
۱۶:۳	۱۹۵	۱۸/۲	۲۰/۸	۲۴/۲	۲۹/.
۱۶:۶	۱۹۸	۱۸/۳	۲۰/۹	۲۴/۳	۲۹/۱
۱۶:۹	۲۰۱	۱۸/۴	۲۱/.	۲۴/۴	۲۹/۲
۱۷:۰	۲۰۴	۱۸/۴	۲۱/.	۲۴/۵	۲۹/۳
۱۷:۳	۲۰۷	۱۸/۵	۲۱/۱	۲۴/۶	۲۹/۴
۱۷:۶	۲۱۰	۱۸/۵	۲۱/۲	۲۴/۶	۲۹/۴
۱۷:۹	۲۱۳	۱۸/۵	۲۱/۲	۲۴/۷	۲۹/۵
۱۸:۰	۲۱۶	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۸	۲۹/۵
۱۸:۳	۲۱۹	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۸	۲۹/۶
۱۸:۶	۲۲۲	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۹	۲۹/۶
۱۸:۹	۲۲۵	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۴/۹	۲۹/۶
۱۸:۱۱	۲۲۷	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۵/.	۲۹/۷
۱۹:۰	۲۲۸	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۵/.	۲۹/۷

میزان افزایش وزن برای دختران نوجوان در بارداری تک قلویی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	۱۲-score	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
کم وزن	$-1 >$	۱۲/۵-۱۸	۰/۵
طبیعی	از -1 تا $+1$	۱۱/۵-۱۶	۰/۴
اضافه وزن	از $+1$ تا $+2$	۷-۱۱/۵	۰/۳
چاق	$+2 \geq$	۵-۹	۰/۲

نکته:

- بهتر است مادران باردار نوجوان حداکثر میزان وزن ارائه شده را بدست آورند.
- در نوجوانان بارداری که تنها ۲ سال از قاعدگی آنها می گذرد افزایش وزن باید در حد بالای میزان دامنه ارائه شده باشد.

میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار دوقلویی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m^2	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	* کم وزن	< 18.5	*	*
سبز	طبیعی	۱۸/۵-۲۴/۹	۱۷-۲۵	۰/۶۳
نارنجی	اضافه وزن	۲۵-۲۹/۹	۱۴-۲۳	۰/۶
قرمز	چاق	≥ 30	۱۱-۱۹	۰/۴۵

نکته:

- افزایش وزن توصیه شده در سه ماهه اول بارداری مادران دوقلو ۱/۵ تا ۲/۵ کیلوگرم می باشد.
- در موارد سه قلویی، میزان وزن گیری توصیه شده برای مادران باردار در حدود ۲۲/۵-۲۷ کیلوگرم می باشد. از این میزان مادر باید تا هفته ۲۴ حداقل ۱۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.
- *افزایش وزن مادران کم وزن دوقلو توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.

تعیین میزان وزن گیری سه ماهه اول (۱۲-۲ هفته)

بهترین معیار تعیین محدوده‌ی وزن گیری مناسب مادران در بارداری استفاده از نمایه توده بدنی (BMI) بر پایه وزن قبل از بارداری است.

اگر وزن پیش از بارداری ثبت نشده باشد، وزن مادر باردار در اولین مراجعه (طی ۱۲ هفته اول بارداری) به عنوان وزن ابتدای بارداری در نظر گرفته می‌شود به شرط این که مادر در اثر تهوع و استفراغ بارداری، کاهش وزن شدیدی نداشته باشد. سپس با استفاده از فرمول یا نمودار، وضعیت تغذیه مادر بر اساس نمایه توده بدنی تعیین می‌گردد و بر مبنای آن محدوده افزایش وزن مطلوب مشخص می‌شود. در این حالت ابتدای بارداری از روی محل تلاقی محور عمودی و افقی و نقطه صفر شروع می‌شود.

نکته: در مادرانی که وزن قبل از بارداری آنان مشخص نیست و در اثر تهوع و استفراغ زیاد، کاهش وزن شدید نیز داشته‌اند، وضعیت وزن و نحوه رسیدگی به آنان، توسط کارشناس تغذیه تعیین می‌گردد.

تعیین میزان وزن‌گیری سه ماهه دوم (۲۵-۱۳ هفته)

اگر مادر در روند افزایش وزن مشکلی نداشته، با استفاده از جدول زیر میزان معمول افزایش وزن این دوران از وزن فعلی اش کم می‌شود تا برآوردی از وزن قبل بارداری بدست آید. سپس براساس نمایه توده بدنی قبل بارداری، وضعیت او مشخص شده و اقدام می‌شود.

هفته بارداری	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵
میزان افزایش وزن از ابتدای بارداری	۱	۱/۴	۱/۸	۲/۲	۲/۶	۳	۳/۴	۳/۸	۴/۲	۴/۶	۵	۵/۴	۵/۸

مثال: مادری با قد ۱۶۰ سانتی‌متر و وزن ۶۱٫۵ کیلوگرم در هفته ۱۸ بارداری مراجعه نموده و وزن قبل از بارداری یا وزن سه ماهه اول بارداری او ثبت نشده‌ات. طبق جدول، میزان افزایش وزن مادر به خاطر بارداری ۳ کیلوگرم باید باشد. با کسر نمودن ۳ کیلوگرم افزایش وزن به علت بارداری از وزن ۶۱٫۵ کیلوگرم فعلی او (در هفته ۱۸ بارداری)، وزن قبل از بارداری ۵۸٫۵ کیلوگرم محاسبه می‌گردد. در این صورت نمایه توده بدنی او ۸۵/۲۲ بوده و در محدوده طبیعی قرار می‌گیرد.

قد = ۱۶۰

۶۱/۵ کیلوگرم = وزن مادر در هفته ۱۸ بارداری

۳ کیلوگرم = کل افزایش وزن مادر در طول بارداری تاکنون

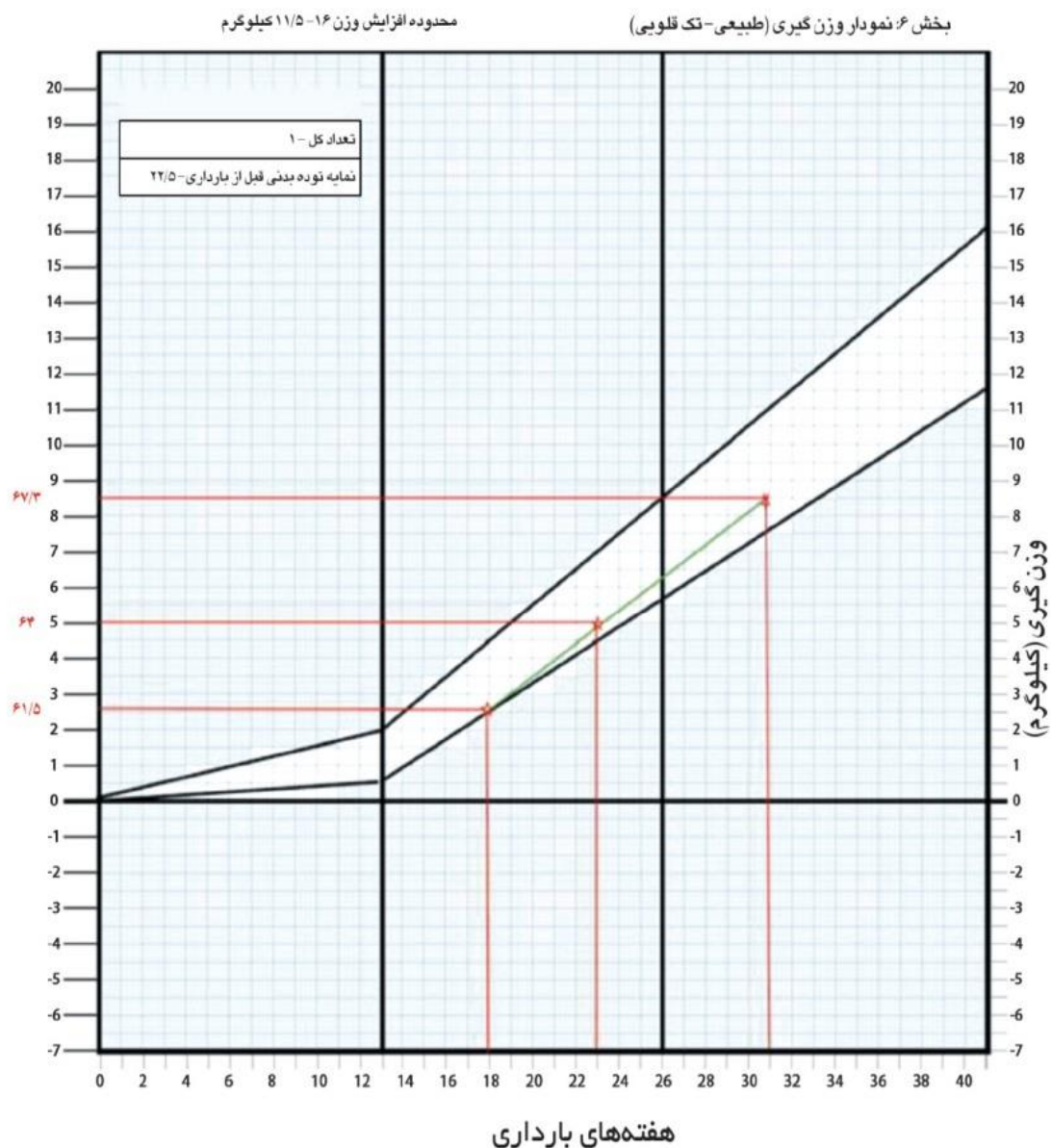
۵۸/۵ کیلوگرم = ۶۱/۵ - ۳ → وزن مادر در قبل از بارداری

نکته: مادرانی که اولین مراجعه آنها در هفته‌های ۱۳ تا ۲۵ بارداری می‌باشد، جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دو مرتبه دیگر و به فاصله دوهفته مراجعه نمایند.

در صورت نیاز، ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه ارجاع داده شوند.

تعیین میزان وزن‌گیری در سه ماهه سوم (۴۰-۲۶ هفته)

مادر بارداری که اولین مراجعه او در سه ماهه سوم بارداری بوده و وزن قبل از بارداری، یا وزن سه ماهه اول بارداری وی ثبت نشده باشد، باید برای تعیین میزان افزایش وزن مناسب به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.



از این نمودار برای رسم منحنی وزن‌گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۴/۹-۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت وزن‌گیری

زمان ملاقات	قبل از بارداری	۱۰-۶	۱۵-۱۱	۲۰-۱۶	۲۵-۲۱	۳۰-۲۶	۳۴-۳۱	۳۷-۳۵	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
هفته بارداری				۱۸	۲۳		۳۱					
وزن مادر	۵۸/۵		۶۱/۵	۶۴			۶۷/۳					
میزان وزن‌گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی				۲/۵			۳/۳					
میزان وزن‌گیری مادر از ابتدای بارداری			۳	۵/۵			۸/۸					
وزن‌گیری نامناسب												

ترسیم نمودار وزن‌گیری دوران بارداری

پس از مشخص شدن محدوده وزن‌گیری براساس نمایه توده بدنی (BMI) لازم است در هر ملاقات معمول بارداری، طبق

برنامه کشوری مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، نمودار وزن‌گیری ترسیم شود (در سامانه سیب نمودار وزن‌گیری نمایش داده می‌شود).

نمودار وزن‌گیری به منظور بررسی روند وزن‌گیری مادر باردار و شناسایی مادران با میزان وزن‌گیری ناکافی و یا اضافی برای انجام مداخلات بعدی به کار می‌رود.

معیارهای وزن‌گیری نامناسب درمادران باردار

بهترین معیار برای قضاوت در مورد وزن‌گیری مناسب در طی بارداری استفاده از جدول و نمودار وزن‌گیری مادران باردار می‌باشد. به هر دلیل که وزن‌گیری مادر باردار (در هر یک از گروه‌های کم وزن، طبیعی، اضافه وزن یا چاق) بر اساس جدول و نمودار وزن‌گیری پیشرفت نکند، وزن‌گیری نامناسب اطلاق می‌شود. وزن‌گیری نامناسب به دو شکل قابل مشاهده است. وزن‌گیری کمتر از حد انتظار و وزن‌گیری بیش از حد انتظار، در هر دو حالت بسیار مهم است که علت زمینه‌ای وزن‌گیری نامناسب بررسی و معین گردد. این کار با معاینه و ارزیابی وضعیت مادر باردار و نیز انجام آزمایشات پاراکلینیکی انجام می‌شود.

وزن‌گیری کمتر از انتظار

- ۱- هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وزن‌گیری، افزایش وزن کمتری داشته باشد و یا شیب نمودار وزن‌گیری مادر از شیب نمودار مرجع کمتر و یا افقی گردد، وزن‌گیری کمتر از حد انتظار محسوب می‌گردد.
- ۲- چنانچه از هفته ۱۵ بارداری به بعد، مادر باردار چاق (با نمایه توده بدنی مساوی یا بالاتر از ۳۰) کمتر از نیم کیلوگرم در ماه افزایش وزن داشته باشد.
- ۳- چنانچه از هفته ۱۵ بارداری به بعد، مادر باردار با وزن طبیعی، کمتر از یک کیلوگرم در ماه افزایش وزن داشته باشد.

وزن‌گیری بیش از انتظار

- ۱- هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وزن‌گیری، افزایش وزن بیشتری داشته باشد و یا شیب نمودار وزن‌گیری مادر از شیب نمودار مرجع بیشتر گردد وزن‌گیری بیش از حد انتظار محسوب می‌گردد.
 - ۲- بعد از هفته ۲۰ بارداری مادر نباید ماهانه بیش از ۳ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد. گاهی اوقات این امر به دلیل جمع شدن آب به طور غیرطبیعی در بدن است که اولین علامت پره‌اکلامپسی است. در این صورت اقدامات لازم برای کنترل مسمومیت بارداری باید انجام شود.
 - ۳- اگر افزایش وزن مادر در طول دوران بارداری بیش از یک کیلوگرم در هفته باشد، بیشتر از حد انتظار وزن اضافه کرده است.
- نکته:** در مورد مادران باردار که کمتر یا بیشتر از حد لازم وزن گرفته‌اند مشروط بر اینکه عارضه دیگر بارداری وجود نداشته باشد باید حداکثر دو هفته بعد جهت بررسی مجدد وزن‌پیگیری شوند.

مهم‌ترین علل وزن‌گیری نامناسب در دوران بارداری و راهکارهای پیشنهادی:

- دسترسی ناکافی به برخی از گروه‌های غذایی: معرفی جانشین‌های غذایی در هر گروه غذایی (متناسب با غذاهای بومی منطقه) مثلاً استفاده از حبوبات و یا تخم مرغ به جای گوشت در وعده غذایی

- عادات غذایی نامناسب و پیروی از رژیم های غذایی خاص (کم خوری، رژیم درمانی و یا خرافات غذایی) : شناسایی عادات نامناسب و اصلاح نگرش با ارائه آموزش های لازم
- **خرافات و محدودیت های غذایی** : شناسایی خرافات غذایی منطقه و اصلاح نگرش با ارائه آموزش های لازم
- تهوع و استفراغ دوران بارداری : در صورت شدید بودن، ارجاع به متخصص جهت بستری در بیمارستان و سرم درمانی تا زمان تثبیت وضعیت بیمار. در صورت خفیف تا متوسط بودن، آموزشهای لازم ارائه شود.
- **ناآگاهی تغذیه ای مادر و اطرافیان** : مشاوره و آموزش چهره به چهره و ارائه متون آموزشی ساده به مادر باردار و همراهان او
- **ابتلا به بیماری های زمینه ای یا سابقه ابتلا به آن ها (مانند بیماری های قلبی عروقی، دیابت و...)** : تشخیص نوع بیماری و درمان آن و در صورت نیاز ارجاع به پزشک متخصص، کنترل تداخل غذا و داروی مصرفی با نظر متخصص تغذیه
- **عقوت های ادراری**
- **ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی** : مشاوره با مادر جهت علت یابی مشکل موجود، ارجاع به روانپزشک یا روان شناس جهت مشاوره
- **مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری**
- **اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات**: مشاوره با مادر در مورد قطع مصرف سیگار و دوری از انواع دود و آموزش در زمینه مضرات آن برای سلامت مادر و جنین، اقدام برای ترک اعتیاد، کنترل داروهای مصرفی و تعدیل دوز بر اساس نوع بیماری، کنترل تداخل غذا و داروی مصرفی با نظر کارشناس تغذیه
- مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی (ویار حاملگی و پیکا)
- **مشکلات اقتصادی و درآمد ناکافی خانواده** : معرفی خانواده به کمیته امداد امام خمینی و سایر سازمان های حمایتی که با مرکز بهداشت استان همکاری دارند.
- **حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی** : مشاوره با همسر و سایر اعضای خانواده برای کمک به مادر باردار و کاهش حجم کار و افزایش مدت استراحت او توصیه به مادر جهت پرهیز از دیر خوابیدن شبانه
- **تحرک ناکافی و نداشتن فعالیت بدنی روزانه** : توصیه به پیاده روی در طول روز و انجام کارهای روزمره در حد متعادل
- **سن کمتر از ۱۸ سال**
- **چند قلویی**
- **سابقه زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری) یا سقط**
- **سابقه تولد نوزاد کم وزن**
- **فاصله بارداری کمتر از ۳ سال با زایمان قبلی.**

مواردی که مادر باردار باید به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود:

۱. مادران زیر ۱۹ سال

۲. مادرانی که بنا به نظر متخصص زنان علت وزن گیری نامناسب آن ها مربوط به عوارض بارداری و یا بیماری ها نبوده و علل تغذیه ای عامل وزن گیری نامناسب تشخیص داده شده است.
۳. BMI قبل از بارداری یا سه ماهه اول بارداری زیر ۱۸/۵ یا بیشتر از ۲۵
۴. داشتن رژیم غذایی درمانی برای یک بیماری خاص
۵. بیماری های مادر باردار شامل دیابت، آنمی، بیماری کلیوی، فشار خون و

توصیه های تغذیه ای در بیماری ها و شکایات شایع دوران بارداری

توصیه های تغذیه ای در هنگام شکایات شایع دوران بارداری در فصل آموزش های دوران بارداری آورده شده است.

توصیه های تغذیه ای در خصوص بیماری های شایع دوران بارداری

پره اکلامپسی و اکلامپسی: پره اکلامپسی سندرمی است که با مجموعه ای از علائم ادم، پروتئینوری و پر فشاری خون همراه است و در نیمه دوم بارداری (معمولاً بعد از هفته ۲۰ حاملگی) اتفاق می افتد. چنانچه این عارضه با تشنج همراه شود اکلامپسی نامیده می شود. در صورت تشخیص باید بستری، درمان و در مواردی ختم بارداری انجام شود.

توصیه هایی تغذیه ای به صورت مکمل با درمان دارویی و با بستری و درمان فرد در بیمارستان مفیداست و به تنهایی نمی تواند موجب پیشگیری یا درمان این عارضه شود.

توصیه های تغذیه ای شامل تجویز ویتامین E، مصرف کافی کلسیم، پروتئین و پتاسیم، مصرف غذای پر پروتئین و استفاده از منابع غذایی اسیدهای چرب ضروری اسید لینولئیک و اسید لینولنیک می باشد. فشارخون ناشی از پره اکلامپسی و اکلامپسی نیازمند دارودرمانی و بستری در بیمارستان است و با توصیه های تغذیه ای بهبود نمی یابد. محدودیت شدید مصرف نمک در پره اکلامپسی و اکلامپسی توصیه نمی شود

فشارخون بارداری: به افزایش فشارخون بدون ادم و پروتئینوری که از قبل از بارداری وجود داشته و در هر زمان از بارداری ممکن است اتفاق افتد فشارخون بارداری می گویند. اضافه وزن و چاقی یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر ایجاد فشارخون در بارداری و سایر دوران های زندگی است؛ بنابراین بهتر است بعد از کاهش وزن و کنترل فشارخون بارداری صورت پذیرد. توصیه هایی تغذیه ای و رژیم غذایی همزمان با درمان دارویی و ورزش می تواند مفید باشد و به تنهایی نمی تواند موجب پیشگیری یا درمان این عارضه شود.

توصیه های تغذیه ای شامل موارد زیر است:

۱. تنظیم کالری مورد نیاز با مشاوره کارشناس تغذیه
 ۲. افزایش مصرف سبزی ها و میوه ها و کاهش مصرف قندهای ساده
 ۳. محدودیت مصرف نمک
- کم خونی در بارداری:** کم خونی در زنان غیر باردار با هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم در دسی لیتر تعریف می شود در دوران بارداری هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر کم خونی محسوب می شود، که برای سه ماهه اول و سوم، هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر و در سه ماهه دوم هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵ گرم در دسی لیتر کم خونی اطلاق می گردد.

عوارض کم خونی دوران بارداری:

- افزایش خونریزی و مرگ مرتبط با خونریزی
- افزایش خطر کم وزنی نوزاد

- تاخیر رشد داخل رحمی (IUGR)
- زایمان زودرس
- خستگی ، ضعف و عدم توانایی در شیردهی و مراقبت از نوزاد
- افزایش خطر عفونت نوزادی

آنمی فقر آهن : مهمترین علت کم خونی در بارداری ، فقر آهن است . مصرف ناکافی منابع غذایی آهن، سابقه خونریزی شدید در قاعدگی ها یا بارداری های قبلی، تعداد زیاد بارداری و بارداری مجدد با فاصله کمتر از ۳ سال احتمال ابتلا به کم خونی فقر آهن را افزایش می دهد.

تغذیه مناسب می تواند نقش مهمی در درمان و پیشگیری کم خونی فقر آهن و سایر کم خونی ها ایجاد نماید. توصیه های تغذیه ای در پیشگیری و درمان کم خونی :

۱. منابع غذایی حاوی آهن مثل گوشت، مرغ، ماهی، حبوبات و سبزی های سبز تیره مثل جعفری در برنامه غذایی روزانه مصرف شود.
۲. از انواع مغزها مثل گردو، بادام، پسته، فندق و انواع خشکبار مثل برگه ها، توت خشک، کشمش و خرما که منابع خوبی از آهن هستند به عنوان میان وعده استفاده شود.
۳. منابع غذایی ویتامین C مثل سبزی های تازه و سالاد (شامل گوجه فرنگی، کلم، گل کلم، فلفل دلمه ای) و همچنین چاشنی هایی مثل آب لیمو و آب نارنج تازه که جذب آهن را افزایش می دهند به همراه غذا مصرف شود.
۴. برای جذب بهتر آهن غذا، از مصرف چای، قهوه و دم کرده های گیاهی یک ساعت قبل از غذا و حداقل دو ساعت پس از غذا خودداری گردد همچنین از مصرف چای پررنگ اجتناب شود.
۵. برای کاهش اختلالات گوارشی و جذب بهتر آهن، بهترین زمان مصرف قرص آهن پس از غذا و یا شب قبل از خواب است.

عفونتهای ادراری : عفونت های ادراری دوران بارداری اغلب از نوع عفونت های باکتریایی هستند که در بین زنان باردار اتفاق می افتد. گاهی نیز سوزش ادرار با منشأ غیر عفونی و به دلیل استفاده از مصرف مواد غذایی محرک ایجاد می شود . در این موارد که موضوع ابتلا به عفونت ادراری پس از بررسی های آزمایشگاهی منتفی شده است توصیه می شود از مصرف برخی غذاها خودداری شود.

این مواد غذایی عبارت اند از:

- ادویه ها : فلفل سبز، فلفل قرمز، خردل و...
- فرآورده های گوشتی نمک سود به ویژه سوسیس و کالباس
- سیرابی، گوشت های کنسرو شده و صنعتی
- مواد غذایی گوگرددار مانند مارچوبه، تربچه، سیر و پیاز
- نوشیدنی های حاوی ترکیبات گزانتیک مانند قهوه

همچنین با اسیدی کردن ادرار می توان از ایجاد محیط مناسب برای رشد و تکثیر باکتری ها جلوگیری کرد . مواد غذایی نظیر انواع گوشت لخم (قرمز و سفید) ماهی و تخم مرغ، پنیر، شکلات و غلاتی که کمتر قابل تخمیر هستند؛ مانند : برنج و انواع نان در اسیدی کردن ادرار مؤثرند.

نوشیدن مایعات زیاد به خصوص آب با افزایش دفع ادرار موجب کاهش PH ادرار و نیز کاهش غلظت ادرار و تخفیف علائمی نظیر سوزش می گردد.

نکات تغذیه ای در سایر بیماری ها

- همزمان با مصرف داروهای تیروئید از مصرف سویا، کلم و ترب خام خودداری شود.
- از مصرف هم زمان آسپرین با سیر اجتناب شود.
- از مصرف هم زمان قرص فشارخون با گریپ فروت اجتناب شود.

پرسش و تمرین

- ۱- توصیه های تغذیه ای برای خانمهای لاغر را بیان نمایید.
- ۲-عوامل مستعد کننده سوء تغذیه در بارداری را بیان نمایید.
- ۳-دو عبارت مقوی کردن و مغذی کردن غذا را شرح دهید.
- ۴-بهترین زمان شروع مصرف فولیک اسید را بیان نمایید.
- ۵-علل کاهش شیر مادر را بیان نمایید.
- ۶-موادی را که سبب بی اشتهاپی و تحریک پذیری نوزاد می شود شرح دهید.
- ۷-مصرف مکمل های دارویی در دوران پس از زایمان را بیان نمایید.
- ۸-اهمیت رسم نمودار وزن گیری در بارداری را بیان کنید.
- ۹-بهترین معیار برای تعیین محدوده وزن گیری در بارداری را نام ببرید.
- ۱۰-چهار مورد از مزایای تغذیه صحیح در دوران بارداری را بیان کنید.
- ۱۱-توصیه های تغذیه ای در پیشگیری و درمان کم خونی را نام ببرید.

فصل هفتم: مروری بر مراقبت های دهان و دندان در زنان باردار

اهداف آموزشی

- پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:
- ۱- اهمیت مراقبت دهان و دندان زنان باردار را توضیح دهید.
 - ۲- علائم پوسیدگی دندان را بیان کنید.

۳- زمان مناسب ارجاع برای معاینه دهان و دندان را توضیح دهید.

۴- بیماریهای لثه را توضیح دهید.

بهداشت دهان و دندان در بارداری :

مادر تمایل بیشتری به خوردن مواد غذایی شیرین یا ترش دارد و به دلیل کم‌حوصلگی و خستگی وقت کمتری برای مراقبت از دندان‌ها صرف می‌کند به علت مصرف کلسیم بدن مادر در استخوان‌بندی جنین خطر پوسیدگی دندان و بیماری لثه بیشتر می‌شود.

بنابراین لازم است در این دوران ضمن تشویق مادر به داشتن برنامه غذایی مناسب (استفاده از مواد دارای کلسیم، میوه و سبزیجات بجای مصرف مواد قندی) او را از اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان، چگونگی ایجاد پوسیدگی دندان و مشکلات دهان و لثه، نحوه استفاده صحیح و مرتب از مسواک، نخ دندان و دهان‌شویه آگاه کرد. همچنین آموزش مادر در مورد مراقبت از دهان نوزاد و بهداشت دهان و دندان کودک مطابق متون آموزشی اداره بهداشت دهان و دندان ضروری است.

مراقبت دهان و دندان زنان باردار :

مادران باردار در این دوران به دلیل تغییرات هورمونی و وجود جنین، به مراقبت‌های خاصی نیاز دارند. مراقبت‌های دندانپزشکی به دو گروه تقسیم می‌شوند.

۱- کنترل پوسیدگی

۲- کنترل بیماریهای لثه

کنترل پوسیدگی دندان در دوران بارداری :

هنوز هم بسیاری از زنان معتقدند که بارداری سبب از دست دادن دندانها می‌شود (یک دندان به ازای تولد هر کودک) و یا اینکه اعتقاد دارند جهت تامین نیازهای جنین، کلسیم مورد نیاز توسط دندانها تامین می‌شود، در نتیجه دندانها نرم می‌شوند. لازم به تذکر است که هر دوی این عقاید درست نمی‌باشند. کلسیم موجود در ساختمان دندان از آن جدا نمی‌گردد، بلکه تحقیقات بیانگر آن است که در دوران حاملگی، شرایطی پیش می‌آید که احتمال ایجاد پوسیدگی و بیماری لثه را افزایش می‌دهد.

شرایطی که باعث پوسیدگی دندان در زنان باردار می‌شود :

- بیماری صبحگاهی
- مصرف مواد شیرین یا ترش به مقدار زیاد
- کاهش ظرفیت معده
- کم حوصلگی مادر باردار

تحقیقات نشان داده است که مادران بارداری که دارای پوسیدگیهای شدید می‌باشند، می‌توانند پس از تولد کودک، میکروبیهای پوسیدگی‌زا را به دهان نوزادان خود منتقل نمایند. بنابراین در صورتیکه خانمهای باردار رعایت بهداشت دهان و دندان را در این دوران بصورت مطلوب داشته باشند، نه تنها خود به پوسیدگی دندان و بیماری لثه دچار نخواهند شد بلکه احتمال بروز پوسیدگی دندانی در کودک آنها نیز به میزان زیادی کاهش می‌یابد.

پوسیدگی دندان با تخریب ساختمان دندان به علت وجود میکروب‌های پوسیدگی زای دهان ایجاد می‌شود .

علائم پوسیدگی دندان :



-دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه

-سوراخ شدن دندان

-حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین

-حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان‌ها بر هم دیگر

پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان که معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خودبه خودی همراه است، می‌تواند باعث تورم صورت و لثه‌ها (آبسه) شود.

در صورت آبسه و درد شدید دندان و عفونت دندانی ارجاع در اولین فرصت و در صورت التهاب لثه با پوسیدگی و جرم دندان ارجاع غیرفوری به دندانپزشکی گردد.

کنترل بیماریهای لثه در دوران بارداری:

در دوران بارداری، لثه‌ها و دندانها همچون دیگر نسوج بدن تحت تأثیر شرایط خاص حاملگی قرار می‌گیرند. به دلیل تغییرات هورمونی در دوران بارداری، اغلب التهاب و عفونت لثه (ژنژیویت حاملگی) در ماه دوم یا سوم بروز نموده و تا ماه هشتم شدت آن افزایش می‌یابد و پس از آن و در دوران پس از زایمان روند کاهشی دارد.

حساسیت لثه ممکن است در این دوران سبب شود که خانم باردار به خوبی از مسواک و نخ دندان استفاده نماید، در نتیجه پلاک میکروبی که بر روی دندانها بصورت مستمر تشکیل می‌شود، به خوبی تمیز نشده و التهاب لثه و پیشرفت بیماری را بدتر می‌نماید با توجه به اینکه درمان التهاب لثه آسیمی برای جنین به همراه ندارد.

لذا نباید در چنین مواقعی درمان را تا زمان تولد نوزاد به تعویق انداخت. بنابراین مراجعه به دندانپزشک در برطرف کردن این مشکل ضروری و لازم می‌باشد.

بیماری پریودنتال



التهاب لثه (ژنژیویت)



بیماری پریودنتال: یا التهابات لثه‌ای به دلیل عفونت لثه و استخوان اطراف دندان‌ها بوجود می‌آید. علائم اولیه‌ی این بیماری که نشان‌دهنده‌ی آلودگی لثه با باکتری است، خونریزی و متورم شدن لثه‌ها می‌باشد. در صورت عدم درمان این بیماری، امکان گسترش آن و در نهایت از بین رفتن دندان و لثه‌ی شما وجود دارد.

تومور حاملگی: در برخی موارد لثه متورم در دوران حاملگی می‌تواند به شکل شدیدتری به عوامل محرک موضعی واکنش نشان دهد و برجستگی بزرگی را تشکیل دهد. این برآمدگی به عنوان تومور حاملگی نامیده می‌شود که سرطانی نبوده و عموماً فاقد درد است. این برجستگی معمولاً پس از حاملگی برطرف می‌شود ولی اگر همچنان بزرگ و آزار دهنده باقی بماند پس از زایمان با جراحی برداشته خواهد شد.

جهت پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری لثه در دوران حاملگی، باید موارد زیر را در نظر داشته و رعایت کرد: - بهداشت دهان و دندان (استفاده مرتب از مسواک و نخ دندان و ...)

-تغذیه صحیح و مناسب

-مراجعه به دندانپزشک در طی بارداری

اهمیت و زمان معاینه دهان و دندان:

معاینه دهان و دندان بخشی از معاینات زمان بارداری است. در این دوران به علت مصرف کلسیم بدن مادر برای ساختن استخوان‌بندی جنین، خطر پوسیدگی و از بین رفتن دندان‌های مادر بیشتر است. همچنین طبق مطالعات انجام شده، بیماری‌های پریدونتال (لثه و بافت‌های نگهدارنده) در مادر باردار در صورتی که درمان نشده باشد، می‌تواند منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس و کم‌وزن شود.

بنابراین ضمن آموزش بهداشت دهان و دندان، باید دهان و دندان مادر از نظر وجود التهاب لثه، پوسیدگی دندان، جرم (لایه میکروبی سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای بر روی دندان‌ها)، عفونت و آبسه در نیمه اول بارداری (ملاقات اول و دوم و سوم) معاینه شده و در صورت مشاهده مشکل، مادر به دندان پزشک ارجاع شود. درمان بیماری دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

پرسش و تمرین
۱. اهمیت مراقبت دهان و دندان را توضیح دهید. ۲. علل پوسیدگی دندانهای مادر باردار را شرح دهید. ۳. معاینه دهان و دندان مادر باردار را انجام دهید. ۴. بیماریهای لثه را نام برده و شرح دهید.

فصل هشتم: بیماری‌های قلبی عروقی در بارداری

اهداف آموزشی
پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود شما بتوانید: ۱- تاثیر بیماری‌های قلبی عروقی در بارداری را بیان نمایید. ۲- مهم‌ترین عواملی که سبب افزایش شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در بارداری می‌شود را نام ببرید.

- ۳- ملاحظات بیماری قلبی عروقی در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان را توضیح دهید.
- ۴- موارد نیازمند غربالگری کاردیومیوپاتی را بیان نمایید.
- ۵- موارد نیازمند ارزیابی خطر ترومبوآمبولی را نام ببرید.
- ۶- توصیه ها و آموزش های لازم به مادران دچار بیماری های قلبی عروقی را بیان نمایید.

اختلالات قلبی عروقی

بیماری های قلبی عروقی، در حال حاضر علت اصلی مرگ های مادری غیر مستقیم محسوب می شوند و یکی از علل اصلی پذیرش در واحد مراقبت های ویژه مامایی هستند.

افزایش میزان شیوع بیماری های قلبی عروقی در دوران بارداری، احتمالاً از تعدادی از علل شامل افزایش میزان چاقی، هیپرتانسیون و دیابت ناشی می شود.

تاثیر بیماری قلبی عروقی بر بارداری

افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تاخیر رشد داخل رحمی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری قلبی جنین، مرگ مادر

ملاحظات در بارداری

به جز موارد استثنایی، اکثر زنان که بیماری های خفیف قلبی عروقی دارند حاملگی را بدون عوارض پشت سر می گذارند. همه زنان باید آموزش های لازم را در موارد ذیل ببینند.

- پرهیز از تماس با افراد مبتلا به عفونت های تنفسی
- تجویز واکسن
- عدم استعمال دخانیات
- پرهیز از تماس با افراد مبتلا به عفونت های تنفسی (از جمله سرماخوردگی)
- در صورت وجود هر گونه نشانه عفونت، موضوع را گزارش نمایند.
- تجویز واکسن های پنوموکوک و آنفلوآنزا توصیه می شود.
- عدم استعمال دخانیات: استعمال دخانیات به دلیل آثار قلبی و مستعد کردن بیمار برای ابتلا به عفونت های تنفسی فوقانی، ممنوع است.

ملاحظات در زایمان و پس از زایمان

جهت انجام زایمان، زایمان واژینال برای این افراد ترجیح داده می شود.

خونریزی، کم خونی، عفونت و ترومبوآمبولی در دوره پس از زایمان، در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی، عوارض بسیار وخیم تری محسوب می شوند.

حتی زنانی که در دوران بارداری و زایمان هیچ گونه نشانه ای از اختلال قلبی عروقی را نشان نمی دهند و یا علائم بسیار کمی را بروز می دهند، باز هم ممکن است در دوره بعد از زایمان دچار اختلال عملکرد قلبی عروقی شوند. بنابر این ادامه مراقبت های بسیار دقیق تا پایان دوره نفاس حائز اهمیت است.

موارد نیازمند غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری (هفته ۳۷-۳۵) و پس از زایمان

- ۱- سابقه خانوادگی کاردیومیوپاتی
- ۲- مصرف سیگار، دخانیات، مواد افیونی و محرک
- ۳- مصرف الکل

- ۴- بارداری پنجم و بالاتر
- ۵- نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸,۵ یا ۲۵ و بالاتر
- ۶- چندقلویی
- ۷- سن بالای ۳۰ سال
- ۸- دیابت
- ۹- سابقه پره اکلامپسی
- ۱۰- سابقه فشار خون بالا پس از زایمان
- ۱۱- افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱ کیلوگرم در هفته) با یا بدون ورم در نیمه دوم بارداری
- ۱۲- تنگی نفس و تپش قلب

موارد نیازمند ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در شروع بارداری، بارداری و پس از زایمان

- ۱- فلج پا یا استفاده از صندلی چرخ دار در ناهنجاری های اسکلتی
- ۲- زایمان سه بار یا بیشتر
- ۳- بارداری بالای ۳۵ سال
- ۴- چندقلویی
- ۵- واریس
- ۶- مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک
- ۷- نمایه توده بدنی بیش از ۳۰
- ۸- وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم
- ۹- سابقه ترومبوآمبولی
- ۱۰- ابتلا به ترومبوفیلی
- ۱۱- مشکلات طبی (مانند سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی/بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک) پروتئین اوری بیشتر از ۳ گرم در روز، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی)
- ۱۲- افزایش وزن ناگهانی در حین بارداری (بیش از یک کیلوگرم در هفته و یا ۳ کیلوگرم در ماه)
- ۱۳- بارداری با روش های کمک باروری، ART/IVF
- ۱۴- دهیدراتاسیون/استفراغ شدید بارداری
- ۱۵- بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)
- ۱۶- عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان)
- ۱۷- وجود وریدهای واریسی واضح
- ۱۸- سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی

توصیه و آموزش

- در مورد تمام مادران در طی بارداری و پس از زایمان، حتی اگر هیچ یک از عوامل خطر وجود ندارد، آموزش و توصیه در مورد تحرک و مصرف کافی مایعات و اجتناب از استراحت مطلق (مگر در موارد خاص مانند بیماری پیشرفته قلبی) باید انجام شود.
- درمورد زایمان هایی که در تسهیلات زایمانی انجام میشود علاوه بر اقدامات ذکر شده، آموزش و توصیه در مورد تحرک و مصرف کافی مایعات هنگام ترخیص مادر باید انجام شود.

- پرهیز از تماس با افراد مبتلا به عفونت های تنفسی (از جمله سرماخوردگی)
- دریافت واکسن های پنوموکوک و آنفلوآنزا
- عدم استعمال دخانیات
- تمامی مادران مبتلا به بیماری قلبی عروقی پرخطر بوده و باید برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع شوند.

پرسش و تمرین

- ۱- چه عواملی می توانند خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی در بارداری را افزایش دهند؟
- ۲- بیماری قلبی عروقی چه تاثیری بر بارداری دارند؟
- ۳- توصیه های لازم در بیماری قلبی عروقی در بارداری را بیان نمایید. (۵ مورد)
- ۴- مواردی که جهت غربالگری کاردیومیوپاتی نیازمند ارجاع به ماما هستند را نام ببرید؟
- ۵- مواردی که جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی نیاز به ارجاع به ماما دارند را نام ببرید؟
- ۶- تزریق چه واکسن هایی در مادران دچار بیماری قلبی عروقی در بارداری مجاز می باشد؟
- ۷- کدام نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) جهت مادران باردار دارای بیماری قلبی ارجحیت دارد؟

فصل نهم: مسمومیت های حاملگی

اهداف آموزشی

- پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:
- ۱- مسمومیت بارداری یا پره اکلامپسی را تعریف کنید.
 - ۲- اکلامپسی را تعریف کنید.

- ۳- مادران در معرض خطر مسمومیت بارداری را بیان کنید.
- ۴- علائم و نشانه های مسمومیت بارداری را بیان نمایید.
- ۵- خطرات مسمومیت بارداری را شرح دهید.
- ۶- تفاوت فشارخون بالا و فشارخون تدریجی را بیان نمایید.
- ۷- فشارخون بارداری و ارتباط آن را با مسمومیت بارداری را بیان نمایید.
- ۸- فشارخون مزمن و ارتباط آن را با مسمومیت بارداری را بیان نمایید.
- ۹- اقدامات پیشگیری در بروز مسمومیت بارداری را بیان نمایید.
- ۱۰- تدابیر درمانی در هنگام بروز مسمومیت بارداری را بیان کنید.

مسمومیت های حاملگی

اختلالات فشارخون در ۵ تا ۱۰ درصد از همه حاملگی ها اتفاق می افتد و همراه با خونریزی و عفونت سهم عمده ای در مرگ و میر مادری دارد.

در بین اختلالات فشارخون، سندرم پره اکلامپسی (مسمومیت حاملگی) چه به تنهایی و چه به صورت افزوده شده بر فشارخون مزمن، خطرناک ترین حالت میباشد. پره اکلامپسی در ۹/۳ درصد از کل حاملگیها تشخیص داده میشود.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) مرگ و میر مادران را در سراسر جهان بررسی کرده است و در کشورهای توسعه یافته، ۱۶ درصد مرگ و میر مادران ناشی از فشار خون بالا بوده است.

مادران مبتلا به پره اکلامپسی در معرض خطر بیشتری از نظر عوارض مادری و جنینی هستند و باید تحت مراقبتهای ویژه بارداری قرار گیرند. بر اساس مطالعات انجام شده، نیمی از مرگ و میرهای مرتبط با فشارخون قابل پیشگیری بوده اند.

پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری)

پره اکلامپسی عبارت است از: فشار خون بالا همراه با وجود پروتئین در ادرار یا فشارخون بالا همراه با ورم اندامها (ورم دستها و صورت یا تمام بدن) ، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته) ، سردرد و تاری دید



اکلامپسی

اکلامپسی (فشار خون بالا +

اگر علائم پره

پروتئین در ادرار) همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند.

تشنج ها ممکن است قبل، حین و یا بعد لیبر اتفاق بیافتد.

عوامل خطر پره اکلامپسی

- چاقی
- چند قلویی
- بارداری اول
- زنان جوان (زیر ۱۸ سال)

- زنان مسن تر (بالای ۳۵ سال)
- زنان با سابقه پره اکلامسی در بارداری قبلی

علائم و نشانه‌ها مسمومیت بارداری

علائم اصلی: فشارخون بالا و پروتینوری

علائم زیر می‌تواند به دلیل پره اکلامپسی ایجاد شود:

سر درد شدید ، تاری دید ، مشکلات بینایی ، ورم ناگهانی در صورت و دست ، درد اپی گاستر



خطرات مادری مسمومیت بارداری

- سکتة مغزی
- درست عمل نکردن کلیه
- خوب عمل نکردن کبد
- مشکلات انعقاد
- تجمع مایع در ریه
- تشنج

خطرات مسمومیت بارداری برای جنین و جفت

- اختلال خون رسانی جفت
- پارگی جفت
- الیگوهیدرآمنیوس (کاهش مایع آمنیوتیک)
- IUGR (محدودیت رشد جنین داخل رحم)
- دیسترس جنینی (زجر جنینی)
- مرگ جنینی

فشارخون بالا

فشارخون به طور تجربی هنگامی تشخیص داده میشود که فشارخون سیستولی ۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون دیاستولی ۹۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر باشد. در زمان تشخیص فشارخون بالا اقدام لازم: ارجاع فوری

افزایش فشارخون تدریجی

در مواردی که میزان فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر نیست، میزان فشارخون اندازه‌گیری شده با میزان فشارخون اولیه مقایسه می‌شود. با وجود این ، زنان با افزایش فشارخون سیستولیک به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا

فشارخون دیاستولیک به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه از حد پایه، نیازمند نظارت و بررسی دقیق تر می باشند. زیرا تشنجهای اکلامپسی در بعضی از این موارد وجود دارد.

در زمان تشخیص فشارخون تدریجی اقدام : آموزش وارجاع غیر فوری

فشارخون بارداری

تشخیص فشارخون بارداری در زنان باردار زمانی است که فشارخون آنها برای اولین بار در طی بارداری و بعد هفته ۲۰ حاملگی به ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر رسیده است، اما در آنها پروتئینوری (وجود پروتئین در ادرار) شناسایی نشده است.

تقریباً در نیمی از این زنان پس از تشخیص فشارخون بارداری، سندرم پره اکلامپسی ایجاد میشود که شامل یافته هایی از جمله سردرد یا درد اپیگاستر (درد در ناحیه سمت راست فوقانی شکم) پروتئینوری (وجود پروتئین در ادرار) هست. افزایش قابل توجه فشارخون در غیاب تشخیص پروتئینوری نیز برای مادر و جنین خطرناک است. زیرا ۱۰ درصد تشنجات اکلامپتیک قبل از اینکه پروتئینوری آشکار شود، میتواند رخ دهد.

در نهایت، اگر علائم پره اکلامپسی در بارداری رخ ندهد فشارخون تا هفته ۱۲ بعد زایمان به حالت طبیعی بازگردد، فشارخون حاملگی به عنوان فشارخون گذرا در نظر گرفته میشود.

فشارخون مزمن

- فشارخون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه قبل بارداری
- فشارخون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر قبل هفته ۲۰ بارداری و پایدار تا ۱۲ هفته بعد زایمان
- وجود هر دو حالت فوق با هم نیز به عنوان فشارخون مزمن در نظر گرفته میشود.

پره اکلامپسی افزوده شده بر فشار خون مزمن

تمام اختلالات فشارخون مزمن، مستعد افزوده شدن پره اکلامپسی یا اکلامپسی هستند. محدودیت رشد جنین در پره اکلامپسی افزوده شده بر فشار خون مزمن، بیشتر رخ میدهد.

پیشگیری

برای پیشگیری از ابتلا به پره اکلامپسی می توانید موارد زیر را جدی تر بگیرید:

- کاهش وزن برای باردار شدن
- رژیم غذایی صحیح و سالم
- انجام آزمایش های بارداری
- اهمیت به مراقبت های بارداری

فشارخون در بارداری (اکلامپسی پره اکلامپسی)

قبل از بارداری	۲۰ هفته اول	۲۰ هفته دوم	بعد از زایمان	
-	-	+	-	فشارخون گذرا
-	-	+ با پروتئینوری	-	پره اکلامپسی

-	+ با پروتیینوری +تشنج	-	-	اکلامپسی
+	+	+	+	فشار خون مزمن
+	+ با پروتیینوری	+	+	فشارخون مزمن همراه پره اکلامپسی

تدابیر درمانی

- اگر پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری) مورد شک باشد ویزیت های مراقبت با دفعات بیشتری انجام می شوند .
- اهداف درمانی در تمام حاملگی های همراه با پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری) به شرح زیر هستند :
- ۱- خاتمه دادن به حاملگی با حداقل ترومای مادر و جنین
 - ۲- به دنیا آمدن نوزادی که بعدا قادر به رشد و ادامه حیات باشد
 - ۳- برگرداندن سلامت کامل به مادر
- اقدام اصلی در پره اکلامپسی ختم بارداری است.

پرسش و تمرین
۱- پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری) را تعریف کنید. ۲- خطرات مسمومیت بارداری برای جنین و جفت را بیان کنید. ۳- عوامل زمینه ساز پره اکلامپسی را نام ببرید. ۴- تدابیر پیشگیری از ابتلا به پره اکلامپسی را نام ببرید ۵- تفاوت فشارخون بالا با فشار خون تدریجی را بیان کنید.

فصل دهم : زایمان و دوران پس از زایمان

اهداف آموزشی
پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید: ۱- زایمان را بطور صحیح تعریف نمایید. ۲- علائم زایمان را توضیح دهید. ۳- دردهای واقعی و دردهای کاذب زایمان را از هم افتراق دهید.

- ۴- قرار، حالت، نمایش و وضعیت جنین را توضیح دهید.
- ۵- انواع نمایش جنین و وضعیت های مختلف نمایش سر جنین را با استفاده از مولاژ نمایش دهید .
- ۶- استخوان های سر جنین را با استفاده از مولاژ بطور صحیح نمایش دهید.
- ۷- در رابطه با حرکات جنین در لیبر براساس متن آموزشی بطور کامل توضیح دهید.
- ۸- مراحل زایمان را به ترتیب و براساس متن آموزشی بیان کنید.
- ۹- نحوه کنترل انقباضات رحمی را در مرحله اول بطور دقیق شرح دهید .
- ۱۰-آمادگی های مورد نیاز برای انجام زایمان را در مرحله دوم زایمان توضیح دهید.
- ۱۱-مراقبت های معمول زایمان را در مرحله دوم زایمان انجام دهید.
- ۱۲-مراقبت های معمول زایمان را در مرحله سوم زایمان انجام دهید.
- ۱۳-علائم خروج جفت را توضیح دهید.
- ۱۴- شرایط انجام زایمان در منزل را توضیح دهید.
- ۱۵- وسایل مورد نیاز برای انجام زایمان در منزل را توضیح دهید.
- ۱۶-اقدامات لازم هنگام مراجعه به منزل مادر برای زایمان در منزل را بدانید .
- ۱۷- نحوه دفن بهداشتی جفت و سوزاندن زباله های عفونی را آموزش دهید.
- ۱۸-موارد منع زایمان در منزل را توضیح دهید.
- ۱۹-مراقبت و ارزیابی مادر را در ۶ ساعت اول پس از زایمان در منزل را انجام دهید.
- ۲۰-در مورد هر یک از تغییرات بدن در دوره نفاس بطور کامل شرح دهید.
- ۲۱-مشکلات شایع پس از زایمان را بیان کنید.
- ۲۲-علائم خطر پس از زایمان را نام ببرید.
- ۲۳-در رابطه با ارزیابی نوزاد بر حسب علائم آپگار توضیح دهید .
- ۲۴-مراقبت های نوزاد را تا ۶ ساعت پس از تولد بطور کامل توضیح دهید .
- ۲۵-نوزاد را از نظر عفونت های موضعی بطور صحیح ارزیابی نمایید .
- ۲۶-نشانه های خطر نوزاد را بطور کامل توضیح دهید.
- ۲۷-موارد منع زایمان در منزل را شرح دهید.

آماده کردن منزل برای انجام زایمان

از آنجا که هر زایمان با خطر مواجه است، بنابراین زایمان در منزل توصیه نمی شود. هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود. در صورتی که دسترسی به مرکز زایمانی برای مادر میسر نیست و علی رغم تشویق بهورز، مادر تمایل به انجام زایمان در منزل دارد، شرایط انجام زایمان در منزل باید با توجه به توضیحاتی که داده می شود، فراهم گردد.

آشنایی با روش های کمک به زایمان

تعریف زایمان

به تولد نوزاد بصورت زنده یا مرده پس از شروع هفته ۲۲ زایمان می گویند. طبیعت زایمان درد است و علت اصلی درد زایمان، انقباضات رحم است که باعث باز و نرم شدن دهانه رحم می شود تا جنین بتواند از رحم به داخل مهبل (واژن) وارد و سپس از این مجرا خارج شود.

علائم زایمان

-درد : نشانه وقوع زایمان
-ترشحات چسبناک آغشته به خون (نمایش خونی) در صورتی که ۴۸ ساعت قبل ، معاینه مهبل نشده باشد
-آبریزش یا پارگی کیسه آب
لیبر : شروع دردهای زایمانی اصطلاحاً با کلمه «لیبر» تعبیر می شود. وقتی کلمه لیبر به کار می رود، به این معناست که مادر وارد مراحل زایمانی شده است.

انواع درد های زایمانی

۱. دردهای واقعی زایمان

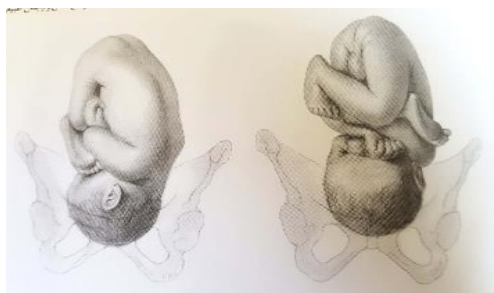
۲. دردهای کاذب زایمان

تفاوت درد های واقعی و کاذب زایمان

دردهای واقعی	دردهای کاذب
فاصله انقباض های رحم منظم است	فاصله انقباض های رحم نامنظم است
فاصله بین انقباض ها کم می شود	فاصله بین انقباض ها کم نمی شود
درد در ناحیه کمر و شکم است	درد بیشتر در پایین شکم است
شدت انقباض ها بیشتر می شود	شدت انقباض ها تغییر نمی کند
دهانه رحم متسع می شود	دهانه رحم متسع نمی شود

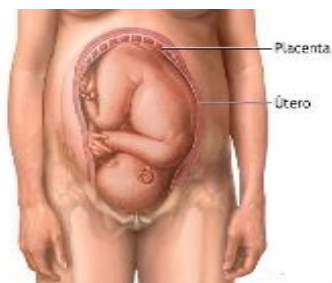
حالت یا شکل جنین

شکل تخم مرغی که جنین در هفته های آخر بارداری به خود میگیرد که متناسب و منطبق با شکل حفره رحم است . پشت حالت محدب ، سر کاملاً خم
چانه در تماس با قفسه سینه
ران ها بر روی شکم ، ساق ها در قسمت زانو خم
بازوها بصورت متقاطع روی قفسه سینه یا به موازات پهلوها



قرار

محور طولی بدن جنین را نسبت به محور طولی بدن مادر «قرار» می‌گویند. جنین می‌تواند در دو قرار «طولی» و «عرضی» در کانال زایمان باشد. در قرار طولی، محور طولی بدن جنین با محور طولی بدن مادر موازی است. در ۹۹ درصد زایمان‌ها، قرار جنین طولی است. سر جنین در سمت پایین و ته جنین در سمت بالا قرار دارد یا بالعکس.



قرار طولی در نمایش سر

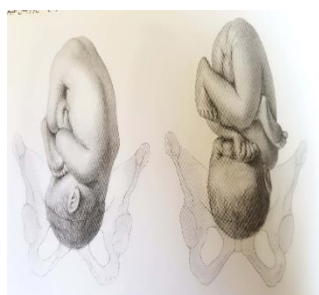
قرار طولی در نمایش ته

در قرار عرضی، محور طولی بدن جنین بر محور طولی بدن مادر عمود است. سر جنین در یک پهلو و ته جنین در پهلو دیگر قرار گرفته است.



نمایش جنین

بخشی از بدن جنین را که در مجرای زایمان جلوتر از بخش‌های دیگر قرار دارد یا نسبت به سایر قسمت‌های بدن به مجرای زایمان نزدیک‌تر است «عضو نمایش» گویند. عضو نمایش را می‌توان در معاینه مهبل تشخیص داد و در واقع نشان دهنده «نمایش» جنین است.



نمایش سر (سفالیک)



نمایش ته (بریچ)



نمایش شانه

انواع نمایش جنین

نمایش سر (سفالیک): در حالت یا شکل طبیعی جنین، سر کاملاً بر روی قفسه سینه خم شده است. در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبل می شود، پس سر است که «نمایش اکسی پوت» نامیده می شود. اگر سر جنین از حالت خمیدگی طبیعی خارج شود، می تواند نمایش های مختلفی را ایجاد کند. به طوری که اگر سر کاملاً به سمت پشت بدن برگردد به طوری که ملاج پس سری در تماس با پشت بدن قرار گیرد، عضو نمایش صورت خواهد بود. برحسب میزان برگشتن سر به سمت پشت، ممکن است نمایش ابرو و پیشانی نیز ایجاد شود که معمولاً پایدار نبوده و به یکی از دو نمایش پس سر یا صورت تبدیل می شود.



نمایش سفالیک (اکسی پوت)

نمایش پیشانی

نمایش ابرو

نمایش صورت

نمایش بریج : عضو نمایشی که در معاینه مهبل می شود، ته جنین می باشد.

انواع نمایش بریج :

۱. بریج کامل
۲. بریج ناکامل
۳. بریج فرانک



وضعیت ته فرانک

وضعیت بریج کامل

وضعیت بریج ناکامل

ساختمان سر جنین

آگاهی مختصر از ساختمان سر جنین برای تشخیص نمایش سفالیک و وضعیت آن ضروری است.



- دو استخوان پیشانی

- دو استخوان گیجگاهی در طرفین

- دو استخوان آهیانه در بالا

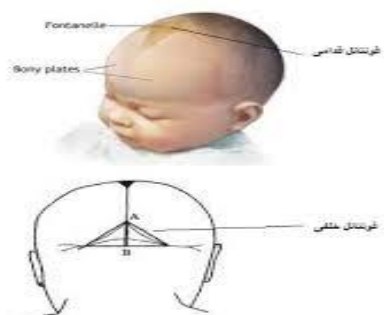
- یک استخوان پس سری در عقب

محل اتصال این استخوان ها : شیار یا درز

انواع ملاج

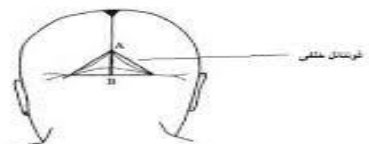
۱- ملاج قدامی (بزرگ) :

درمحل اتصال دو استخوان آهیانه و پیشانی
لوزی شکل

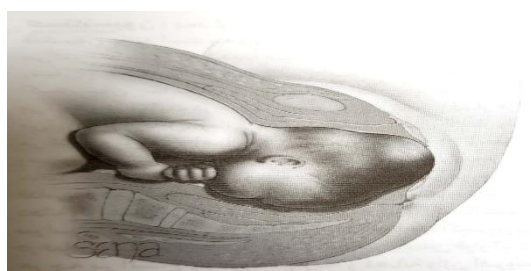


۲- ملاج خلفی (کوچک) :

درمحل اتصال دو استخوان آهیانه و پس سر
مثلثی شکل

تغییرات شکل سر جنین

شکل سر جنین در نمایش سر در اثر فشارهای وارده تغییر می‌کند. ممکن است در زایمان طولانی و قبل از باز شدن کامل دهانه رحم، قسمتی از سر جنین که درست روی دهانه رحم قرار دارد متورم شود.



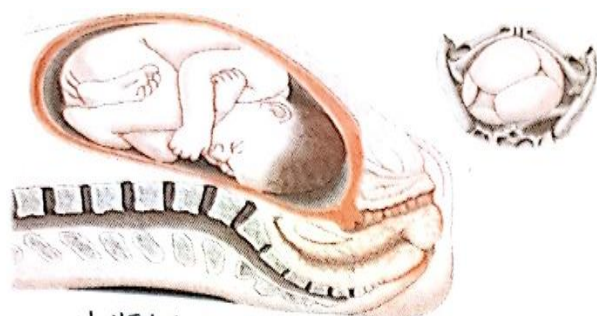
در حالت دیگری از تغییر شکل سر جنین، استخوان‌های سر روی هم قرار می‌گیرند.

حرکات جنین در لیبر

با توجه به ابعاد نسبتاً بزرگ سر جنین رسیده (ترم)، جنین باید برای عبور از کانال زایمانی که شکل یکنواختی ندارد در وضعیت خود تغییراتی بدهد. این تغییرات را حرکات اصلی لیبر می‌گویند.

. حرکات لیبر با عبور بزرگ‌ترین قطر عرضی سر جنین از دهانه ورودی لگن شروع می‌شود که به این حالت «آنگاژمان» می‌گویند. پایین آمدن یا نزول سر جنین نیز که از حرکات اصلی لیبر محسوب می‌شود همزمان با آنگاژمان شروع و تا مرحله پایانی زایمان که منجر به خروج جنین می‌شود، ادامه دارد.

در مسیر حرکت جنین به سمت دهانه مهبل برای تطابق با کانال زایمانی، چرخش‌هایی نیز در سر وجود می‌آید. آخرین چرخش سر جنین، پس از خروج سر از کانال زایمانی اتفاق می‌افتد. در این چرخش، سر جنین به وضعیت اولیه خود برمی‌گردد. در این حالت است که شانه‌ها پدیدار شده و با زایمان شانه‌ها سایر قسمت‌های بدن به سرعت خارج می‌شود.



۱- شناور بودن سر، پیش از انگاژمان



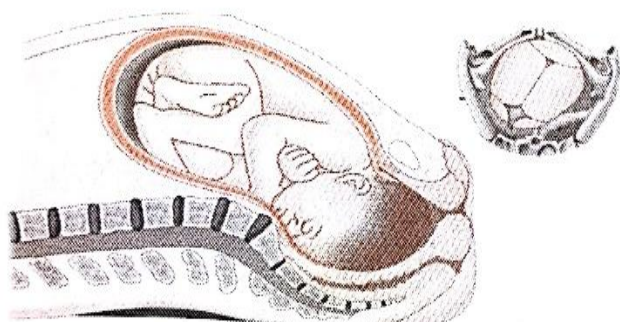
۵- اکستانسیون کامل



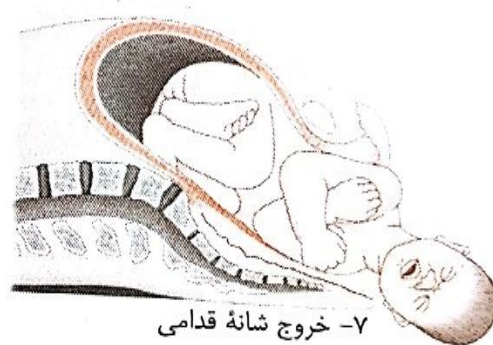
۲- انگاژمان، نزول، فلکسیون



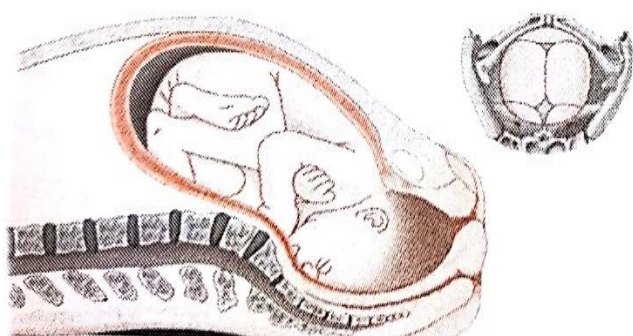
۶- Restitution (چرخش خارجی)



۳- نزول بیشتر، چرخش داخلی



۷- خروج شانه قدامی



۴- چرخش کامل، شروع اکستانسیون



۸- خروج شانه خلفی

تشخیص نمایش، قرار و وضعیت جنین

برای تشخیص نمایش و قرار و وضعیت جنین می توان از چند روش شامل معاینه شکم (مانورهای لئوپولد)، معاینه مهبل، شنیدن صدای قلب جنین استفاده کرد. روش های تشخیصی دیگری نیز مانند سونوگرافی و ... وجود دارد که در حیطه وظایف بهورز نیست.

۱- معاینه شکم: معاینه شکم با کمک چهار مانور لئوپولد انجام می گیرد.. مادر باید قبل از معاینه، ادرار کند. اجرای این مانورها ممکن است در مادران چاق دشوار باشد.

در هفته های آخر و طی مراحل زایمانی می توان معاینه شکم را انجام داد. با انجام معاینه شکم، می توان اطلاعاتی از نمایش و قرار جنین و میزان پایین آمدن عضو نمایش در کانال زایمانی به دست آورد. با کسب تجربه بیشتر می توان اندازه جنین را نیز تخمین زد.

۲- معاینه مهبل (واژینال): تلاش برای تشخیص موقعیت جنین قبل از لیبر (شروع دردهای زایمانی) بی نتیجه است، زیرا نمی توان عضو نمایش را از راه دهانه رحم بسته لمس کرد. با شروع لیبر و پس از دیلاتاسیون دهانه رحم می توان با معاینه مهبل به شرح زیر اطلاعات قابل قبولی را از موقعیت جنین و وضعیت پیشرفت زایمان به دست آورد:

پس از قرار دادن مادر در وضعیت مناسب و پوشیدن دستکش، با دو انگشت شست و اشاره یک دست لب ها را کاملاً از هم باز کرده تا دهانه واژن دیده شود. سپس با انگشتان اشاره و میانی دست دیگر وارد مهبل شده و تا عضو نمایش بالا برده می شود. در هنگام معاینه باید از تماس با مقعد جلوگیری شود.

میزان افسمان (نرم شدن دهانه رحم)، دیلاتاسیون (باز شدن دهانه رحم)، عضو نمایش، قرار و ایستگاه (محل قرار گرفتن سر جنین هنگام پایین آمدن در کانال زایمانی) مشخص می شود. در حالت آنگاژمان، ایستگاه سر جنین صفر است. اگر نمایش سر باشد، انگشتان به سمت عقب مهبل هدایت می شود و از روی سر جنین به طرف استخوان عانه با حرکتی شبیه جارو کشیده می شود. انگشتان در این مسیر می تواند ملاح ها را لمس کند معمولاً. در نمایش سر، انگشتان جسم سخت و منظمی را لمس می کند.

پس از تشخیص ملاح پس سری، جایگاه یا میزان نزول سر در داخل لگن را باید تشخیص داد.

در انجام معاینه مهبل باید به نکات زیر توجه شود:

-در صورت وجود خونریزی و وجود ضایعات پوستی ناحیه تناسلی (ضایعات تبخالی شکل) معاینه واژینال انجام نشود.
-قبل از معاینه، مادر ادرار کند؛

-معاینه در خلوت انجام گیرد؛

-مادر در محل مناسبی به پشت بخوابد و زانوهای با فاصله کمی از هم به صورت خمیده قرار گیرد؛

-پوشش مادر رعایت شود؛

-قبل از معاینه دست ها شسته شده و دستکش پوشیده شود؛

-قبل از معاینه، ناحیه تناسلی با محلول ضدعفونی ساو لن شستشو داده شود؛

-در موارد پارگی کیسه آب، معاینه در شرایط استریل (پوشیدن دستکش استریل و شستشوی ناحیه تناسلی با ساو لن) انجام گیرد؛

-در صورت ثابت نبودن سر داخل لگن و پاره شدن کیسه آب هنگام معاینه، باید مطمئن شد که بندناف جلو نیفتاده باشد؛

- اگر سر جنین به طور غیر طبیعی مولدینگ و یا ادم داشته باشد، باید در تعیین ایستگاه سر جنین دقت کافی شود زیرا ممکن است به نظر برسد که سر در ایستگاه صفر قرار دارد در حالی که آنگاژمان صورت نگرفته است؛

- چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه بینی مادر در هفته های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سر راهی می باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید.

۳- بررسی لگن: همزمان با تشخیص موقعیت جنین در کانال زایمانی، لازم است وضعیت لگن نیز بررسی شود. در بررسی به موارد زیر باید توجه کرد:

- قوس استخوان عانه گرد و پهن باشد؛
- خارهای ایسکیال برجسته نباشد؛
- بافت های نرم ناحیه پرینه سفت و غیر قابل کشش نباشد؛
- توده یا ناهنجاری در کانال زایمانی وجود نداشته باشد.

۴- شنیدن صدای قلب جنین: شنیدن صدای قلب جنین می تواند نتیجه معاینه شکم را تقویت کند معمولاً صدای قلب جنین از قسمت محدب (رجوع شود به مبحث حالت یا شکل جنین) که در تماس نزدیک با دیواره رحم است، منتقل می شود. بنابراین صدای قلب در نمایش سر در قسمت میانی بین ناف مادر و در نمایش ته در حد ناف یا اندکی بالاتر به گوش می رسد. در قرار عرضی صدای قلب جنین بیشتر در پهلوها شنیده می شود. برای این که صدای قلب جنین با صدای قلب مادر اشتباه نشود، همزمان با شمارش تعداد ضربان قلب، نبض مادر نیز شمرده می شود. تعداد ضربان قلب جنین بطور طبیعی بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

مراحل زایمان

درد زایمان بعثت انقباض عضلات رحم ایجاد می شود. بنابراین با وقوع انقباضات واقعی رحم، مراحل زایمان آغاز می شود.

مرحله اول: از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز شدن کامل دهانه رحم

مرحله دوم: از باز شدن کامل دهانه رحم تا خروج کامل جنین

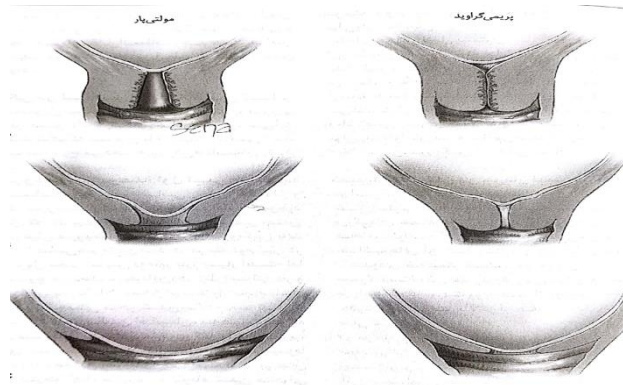
مرحله سوم: از خروج کامل جنین تا خروج کامل جفت

مرحله چهارم: از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از زایمان

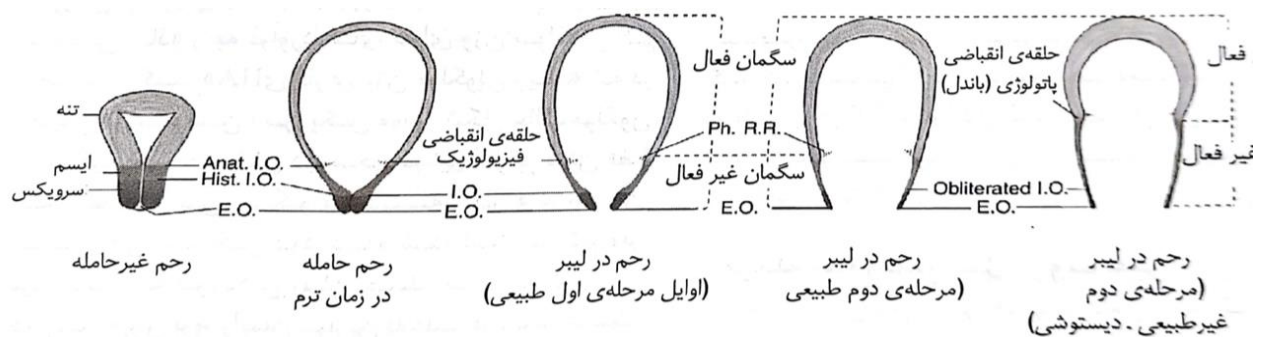
مرحله اول زایمان: که با شروع درد های زایمانی و باز شدن دهانه رحم شروع میشود دردناکترین و مهمترین مرحله زایمان است که حمایت روحی و روانی مادر در این مرحله ی زایمان در پیشرفت زایمان موثر است. ضمناً منحرف کردن فکر، تن آرامی و تجسم و تمرکز، کمک زیادی به کاهش درد مادر میکند. رحم از دو قسمت «جسم» و «دهانه» تشکیل شده است.

جسم رحم، دو قسمت بالایی و پایینی دارد که به طور متفاوت در هنگام زایمان عمل می کند.

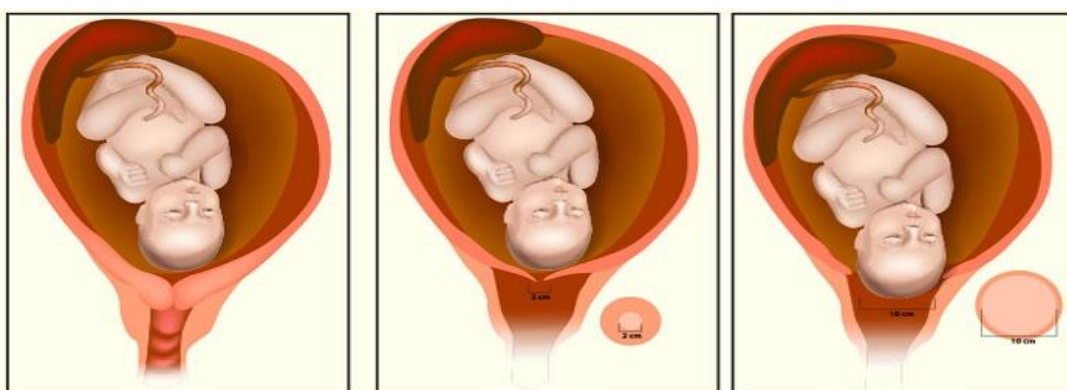
در اثر انقباض رحم، قسمت بالایی سفت و سخت می شود و نیروی زیادی را برای پایین راندن جنین ایجاد می کند. به طور همزمان، قسمت پایینی شل و نرم و گشاد شده و یک لوله عضلانی بسیار وسیع با دیواره نازک را تشکیل می دهد که جنین می تواند از این لوله خارج شود.



به طور طبیعی مرز میان این دو قسمت مانند یک حلقه در سطح داخلی رحم مشخص می‌شود. در مواردی که وضعیت انقباضات غیرطبیعی باشد، این حلقه برجسته‌تر می‌شود و برحسب شدت آن ممکن است منجر به پارگی رحم شود.



با پایین آمدن جنین در رحم، فشار عضو نمایش جنین که معمولاً سر جنین است باعث باز شدن و نرم شدن دهانه رحم می‌شود. به باز شدن دهانه رحم «دیلاتاسیون» و به نرم شدن آن «افاسمان» می‌گویند.



دهانه رحم باید تا ۱۰ سانتی متر باز شود. از این رو مرحله اول زایمان از زمان باز و نرم شدن دهانه رحم تا کامل شدن آن به میزان ۱۰ سانتی متر تعریف می‌شود.

فاز فعال و فاز نهفته: مرحله اول زایمان، خود به دو مرحله یا فاز تقسیم می‌شود.

فاز نهفته از زمان شروع درد های واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم به میزان ۳ تا ۴ سانتی متر گفته می‌شود. در خانم های چندزا که پس از زایمان، دهانه رحم ممکن است به اندازه یک یا دو انگشت باز باشد (کُل مولتی پار)، اطمینان

از شروع دردهای واقعی زایمان برای تشخیص فاز نهفته به منظور جلوگیری از طولانی شدن این فاز مهم است. نکاتی که باید در این فاز در نظر گرفت عبارت است از:

- مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد و حتی راه برود؛
- خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بپاشاند؛
- به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود؛
- زمان مورد انتظار برای این فاز ۸ ساعت است و طولانی تر شدن آن نیاز به ارجاع مادر دارد؛
- به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر (طبق چارت ارزیابی اولیه زایمان در منزل) باید توجه شود؛
- صدای قلب جنین و علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود؛
- درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود؛
- انقباضات رحم هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه کنترل می شود.

فاز فعال از زمان باز شدن دهانه رحم به میزان ۳ یا ۴ سانتی متر تا باز شدن کامل آن یعنی ۱۰ سانتی متر است. نکاتی که باید در این فاز در نظر گرفت عبارت است از:

- مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد و حتی راه برود؛
- خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بپاشاند؛
- به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود؛
- در صورت پارگی کیسه آب، معاینه مهبل در فواصل زمانی کوتاه توصیه نمی شود؛
- به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر (طبق چارت ارزیابی اولیه زایمان در منزل) باید توجه شود؛
- علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود.
- درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود؛
- انقباضات رحم هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه کنترل می شود؛
- صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه شنیده می شود. شمارش تعداد ضربان قلب جنین باید در انتهای هر انقباض و بلافاصله پس از آن ارزیابی شود.

آماده کردن اولیه مادر و محل زایمان

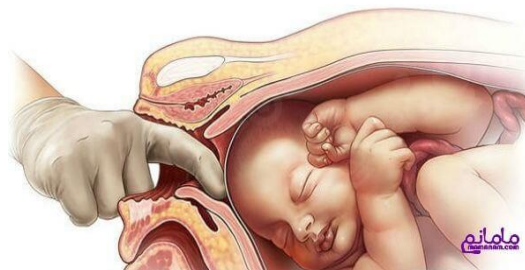
- **آماده کردن اولیه مادر:**
 - کوتاه کردن موهای پرینه (در صورت نیاز)،
 - تعویض لباس،
 - ممانعت از مصرف مواد غذایی جامد، ولی مادر می تواند مایعات شیرین بپاشاند؛
 - توصیه به مادر برای ادرار کردن هر ۲ ساعت (تخلیه مثانه)،
 - توصیه به مادر برای قرار گرفتن در وضعیت راحت و آماده کردن مادر از نظر روحی و روانی برای زایمان
- **آماده کردن محل زایمان:**
 - تنظیم درجه حرارت محل زایمان به میزان ۲۵-۲۸ درجه سانتی گراد،
 - در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان

وضعیت های قرارگیری مادر در مرحله اول زایمان



کنترل پیشرفت زایمان :

با انجام معاینه مهبل، میزان باز و نرم شدن دهانه رحم و نزول سر جنین را بررسی کنید.
نکته: چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه‌بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه‌بینی مادر در هفته‌های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سرراهی باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید و مادر را ارجاع دهید.



بررسی انقباضات رحم

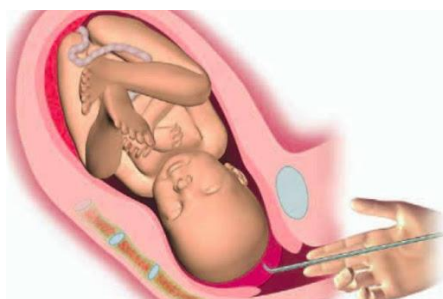
برای کنترل انقباضات رحم، باید مدت، شدت و قدرت هر انقباض و فاصله زمانی بین دو انقباض رحم را تشخیص داد. برای تعیین وضعیت انقباضات، معاینه‌کننده در حالی که کف دست خود را بدون فشار بر روی رحم قرار داده است، زمان شروع هر انقباض را معین می‌کند. با توجه به سفتی رحم، شدت انقباض اندازه‌گیری می‌شود. در اوج انقباض موثر، شست یا سایر انگشتان دست به راحتی در رحم فرو نمی‌رود. به زمان خاتمه هر انقباض نیز باید توجه کرد. مشخصات انقباض خوب در فاز فعال این است که در مدت ۱۰ دقیقه حداقل ۳ انقباض رحم وجود داشته باشد و هر انقباض به مدت ۴۵ ثانیه طول بکشد.

بررسی وضعیت کیسه آب

معمولاً کیسه آب در مراحل اولیه زایمان سالم می‌باشد. بنابراین با توجه به پاسخ مادر در مورد پارگی یا سلامت کیسه آب، وضعیت آن را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، به شفاف بودن مایع آمنیوتیک و همچنین به مدت زمان پارگی توجه کنید.

نکته: در صورت وقوع پارگی حین معاینه، به احتمال جلو افتادن بند ناف و همچنین رنگ مایع و یا وجود خون در مایع آمنیوتیک توجه کنید.

پاره کردن مصنوعی کیسه آب (آمنیوتومی): در فاز فعال زایمانی، در صورتی که هنوز کیسه آب سالم بوده و سر جنین کاملاً در داخل لگن ثابت (فیکس) است، می‌توان برای تسریع زایمان کیسه آب را پاره کرد. برای این کار ابتدا صدای قلب جنین را گوش کرده و سپس مادر در وضعیت خوابیده به پشت (وضعیت معاینه) قرار داده می‌شود. با رعایت شرایط استریل، دستکش استریل پوشیده و با سر سوزن بر روی قسمتی از کیسه آب که بر روی سر جنین برجسته شده (کیسه آب بمبه) خراش کوچکی داده می‌شود. در این حالت کیسه آب پاره می‌شود. پس از پایان کار، مجدداً صدای قلب جنین شنیده می‌شود.

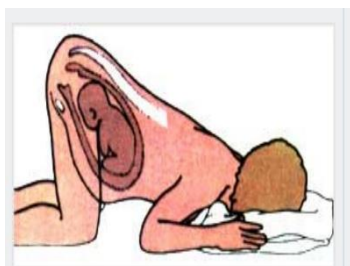


پرولاپس بند ناف: گاهی هنگام معاینه واژینال، کیسه آب پاره می‌شود. در این حالت اگر سر جنین در لگن ثابت نباشد ممکن است بندناف جلوتر از سر جنین خارج شود. در صورتی که به موقع و به درستی با این عارضه برخورد نشود، منجر به مرگ جنین می‌شود.

جلو افتادن بند ناف به دو شکل صورت می‌گیرد: مخفی و آشکار. در مخفی بند ناف مشاهده نمی‌شود و بند ناف بین نمای جنین و لگن قرار می‌گیرد. در آشکار بند ناف کامل از واژن خارج می‌شود.



پرولاپس یا سقوط بندناف



اقدام در پرولاپس بند ناف :

- در بروز این مشکل از خالی کردن مثانه خودداری شود.
- قرار دادن مادر در وضعیت سجده
- ارجاع فوری مادر باردار

با شروع مرحله دوم زایمان، لازم است ولو و پرینه از بالا به پایین شستشو داده شود. چین‌های ولو به دقت باید تمیز شود. اگر گاز شستشو از روی ناحیه مقعد عبور کرد، باید آن را تعویض کرد.

عوامل مهم تاثیرگذار در روند پیشرفت زایمان

- ترس از درد زایمان
 - خستگی
 - اضطراب
 - نوع تغذیه (خوردن میوه‌هایی مثل موز، کیوی، نارنگی و خرما در پیشرفت زایمان موثر است.)
 - کم شدن آب بدن (بنابراین تا جایی که امکان دارد مادر هیدراته شود.)
- بنابراین باید به وضعیت روحی و روانی مادر نیز توجه کرده و در هر مرحله اطمینان او را جلب نمود.

مرحله دوم زایمان

مرحله دوم زایمان با باز شدن کامل دهانه رحم شروع می‌شود و با خروج کامل جنین خاتمه می‌یابد. بنابراین در این مرحله سر جنین باید کاملاً مسیر کانال زایمانی را به سمت دهانه مهبل برای خروج سیر کند. هرگونه وقفه یا مانعی در این مسیر می‌تواند منجر به مرگ جنین شود. با نزدیک شدن سر جنین به انتهای مهبل، فشار زیادی بر اعصاب این ناحیه وارد می‌شود، بنابراین مادر دردهای بیشتری را تجربه می‌کند. راهنمایی مادر برای تنفس صحیح در بین انقباضات و زور زدن (مانند اجابت مزاج) همزمان با شروع انقباضات به خروج جنین و جلوگیری از خستگی مادر کمک می‌کند.

آمادگی برای زایمان در مرحله دوم زایمان: (مادر، عامل زایمان، وسایل زایمان):

- قراردادن مادر در وضعیت مناسب نیمه نشسته مانند چمباتمه و.....
- آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان
- شستشوی پرینه و ولو
- پوشاندن مادر با شانه‌های استریل
- عامل زایمان به مدت ۳ دقیقه دست‌ها را بشوید.
- پوشیدن وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، پیش بند، عینک و چکمه) توسط عامل زایمان
- در دسترس قرار دادن وسایل زایمان

همکاری مادر در مرحله دوم زایمان:

- به مادر باید آموزش داد که به محض شروع یک انقباض، یک نفس عمیق بکشد و در حالی که نفس خود را نگه داشته است مانند هنگام دفع مدفوع، به پایین فشار آورد.
 - بهتر است پاهای مادر در وضعیت نیمه خمیده قرار گیرد تا بتواند به زور زدن کمک کند.
 - پس از پایان انقباض، مادر باید استراحت کند.
 - حالت چمباتمه می‌تواند به کوتاه کردن این مرحله کمک کند.
- به طور طبیعی کیسه آب در مرحله دوم پاره می‌شود. در هنگام پارگی کیسه آب باید به رنگ آن از نظر وجود خون و آغشته بودن به مکونیوم (مدفوع سبز تیره نوزاد) دقت شود.
- پایین آمدن سر جنین در پشت ناحیه پرینه منجر به کشیده شدن و برجسته شدن آن شده به طوری که پوست این ناحیه شفاف و براق می‌شود. در این زمان سر جنین از دهانه مهبل قابل دیدن است.

مهم‌ترین کار در این مرحله، کمک به خروج سر جنین است. که با قراردادن یک دست بر روی قسمت ناحیه پایینی پرینه و کشیدن به سمت عقب برای وارد کردن فشار رو به بالا به طرف چانه جنین و با گذاشتن دست دیگر در قسمت بالای پرینه و حمایت سر جنین جهت خروج ملایم سر بدون آن که منجر به پارگی پرینه شود، کمک می‌کند.



پس از خروج، به

طبیعی سر جنین

به طور

سمت راست یا چپ به دنبال چرخشی که از ابتدا در داخل لگن مادر داشته است، چرخش پیدا می‌کند. بنابراین بلافاصله پس از خروج سر و تا زمان چرخش نوزاد با پوار باید تمیز شود.



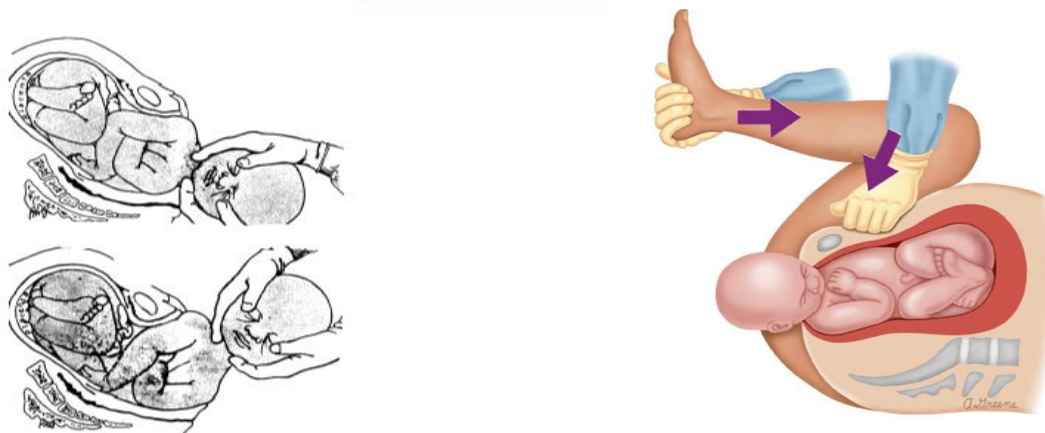
کنترل بند ناف دور گردن : چنانچه هنگام خروج سر جنین، بند ناف به دور گردن پیچیده شده است، ابتدا باید به آرامی بند ناف را از روی سر لغزاند تا از روی سر بگذرد. اگر این کار به آسانی انجام نمی‌شود، دو نقطه از بند ناف را باید با دو پنس گرفته و بین این دو نقطه را با قیچی قطع کرد تا بند ناف آزاد گردد.



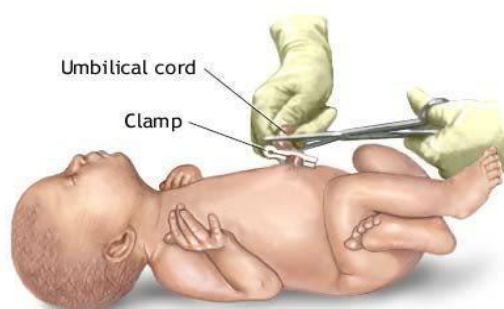
مانور جهت خروج شانه های جنین : با قرار دادن دست‌ها در دو طرف سرو گردن و کشش ملایم به سمت پایین، شانه قدامی خارج می‌شود و بلافاصله با بالا آوردن مختصر سر و گردن، شانه خلفی آزاد و خارج می‌شود.

مانور جهت عدم خروج شانه های جنین :

تعریف : عدم خارج شدن شانه ها پس از گذشت ۶۰ ثانیه از خروج سر نوزاد
راهکار ها در صورت عدم خروج شانه ها : خم کردن پاهای مادر بر روی شکم و وارد کردن فشار متوسطی روی پرینه توسط نیروی کمکی ، همزمان با پایین کشیدن سر
در صورت عدم خروج پرهیز از دستکاری بیشتر ،



بریدن و کلمپ زدن بند ناف : یک دقیقه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید. پس از خروج کامل بدن، دستکش را عوض کرده و با یک پنس بند ناف را به فاصله ۲ تا ۳ سانتی‌متر از سطح شکم کلامپ کرده و پنس دوم نیز در فاصله کمی از پنس اول کلامپ شود. با قیچی استریل و آغشته به بتادین، بند ناف در فاصله بین دو کلامپ قطع می‌شود. و بند ناف بریده شده باید از نظر نشت خون کنترل شود و در صورتی که خون نشت می‌کند کلامپ دیگری زده شود و نوزاد روی شکم مادر قرار داده می‌شود.



نکات مورد توجه در مرحله دوم زایمان

- مدت طبیعی برای انجام مرحله دوم زایمان ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شود؛
- مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت بصورت نیمه نشسته قرار گیرد؛
- به علائم پیشرفت زایمان و خطر توجه شود؛
- صدای قلب جنین هر ۱۵ دقیقه شنیده می‌شود؛
- فشار خون و نبض مادر هر ۱۵ دقیقه کنترل می‌شود؛
- در صورت خروج مدفوع از مقعد، با یک قطعه گاز تمیز و با دقت ناحیه مقعد تمیز شود، طوری که ناحیه تناسلی آلوده نگردد.
- در صورت نیاز، شان و دستکش تعویض شود؛
- هرگز نباید برای سرعت بخشیدن به زایمان، روی شکم مادر فشار وارد کرد. این عمل موجب پارگی رحم و حتی مرگ مادر و جنین می‌شود؛
- در صورت وجود پارگی در کانال زایمانی و خونریزی، پیش از ارجاع مادر، پد یا گاز استریل روی پارگی گذاشته و پاها به هم نزدیک شود؛
- نباید زمانی که سر جنین در کانال زایمانی قرار دارد، آن را با زور به سمت جلو و یا عقب کشید.

مرحله سوم زایمان

از زمان خروج کامل جنین تا زمان خروج کامل جفت، مرحله سوم زایمان نامیده می‌شود. مرحله سوم معمولاً بین ۱ تا ۵ دقیقه طول می‌کشد. پس از پایان مرحله دوم با اطمینان از این که قل دیگری وجود ندارد، ۱۰ واحد اکسی‌توسین به صورت عضلانی برای کنترل خونریزی و جمع شدن رحم تزریق می‌شود.

خروج جفت نیاز به زمان دارد، بنابراین تلاش برای خارج کردن جفت قبل از جدا شدن آن از دیواره رحم خطرناک است. در فاصله زمانی که برای جدا شدن جفت مورد نیاز است، باید مراقبت‌های مورد نیاز نوزاد (خشک کردن، ارزیابی و امتیازبندی آپگار و ...) را انجام داد.

نکته مهم: تزریق عضلانی اکسی‌توسین قبل از خروج کامل نوزاد و همچنین تزریق وریدی آن در هر زمانی حین زایمان و پس از زایمان ممنوع است. در صورت انجام این عمل، بهورز مسئول عواقب وخیم آن خواهد بود.

علائم جدا شدن جفت:

برای اطمینان از جدا شدن جفت، توجه به علائم جدا شدن الزامی است. این علائم عبارت است از:

- ۱- کروی شدن و سفت شدن رحم: (این نشانه اولین نشانه‌ای است که ظاهر می‌شود).
- ۲- خروج ناگهانی خون از مهبل
- ۳- بالا کشیده شدن رحم در شکم: (چون جفت جدا شده به داخل قسمت پایینی رحم و مهبل می‌افتد و حجم آن باعث می‌شود که رحم را به طرف بالا فشار دهد).
- ۴- بند ناف به مقدار بیشتری از مهبل خارج می‌شود که نشان می‌دهد جفت پایین آمده است.

مانور خروج جفت:

با مشاهده علائم جدا شدن جفت، همزمان با وارد کردن فشار بر جسم رحم، بند ناف کمی محکم‌تر نگه داشته شود. رحم با دستی که بر روی شکم قرار دارد به طرف بالا جابه‌جا می‌شود. این مانور تا زمانی که جفت به دهانه مهبل برسد تکرار می‌شود. به محض خروج جفت از دهانه مهبل، فشار دادن روی رحم متوقف و جفت به آرامی به بیرون کشیده می‌شود. باید مراقب بود تا پرده‌ها پاره نشود. در صورت پاره شدن، باید آنها را با پنس گرفته و با کشش ملایمی خارج کرد. زور زدن مادر به پایین به خروج جفت کمک می‌کند.

سپس باید از جمع بودن رحم مطمئن شد. با پایان این مرحله مهبل و ناحیه تناسلی با محلول ضدعفونی شستشو و تمیز می‌شود. کهنه یا نوار بهداشتی تمیز در ناحیه تناسلی گذاشته و مادر برای استراحت آماده می‌گردد.



نکات مورد توجه در مرحله سوم زایمان

- در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۱۰ واحد اکسی‌توسین به صورت عضلانی تزریق شود؛

- در صورتی که خونریزی شدید نباشد، مدت زمان مورد انتظار برای خروج جفت حداکثر ۳۰ دقیقه پس از خروج نوزاد است؛
 - مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد؛
 - هرگز نباید قبل از جدا شدن جفت، با کشش کنترل نشده بند ناف جفت را خارج کرد. این عمل منجر به برگشتی یا وارونگی رحم می‌شود؛
 - تا قبل از خروج کامل جفت باید دقت شود که پنس بندناف باز نشود؛
 - جفت و پرده‌ها و بند ناف را باید از نظر سالم و کامل بودن معاینه کرد؛
 - میزان طبیعی خونریزی پس از زایمان حدود ۵۰۰ میلی لیتر (معادل دو لیوان) است؛
 - کانال زایمانی باید از نظر وجود پارگی بررسی شود.
- تزریق عضلانی اکسی توسین قبل از خروج کامل نوزاد و همچنین تزریق وریدی آن در هر زمانی حین زایمان و پس از زایمان ممنوع است. در صورت انجام این عمل، بهورز مسئول عواقب وخیم آن خواهد بود.

مرحله چهارم زایمان

برخی از افراد، یک ساعت اول پس از زایمان را که ساعتی بحرانی است، به عنوان مرحله چهارم تعریف می کنند. در این مرحله احتمال خونریزی بعد از زایمان بیشتر است. کنترل مادر از نظر علائم حیاتی و میزان خونریزی و جمع بودن رحم اهمیت بسیاری دارد. مرگ بسیاری از مادران در این زمان اتفاق می افتد.

آشنایی با مراقبت های مادر بلافاصله بعد از زایمان و معاینه جفت

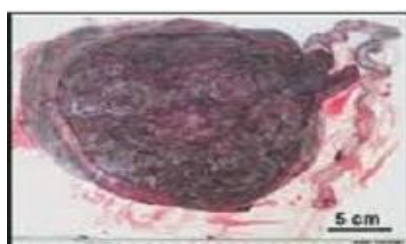
مراقبت از مادر در مرحله سوم زایمان

تزریق اکسی توسین ، بررسی علائم خروج جفت و انجام مانورهای خروج جفت که در فصل قبل توضیح داده شد . در ادامه به مباحث بررسی جفت ، پرده ها و بندناف و اطمینان از جمع بودن رحم خواهیم پرداخت.

بررسی جفت، پرده ها و بندناف : جفت از دو سطح تشکیل شده است : سطح مادری جفت ، سطحی که به دیواره رحم می چسبد . این سطح معمولاً توسط شیارهای عمیقی به قسمت های نامنظمی تقسیم شده که حاوی رگ های خونی است. برای معاینه این سطح باید به سالم بودن تمام قسمت ها توجه کرد. باقی ماندن تمام یا حتی تکه ای از آن در داخل رحم موجب خونریزی شدید و حتی مرگ مادر می شود.

سطح جنینی جفت ، سطح دیگر جفت است که به بند ناف وصل است، هر دو سطح با پرده های جنینی پوشانده می شود. لازم است پرده ها را نیز از نظر سالم بودن و نداشتن پارگی بررسی کرد. پرده ها علاوه بر پوشاندن کامل تمام جفت، بیش از یک سوم از سطح جفت نیز امتداد پیدا می کند.

همچنین در بررسی جفت باید دقت شود که انتهای رگ های خونی آزاد نباشد.

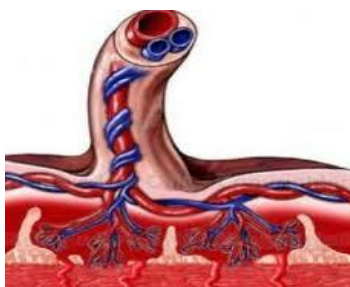


سطح مادری جفت



سطح جنینی جفت

طول بند ناف متفاوت است ولی در بند ناف، مقطع ۳ رگ (دو سرخ رگ یا شریان به شکل دایره‌های کوچک و یک سیاه رگ یا ورید به شکل دایره‌ای بزرگتر) مشخص است.



احتباس جفت : باقی ماندن کامل جفت یا تکه ای از آن در رحم را احتباس جفت می گویند. با کنده شدن بند ناف از جفت نیز احتمال احتباس جفت زیاد می باشد که خطرناک و کشنده است. در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته باشد و جفت خارج نشده باشد ارجاع فوری به مراکز درمانی لازم و ضروری است.

شل بودن رحم : در صورت شل شدن رحم اقدامات زیر صورت گیرد:

- تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین عضلانی در عضله باسن
- خالی کردن مثانه با سوند
- گذاردن کیسه یخ روی شکم مادر
- ماساژ خارجی رحم برای کنترل خونریزی

ماساژ خارجی رحم برای کنترل خونریزی :

یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن قسمت تحتانی رحم قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی ناحیه قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل قسمت تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، رباط‌ها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این ماساژ فقط در زمانی انجام می شود که قله رحم سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد رحم می تواند موجب خسته شدن و شل شدن رحم شود.



وارونگی رحم : بیرون آمدن رحم از واژن پس از تولد نوزاد (قبل یا بعد از خروج جفت)

وارونگی رحم که به دلیل چسبندگی جفت ایجاد می شود و بدنبال کشش نامناسب بند ناف در زمان زایمان جفت و برگشت رحم از ناحیه فوندوس به واژن صورت می گیرد بسیار نادر است اما در صورت بروز بدنبال خونریزی ایجاد شده ، باعث مرگ مادر می شود بنابراین در این زمان تا قبل از رساندن مادر به مرکز درمانی مجهز باید با پوشیدن دستکش استریل و شل کردن رحم آن را به داخل واژن و سمت بالا هدایت کرده و مادر اعزام شود.

مراقبت از مادر در مرحله چهارم زایمان

بررسی حال عمومی مادر : وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.

کنترل علائم حیاتی : بلافاصله پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه یکبار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان اندازه گیری کنید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی : رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت اول بررسی کنید.

به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد و میزان خونریزی از آن بتدریج کاهش می یابد.

نکته: میزان خونریزی در این مرحله در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

خونریزی پس از زایمان : یکی از مهمترین و شایع ترین عوارض پس از زایمان، خونریزی است. خونریزی پس از زایمان عبارت است از خروج خون از کانال زایمانی به میزان بیش از ۵۰۰ میلی لیتر پس از زایمان. این عارضه عمدتاً به علت خروج ناکامل جفت (خارج نشدن کامل جفت و یا باقی ماندن تکه هایی از جفت و حتی پرده ها) ایجاد می شود. در این حالت رحم نمی تواند منقبض شود و یا عبارتی شل است. بنابراین رعایت تمام نکاتی که برای خروج جفت اشاره شد، ضروری است.

سایر عللی که می تواند منجر به خونریزی پس از زایمان شود، شلی رحمی، پارگی مجرای زایمان و اختلالات انعقادی است.

ماساژ خارجی رحم برای کنترل خونریزی : در مرحله قبل توضیح داده شد.

بررسی کانال زایمان : دستگاه تناسلی - ادراری را از نظر پارگی ها بررسی کنید.

نکته: پرینه را از نظر وجودهماتوم (توده ای که از جمع شدن خون به وجود می آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان، بررسی کنید.

مراقبت های مادر ۶ ساعت پس از زایمان

کنترل مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان (از مرحله چهارم تا زمان ترک منزل) :

آموزش علائم خطر و مراقبت های بهداشتی:

به مادر در مورد علائم خطر مادر و نوزاد، اصول صحیح شیردهی، مشکلات آن، بهداشت فردی و روان، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت های پس از زایمان آموزش دهید.

بررسی حال عمومی و کنترل علائم حیاتی

وضعیت مادر از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید.

فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت دوم، هر ۳۰ دقیقه و سپس از ساعت سوم، تا زمان ترک منزل مادر هر یک ساعت یک بار اندازه گیری کنید.

درجه حرارت بدن مادر را در ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه گیری کنید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی

رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. میزان خونریزی را در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم به بعد تا زمان ترک منزل مادر هر یک ساعت بررسی کنید. وضعیت پرینه را در ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر از نظر وجودهماتوم بررسی کنید.

هماتوم

نکته : درد زیاد پرینه در ۲۴ ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

- **معیارهای تشخیص هماتوم :**

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه
- ادم غیر قرینه پرینه
- افزایش سفتی پوست پرینه
- احساس فشار به رکتوم
- کبودی محل درد

بررسی وضعیت دفع ادرار

احتمال آسیب به مثانه، مجرای ادرار و همچنین ماندن ادرار در مثانه در مرحله دوم زایمان به علت فشار سر جنین به مثانه وجود دارد. مادر را در ساعات اولیه پس از زایمان به خالی کردن مثانه تشویق کنید.

نیاز به ارجاع فوری در صورت عدم خروج ادرار تا ۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی‌اختیاری ادرار

تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی

تجویز ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مگنامیک اسید جهت مصرف هنگام درد ، تجویز روزانه یک عدد قرص آهن تا سه ماه بعد از زایمان ، تجویز روزانه یک عدد کپسول مولتی ویتامین تا سه ماه بعد از زایمان

تزریق روگام

در صورتی که مادر ارهش منفی با همسر ارهش مثبت بود، جهت تزریق آمپول روگام تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان باید مادر ارجاع غیر فوری داده شود .

تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی

ملاقات اول : ۱ تا ۳ روز پس از زایمان

ملاقات دوم : ۱۰ تا ۱۵ روز پس از زایمان

ملاقات سوم : ۳۰ تا ۴۲ روز پس از زایمان

مکان : خانه بهداشت یا مراکز خدمات جامع سلامت

مصرف مواد غذایی

در صورتی که مادر طی یک ساعت اول پس از زایمان مشکلی ندارد، می تواند مایعات و مواد غذایی نیمه جامد مقوی و مغذی مصرف کند .

اقدامات لازم قبل از ترک منزل مادر ۶ ساعت پس از زایمان

- اطمینان از طبیعی بودن وضعیت مادر و نوزاد
- اطمینان از اینکه مادر ادرار کرده است.
- ارائه آموزش ها و توصیه های لازم به خصوص علائم خطر در مادر و نوزاد
- مراقبت های مادر ۶ ساعت پس از زایمان

آشنایی با مراقبت از نوزاد بلافاصله بعد از تولد**مشخصات نوزاد طبیعی**

پوست نوزاد : در روزهای اول تولد ، پوست نوزاد ممکن است قرمز، صورتی یا ارغوانی رنگ باشد. گاهی پوست

نوزاد توسط یک پوشش چرب و سفید رنگ به نام ورنیکس پوشیده می شود که از پوست محافظت می کند و با

اولین شستشو پاک می شود . که بعد از تولد نباید ورنیکس را از روی پوست بدن نوزاد پاک کنیم. پوست بدن بعضی نوزادان ، خصوصا نوزادان نارس نرم و در بعضی نوزادان خصوصا در نوزادان متولد شده پس از ۴۰ هفته بارداری پوست چروکیده همراه با پوسته ریزی می باشد که این حالت طبیعی ست و نیازی به چرب کردن ندارد. پوست نوزادان توسط موهای نرم به نام لانگو پوشیده می شود که طی یک الی دو هفته این موها از بین می روند. در برخی نوزادان مویرگهایی در بعضی از نقاط پوست مثل وسط پیشانی ، پشت گردن و روی پلک فوقانی وجود دارد که ممکن است برجسته و صورتی رنگ باشند ، که طبیعی بوده و معمولا طی سال اول زندگی بتدریج محو می شوند.

طی ۲-۳ ممکن است یکسری بثورات جلدی بصورت برجستگیهای سفید رنگ روی پوست نوزاد دیده شود که شایع بوده و در اکثر نقاط بدن به جز کف دست و پا ظاهر می شود و بتدریج طی یک هفته خود به خود از بین می روند. حس لامسه در نوزان از ابتدا وجود دارد و نوزاد نسبت به تحریکات دردناک پاسخ می دهد.

ضربان قلب : تعداد طبیعی ضربان قلب نوزاد بیشتر از تعداد طبیعی ضربان قلب بزرگسالان است. که حدود ۱۶۰-۱۱۰ ضربه در دقیقه می باشد که این تعداد در خواب کاهش می یابد و به ۸۵ ضربه در دقیقه می رسد . در هنگام گریه کردن، ضربان قلب مختصری افزایش می یابد.

تعداد تنفس : تعداد طبیعی تنفس نوزاد کتر از ۶۰ تنفس در دقیقه است که تنفس طبیعی باید بدون ناله باشد. **درجه حرارت :** درجه حرارت طبیعی بدن نوزاد ۳۶/۵ سانتیگراد است . برای اندازه گیری درجه حرارت نوزاد باید از دماسنج زیر بغلی به مدت ۵ دقیقه استفاده شود که در حالت طبیعی این دمای زیر بغل بین ۳۶-۳۷ سانتی گراد می باشد.

اقدامات لازم برای نوزاد در مرحله دوم زایمان

- ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** در حال خشک کردن نوزاد، او را از نظر تنفس خوب و بدون ناله ارزیابی کنید.
- خشک کردن بدن نوزاد:** نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شانهای خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شانهای خشک و گرم بپوشانید.
- فراهم کردن گرما:** نوزاد را در شان از پیش گرم شده و یا زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.
- بریدن بند ناف:** یک دقیقه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.
- کلیپس بندناف:** بندناف را به طول ۲ تا ۳ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید.



نکات مورد توجه در مراقبت از نوزاد در مرحله دوم زایمان

- پس از خروج کامل نوزاد، هرگز او را از پاهایش آویزان نکنید؛
- از مناسب بودن دمای اتاق (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد) مطمئن شوید.
- بعد از خروج کامل نوزاد در مرحله دوم زایمان بایستی درجه آپگار را تعیین کرد.

درجه بندی آپگار : درجه بندی آپگار روشی برای ارزیابی وضعیت عمومی و نیاز نوزاد به احیاء است. سه علامت تنفس، ضربان قلب و رنگ پوست از اجزای درجه بندی آپگار است که برای تصمیم گیری در مورد نیاز به ارجاع فوری نوزاد برای احیاء بکار می رود. دو جزء دیگر تون عضلانی و واکنش به تحریک وضعیت عصبی را مشخص می کند. به طور معمول عدد آپگار در دقیقه ۱ و ۵ پس از تولد اندازه گیری می شود. اکثر نوزادان در دقیقه اول در شرایط عالی قرار دارند که نشان دهنده آپگار با نمره ۷ تا ۱۰ می باشد.

جدول نمره بندی آپگار

امتیاز ۲	امتیاز ۱	امتیاز ۰	نشانه
بالای ۱۰۰ بار در دقیقه	زیر ۱۰۰ بار در دقیقه	وجود ندارد	تعداد ضربان قلب
خوب، گریه کردن	آرام، نامنظم	وجود ندارد	تلاش تنفسی
اندامها حرکت فعال	اندام ها اندکی جمع	شل	تون عضلانی
گریه شدید	تغییر حالت صورت	عدم پاسخ	واکنش به تحریک پوستی
کاملاً صورتی	بدن صورتی، اندام ها آبی	آبی، رنگ پریده	رنگ پوست

دستورالعمل احیاء نوزاد: برای احیاء نوزاد لازم است اقدامات زیر انجام شود:

- ۱ - جلوگیری از به هدر رفتن گرمای بدن و تأمین گرمای مناسب (طبق دستورالعمل مراقبت از نوزاد)
 - ۲ - باز کردن راه هوایی با قرار دادن سر در وضعیت مناسب (گردن نوزاد مختصری به عقب کشیده شود و حوله یا پارچه لوله شده ای زیر شانه های نوزاد قرار گیرد).
 - ۳ - خشک کردن و تحریک کردن، دوباره وضعیت دادن
 - ۴ - ارزیابی نوزاد
- * اول تنفس نوزاد از نظر ناله کردن، توكشیده شدن قفسه سینه و تنفس تند ارزیابی می شود .
- تنفس طبیعی معمولاً بدون ناله کردن، خودبخود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد.
- * دوم تعداد ضربان قلب را در دقیقه با گوش دادن به صدای قلب از راه قفسه سینه یا لمس ضربان بند ناف شمارش می شود.
- * سوم رنگ پوست نوزاد ارزیابی می شود.
- اگر نوزاد طی یک دقیقه اول پس از تولد ناله می کرد، تنفس نداشت و یا تنفس بد داشت، اقدامات احیاء را به شرح زیر شروع و مقدمات ارجاع فوری را فراهم کنید:
- * نوزاد را روی یک سطح (پتو، ملحفه) از قبل گرم شده طوری قرار دهید که سر او کمی پایین تر از بدن قرار گیرد. باید دقیقاً مراقب درجه حرارت بدن نوزاد باشید (خطر هیپوترمی) و هم زمان با تأمین گرمای مناسب (قرار دادن نوزاد در نزدیکی یک وسیله گرماده و یا لامپ روشنایی)، به بهانه بدحالی و انجام عملیات احیاء نباید نوزاد را برهنه نگه داشت .
- * ترشحات دهان و بینی نوزاد را به وسیله پوار کاملاً پاک کنید.

بلافاصله نوزاد را در یک ملحفه (حوله، شان) از قبل گرم شده گذاشته و بدن او مخصوصاً سر و صورت را خشک کنید.

* به ملایمت نوزاد را با زدن ضربه آرام به کف پاها و یا مالیدن پشت، تنه و یا اندام تحریک کنید و از انجام تحریکات دردناک، پاشیدن آب سرد به نوزاد و سرازیر کردن نوزاد خودداری کنید.

* مجدداً تنفس نوزاد را از نظر تعداد تنفس، ناله کردن، تو کشیده شدن قفسه سینه ارزیابی کنید.

* تمامی اقدامات بالا را حداکثر در مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

چنانچه در ارزیابی مجدد، تعداد تنفس نوزاد بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه بود و تو کشیدگی قفسه سینه نداشت. نوزاد را روی سینه مادر در تماس پوست با پوست با او قرار دهید.

* هر ۱۵ دقیقه او را از نظر تنفس و گرم بودن ارزیابی کنید.

* به مادر بگویید که احتمالاً حال نوزاد خوب خواهد شد.

اگر در ارزیابی مجدد، نوزاد تنفس نداشت یا تنفس نوزاد کمتر از ۳۰ بار در دقیقه بود و یا تو کشیدگی قفسه سینه داشت:

تنفس مصنوعی دهان به دهان را انجام دهید. این روش به دلیل امکان انتقال عفونت و عدم کارایی در حال حاضر مورد تأیید نیست ولی در شرایط اضطرار انجام آن ضروری است.

روش انجام تنفس دهان به دهان: فرد نفس دهنده بعد از یک بار دم دهان خود را به دهان نوزاد چسبانده و هوای گونه ها را به دهان نوزاد وارد می کند. لازم است این عمل هر ۳ ثانیه یک بار تا ۱۵ دقیقه تکرار شده و در فواصل دمیدن در دهان نوزاد دهان نفس دهنده از دهان نوزاد جدا و دور شود.

اگر پس از ۱۵ دقیقه نوزاد تنفس نداشت، نوزاد مرده است. به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

اقدامات لازم برای نوزاد در مرحله سوم و چهارم زایمان

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، تو کشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید.

تمیز کردن چشمها و بدن: نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. چشمها را تمیز کنید. اگر نوزاد خونی یا مکونیومی است، با پارچه ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید.

شروع شیردهی: نوزاد را برای شروع اولین شیردهی به روی سینه مادر قرار دهید. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب قند، آب) به نوزاد ندهید.

مرور بر معاینه نوزاد و مراقبت های مورد نیاز نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان

مراقبت از نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان، تاثیر فروانی بر سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان دارد و تماس پوست با پوست بلافاصله بعد از تولد و در اتاق زایمان، می تواند بسیاری از مشکلات رفتاری نوزاد مانند پر خاشگری، بزهکاری، و... را در آینده کاهش دهد. بنابراین با مراقبت عاطفی و روانی بیشتر و حمایت از مادر و نوزاد می توان به میزان قابل توجهی بار اجتماعی، اقتصادی و روانی خانواده ها و جامعه را کم کرد.

عفونت های موضعی نوزاد:

- خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها : عفونت خفیف چشم
- تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم : عفونت شدید چشم

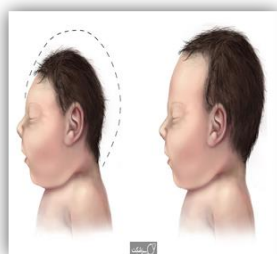


- وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد : عفونت خفیف پوستی
- وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر و تاول های بزرگ چرکی : عفونت شدید پوستی

صدمات زایمان و ناهنجاریهای نوزاد

سر نوزاد :

- سر نوزاد از سایر اندام ها (شکم یا دور سینه) بزرگتر
- گاهی ممکن است سر نوزاد حالت کشیده داشته و یا مقداری مایع در زیر پوست سر جمع شود که طبیعی است و طی روزهای اول بعد از تولد به حالت اولیه بر می گردد .
- اندازه غیر طبیعی ملاح ها
- خون مردگی



سر کوچکتر از حد طبیعی



خون مردگی



سر بزرگتر از حد طبیعی

چشم نوزاد :

چشمان نوزاد بلافاصله بعد از تولد دارای قدرت بینایی می باشد.

توجه: از دست زدن به چشم نوزاد خودداری شود . تورم پلک نوزاد در هنگام تولد شایع است و ممکن است همراه با ترشحات مخاطی باشد. اگر این حالت در اولین روز زندگی دیده شد ، جای نگرانی نیست و معمولاً خود بخود بهبود می یابد .

رگه های خونی ملتحمه چشم نوزاد طبیعی بوده و در عرض ۱ تا ۲ هفته اول بعد از تولد خود بخود بهبود می یابد .

بینی نوزاد :

- حس بویایی نوزاد در هنگام تولد فعال بوده
- قدرت بویایی نوزاد بیشتر از بزرگسالان، و به همین علت بوی مادر، پدر و شیر مادر را بخوبی احساس می کند .
- بسته بودن سوراخ بینی
- در صورت گرفتگی بینی نوزاد ، با استفاده از چکاندن قطره بینی (با تجویز پزشک) برای رفع گرفتگی بینی نوزاد اقدام شود.
- از چکاندن شیر مادر در داخل بینی نوزاد به منظور باز نمودن بینی او باید خودداری گردد.
- زیرا ممکن است شیر وارد ریه نوزاد شده و سبب رشد میکروب ها و ایجاد عفونت بینی و ریه شود .

دهان نوزاد :

- دندان های تکامل نیافته
- صدمه به اعصاب صورت و شکل غیر قرینه
- برفک دهان
- اندازه زبان غیر طبیعی
- شکاف کام



گوش نوزاد :

در هنگام تولد بدلیل آنکه لاله گوش بطور کامل غضروفی نشده است به راحتی خم می شود و به حالت اول بر میگردد .



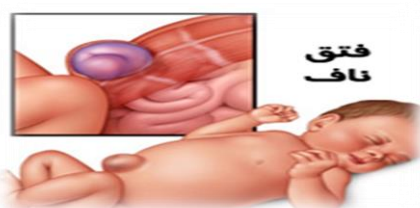
- شکل غیر طبیعی
- محل قرار گرفتن غیر طبیعی
-

پستان نوزاد :

پستان بعضی از نوزادان اعم از دختر یا پسر ممکن است مقداری برجسته بوده و یا از آن ترشح خارج شود این امر نیز طبیعی و به علت قطع هورمون های مادری است که خود بخود بعد از چند روز برطرف می شود .
-از ماساژ پستان نوزاد و یا مالیدن هر گونه دارو و یا ماده ضد عفونی بر روی آن خودداری شود.

شکم نوزاد :

- ساختمان عضلانی غیر طبیعی
- شکل قایقی شکم
- خونریزی ناف
- عروق نافی غیر طبیعی



اندام ها و لگن :

- شکل غیر طبیعی اندام : پا چنبری
- دررفتگی مفصل ران نیز در بعضی از نوزادان به خصوص نوزادان دختر دیده می شود که علت خاصی ندارد اما با تشخیص و اقدامات درمانی بموقع اکثراً قابل درمان و اصلاح می باشند .
- تورم
- خون مردگی
- وضعیت حرکت بازوها



اندام تناسلی نوزاد :

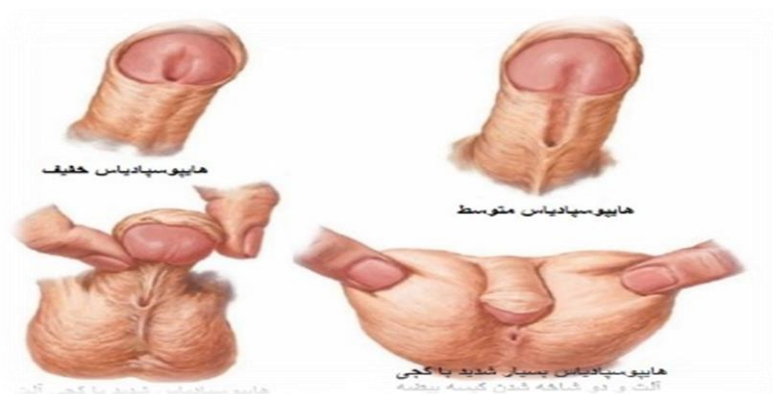
- عدم نزول دو طرفه بیضه
- در صورت نزول یکطرفه بیضه نیاز است نوزاد بعد از ترخیص از بیمارستان تحت نظر پزشک قرار گیرد .
- ترشحات همراه با رگه های خونی در نوزادان دختر
- ابهام تناسلی
- اندازه غیر طبیعی آلت



دستگاه ادراری :

- نوزاد در طی ۲۴ ساعت اول تولد ادرار دفع میکند در صورت عدم دفع ادرار نیاز به بررسی توسط پزشک دارد .
- مجرا یا جریان ادراری غیر طبیعی
- بعضی مواقع ادرار نوزاد رنگ صورتی دارد که علت آن دفع اوره بدن می باشد که امری طبیعی است .

۱. هیپوسپادیا خفیف
۲. هیپوسپادیا متوسط
۳. هیپوسپادیا شدید با کجی آلت
۴. هیپوسپادیا شدید با کجی آلت و دوشاخه شدن کیسه بیضه



دستگاه گوارشی :

تمام نوزادان در طی ۴۸ ساعت اول تولد دفع مدفوع دارند و در صورت عدم دفع مدفوع در طی این مدت نیاز به بررسی توسط پزشک دارد .

یکی از علل عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول عمر، بسته بودن یا تشکیل نشدن سوراخ مقعد است . مدفوع نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند در مقایسه با نوزادانی که با شیر خشک تغذیه می شوند رقیق تر و تعداد دفعات آن بیشتر است .



حمام کردن نوزاد :

- در صورت ثبات درجه حرارت بدن نوزاد $36/5$ تا $36/8$ درجه سانتی گراد حداقل ۶ ساعت پس از زایمان و استحمام های بعدی حداکثر سه بار در هفته
- پرهیز از پاک کردن ورنیکس
- پرهیز از استحمام نوزاد بلافاصله بعد از تغذیه با شیر
- دمای محل استحمام ۲۵ و دمای آب ۳۷ تا ۳۸ درجه سانتی گراد

مراقبت از بند ناف :

پیش و بعد از دست زدن به ناف دستها را بشوید . در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن منعی ندارد . کهنه نوزاد را زیر بند ناف بپیچد. اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک کند. شکم یا ناف را بانداز نکند . هیچ ماده ای یا دارویی (الکل ، بتادین و) روی ناف نگذارد. ناف را دستکاری نکند.

ارزیابی نوزاد از نظر اندازه های طبیعی و سن بارداری:



اولین اندازه گیری ها بعد از تولد در اتاق زایمان :

قد نوزاد کامل (هفته ۴۰ حاملگی) : ۵۳ – ۴۸ سانتی متر



وزن نوزاد : ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم



دور سر نوزاد : ۳۳ تا ۳۷ سانتی متر

این معیارها به ژنتیک، جثه، قد پدر و مادر، تغذیه و شرایط محیطی و آب و هوایی نیز بستگی دارد.

در صورت سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته ، اقدام : ارجاع فوری

تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد: تزریق عضلانی ویتامین k۱ در ۲ ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد، و تزریق در ناحیه قدامی ران انجام گیرد.

در نوزاد کمتر از ۲ کیلوگرم : ۰,۵ میلی گرم ، در نوزاد ۲ کیلوگرم یا بیشتر : ۱ میلی گرم

واکسن های بدو تولد شامل ب ث ژ ، فلج اطفال و هپاتیت طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق می شود.

تعیین تاریخ مراجعه بعدی : اولین مراجعه بین روز ۳ تا ۵ بعد از تولد ، مراجعه دوم روز ۱۰ تا ۱۵ روزگی بعد از تولد و مراجعه سوم ۳۰ تا ۴۵ روزگی خواهد بود.

معاینه نوزاد توسط پزشک : نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک بر اساس «بوکلت چارت مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

نشانه های خطر نوزاد

- خوب شیر نخوردن
- تب یا سرد شدن اندامها و بدن
- تحرک کمتر از حد معمول و بی حالی
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول و ادرار در ۲۴ ساعت اول
- وجود جوش های چرکی منتشر در پوست بیش از ۱۰ عدد
- اسهال
- تشنج
- زردی در ۲۴ ساعت اول
- تو کشیده شدن قفسه سینه
- ناله کردن
- رنگ پریدگی شدید یا کبودی اندامها
- استفراغ مکرر شیر
- بی قراری و تحرک پذیری
- ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف
- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلکها

اهمیت زایمان طبیعی

آنچه که تاکنون گفته شد، مراحل انجام زایمان طبیعی است. گاهی ممکن است برای انجام زایمان طبیعی نیاز به استفاده از وسیله باشد. استفاده از این ابزار زمانی است که جنین در معرض خطر قرار دارد. گاهی نیز روند انقباضهای رحم مختل شده و عامل زایمان می بایست مداخله کند. این مداخلات صرفاً در بیمارستان انجام می شود.

در برخی موارد خطر، مادر شرایط لازم برای زایمان طبیعی را ندارد و باید سزارین شود.

سزارین خروج نوزاد از راه برش جراحی روی شکم و رحم است که در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی و یا بیحسی اپیدورال و یا نخاعی انجام می شود.

نکته: اگر خانمی یک بار سزارین شده باشد، لازم است قبل از شروع دردهای زایمانی به پزشک متخصص ارجاع شود.

سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر عوارضی مانند عفونت، خونریزی، صدمات روده ای، تشکیل لخته خون در پاها و اعضای لگن و عوارض بیهوشی دارد و احتمال تولد نوزاد با مشکل تنفسی و وزن کم (به دلیل اشتباه در تخمین سن جنین) نیز افزایش می یابد. همچنین زمان بستری، دوره نقاهت و هزینه سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیشتر است.

بازدید منزل

چنانچه زن باردار مایل است در منزل زایمان کند، باید در صورت نبود علائم خطر شرایط انجام زایمان در منزل شامل امکانات و وسایل مورد نیاز زایمان، وجود وسیله نقلیه آماده برای انتقال مادر و نوزاد (در موارد خطر) و محیط مناسب زایمان توسط مامای دوره دیده فراهم باشد.

شرایط مجاز برای انجام زایمان در منزل فراهم باشد. و بازدید از منزل مادر قبل از زایمان توسط ماما روستا و بهورز در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری ضروری است

شرایط اتاق زایمان در منزل

- اتاق باید رو به آفتاب و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد.
- پوشش مناسب درب و پنجره اتاق در زمان زایمان
- کافی بودن نور در شب
- در دسترس قرار دادن لامپ ۶۰ وات، سرپیچ و سیم رابط برای تأمین نور
- خارج کردن وسایل غیرضروری از اتاق
- قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان و مادر و نوزاد در اتاق

وسایل لازم در اتاق زایمان

بهتر است وسایل مورد نیاز زایمان حداقل ۴ هفته قبل از زایمان فراهم شود.



گلی پات



کلمپ بندناف



پوار



برس شست شوی زیر ناخن

- مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک؛
- وسایل مادر

۱. ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود تا شیر دادن به نوزاد آسان باشد

۲. ژاکت یا نیم تنه پشمی در فصل سرما

۳. حوله صورت
۴. جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز
۵. نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد (کهنه ها باید با آب و صابون شسته شده و در آفتاب خشک و یا اتو شود).

- وسایل نوزاد

۱. رختخواب نوزاد (تشک، ملحفه، لحاف یا پتو، بالش)
 ۲. لباس، کلاه، کهنه یا پوشک
- لباس نوزاد از جنس پارچه نخی یا کتان باشد. پارچه های نایلونی و یا الیاف مصنوعی سبب حساسیت پوست بدن نوزاد می شود. در دوخت لباس باید حتی المقدور از به کار بردن دکمه و قزن قفلی خودداری شود و به جای آن با نوار لباس را ثابت نگه داشت. لباس و کلاه و کهنه ها نیز با صابون بدون عطر شسته شود.

۳. دو لگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها
۴. کتری یا پارچ
۵. سطل آشغال
۶. کیسه یا بطری آب گرم
۷. تعدادی روزنامه و یا کاغذ باطله
۸. پتو

- وسایل مورد نیاز زایمان (کیف مامایی)

۱. گوشی مامایی
۲. گوشی طبی و فشارسنج
۳. صابون و جا صابونی، حوله دست
۴. برس برای شستن زیر ناخنها
۵. گاز، پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
۶. پنس کوخر حداقل ۲ عدد
۷. قیچی حداقل یک عدد
۸. کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
۹. دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف به تعداد مورد نیاز برای معاینه
۱۰. وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
۱۱. کلیپس بند ناف حداقل ۵ عدد
۱۲. پوار حداقل ۲ عدد
۱۳. درجه حرارت سنج دهانی
۱۴. درجه حرارت سنج برای اتاق
۱۵. چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافی همراه داشته باشید)
۱۶. نوار متری
۱۷. مشمع برای زیر انداز به ابعاد ۱۵۰ × ۱۵۰
۱۸. ۲ ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط

۱۹. حداقل ۴ تکه شان به ابعاد 80×80

۲۰. مواد ضد عفونی مانند بتادین و ساوین

۲۱. سرنگ و سر سوزن و آمپول اکسی توسین

۲۲. فرم ثبت مراقبت های زایمان نواری

نکته: وسایل مورد نیاز زایمان باید قبلاً استریل و بسته بندی و آماده شده باشد. به تاریخ انقضای استریل وسایل دقت شود.

آمادگی برای زایمان

از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید همیشه برای انجام زایمان آماده باشید. در صورتی که از وقوع زایمان باخبر شدید، با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه وسایل مورد نیاز زایمان به منزل زائو مراجعه کنید.

اقدامات لازم هنگام مراجعه به منزل مادر باردار:

- هدایت مادر به اتاق آماده شده برای زایمان
- استفاده از کمک زایمان
- گرفتن شرح حال (زمان شروع دردها، وضعیت دردها، خروج ترشح خونی، وضعیت کیسه آب و ...)
- کنترل علائم حیاتی
- تنظیم درجه حرارت اتاق (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد)
- آماده نمودن وسایل مورد نیاز زایمان
- شستشوی دستها حداکثر به مدت ۳ دقیقه با نزدیک شدن زمان خروج نوزاد
- بررسی وضعیت مادر (برحسب مرحله زایمان) و اقدام مطابق دستورالعمل
- پوشش مناسب مادر
- راهنمایی مادر و همراهان
- توضیح مرحله به مرحله انجام کار برای مادر
- اطلاع رسانی روند پیشرفت زایمان به مادر و همراهان
- با وقوع علائم خطر سریعاً اقدام و آگاه سازی و راهنمایی مادر و همراهان
- مراقبت مادر و نوزاد تا ۶ ساعت پس از زایمان و ثبت اقدامات در فرم
- راهنمایی همراهان مادر در مورد نظافت (اتاق، لباسها و وسایل)
- آموزش علائم خطر به مادر و خانواده
- دفن یا سوزاندن بهداشتی جفت (حداقل ۱۰ متر دورتر از منبع آشامیدنی و در عمق ۲ متری)

- شستشو و ضد عفونی وسایل زایمان و اتاق زایمان

ارزیابی اولیه مادر برای زایمان در منزل

برای انجام یک زایمان در منزل که سلامت مادر و نوزاد را تامین نماید باید فراگیران با روند زایمان طبیعی و زایمان های در معرض خطر آشنایی کامل داشته و براساس آموخته ها ، اقدام نمایند .

ارزیابی علایم خطر : بررسی تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج ، اختلال هوشیاری ، خونریزی شوک ، تنفس مشکل

در صورت وجود هر یک از علایم خطر : حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر ارجاع فوری و انجام اقدامات قبل از ارجاع

در صورت نبود علایم خطر : تعیین مرحله زایمان

تعیین مرحله زایمان :

در صورتی که زایمان در مرحله دوم به بعد باشد : مراقبت هر مرحله زایمان طبق مطالب تدریس شده

در صورتی که مرحله اول زایمان باشد : انجام ارزیابی اولیه

ارزیابی اولیه برای مرحله اول زایمان :

۱. گرفتن شرح حال

۲. سؤال کنید : شروع درد های زایمانی ، لکه بینی ، آبریزش / پارگی کیسه آب

۳. کنترل و اندازه گیری کنید : علایم حیاتی ، صدای قلب جنین ، انقباضات رحم

۴. معاینه کنید : مانورهای لئوپولد ، چشم ، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی ، معاینه مهبل (وضعیت زایمان ، کیسه آب ، لگن)

شرح حال شامل :

۱. **تاریخچه پزشکی :** فشار خون بالا ، دیابت ، آسم ، صرع ، سل ، هیپاتیت ، ضایعات تناسلی ، ناهنجاری اسکلتی ، سیفلیس

۲. **تاریخچه اجتماعی :** سن زیر ۱۸ سال ، سن بالای ۳۵ سال ، اعتیاد به مواد مخدر ، رفتارهای پر خطر

۳. **وضعیت بارداری فعلی :** شکم اول ، بارداری پنجم و بالاتر ، قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر ، نمایه توده بدنی بیش از ۴۰ ، مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت ، چند قلویی

۴. **سوابق بارداری و زایمان قبلی :** زایمان سریع ، زایمان سخت ، سزارین یا جراحی رحم و شکم ، نازایی ، خونریزی در بارداری و پس از زایمان ، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیش از ۴۰۰۰ گرم ، جنین ناهنجار ، مرده زایی ، مرگ نوزاد

موارد منع زایمان در منزل

موارد منع زایمان در منزل در سوالات پرسیده شده از مادر :

۱. شروع درد های زایمانی : زایمان زودرس ، زایمان دیررس

۲. لکه بینی

۳. پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت

موارد منع زایمان در منزل در کنترل مادر :

۱. کنترل علائم حیاتی :

- فشار خون ۱۴۰/۹۰

- تب

۲. کنترل صدای قلب جنین :

- تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه

- تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه

- نشنیدن صدای قلب جنین

۳. کنترل انقباضات رحم :

- مدت زمان یک انقباض ۲ دقیقه یا بیشتر طول بکشد یا مدت زمان انقباض طبیعی است اما فاصله بین دو انقباض یک دقیقه یا کمتر است .

- تعداد انقباضات طی ۱۰ دقیقه ، ۵ بار یا بیشتر است.

- انقباضات رحمی مداوم و بدون فاصله است .

موارد منع زایمان در منزل در معاینات انجام شده از مادر :

۱. معاینه لئوپولد :

- نمایش غیر طبیعی

- جنین درشت

۲. معاینه چشم :

- بررسی رنگ ملتحمه

- کم خونی

۳. معاینه وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی :

- ضایعات ناحیه تناسلی
- رگ های واریسی
- توده ها

۴. معاینه مهبل :

- ابعاد نامتناسب لگن
- رنگ سبز مایع آمنیوتیک یا وجود خون در مایع آمنیوتیک
- جلو افتادن بند ناف

دوران پس از زایمان

دوره نفاس

معمولاً ۶ هفته پس از زایمان، دوره‌ای است که طی آن تغییرات ناشی از بارداری در اعضای مختلف بدن مانند رحم به تدریج به حالت قبل از بارداری برمی‌گردد. ممکن است این برگشت‌پذیری در برخی موارد مانند وزن مادر تا ماه‌ها به طول انجامد.

تغییرات بدن در دوران پس از زایمان

تغییرات رحم:

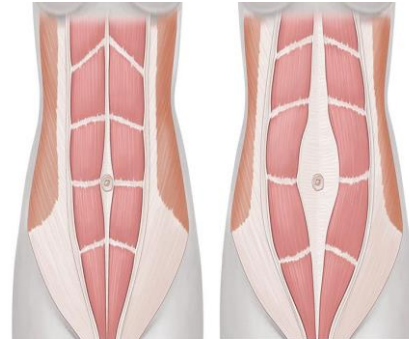
دو روز اول پس از زایمان، رحم شروع به کوچک شدن می‌کند. به طوری که در هفته اول رحم پایین‌تر از ناف، سفت و جمع است. از هفته سوم به بعد به داخل حفره لگن برمی‌گردد و از روی شکم قابل لمس نیست. اندازه رحم پس از ۴ هفته تقریباً برابر اندازه زمان قبل از بارداری است. دهانه رحم نیز که در زمان زایمان به اندازه قطر سر جنین باز شده بود به تدریج جمع شده و پس از گذشت یک هفته آنقدر تنگ می‌شود که به سختی یک انگشت از آن عبور می‌کند. پارگی‌هایی که در دهانه رحم ایجاد می‌شود دائمی است و به صورت دهانه رحم چندزا باقی می‌ماند. در چند روز اول بعد از زایمان، ترشحات رحم زیاد و خونی است. بعد از ۳ یا ۴ روز ترشحات خون‌آلود کمتر و پس از ۱۰ روز کم‌رنگ‌تر شده و معمولاً خروج ترشحات کم‌رنگ ۴ تا ۶ هفته طول می‌کشد. وجود ترشحات خونی تا دو هفته پس از زایمان و در حد خونریزی قاعدگی طبیعی است ولی در صورت ادامه آن بیش از این مدت، به علت احتمال ماندن تکه‌هائی از جفت در رحم، مادر باید فوراً ارجاع شود. شایان ذکر است که یکی از علل عمده مرگ مادران، خونریزی پس از زایمان است و باید به آن بسیار توجه شود. **برگشت قاعدگی :** معمولاً شروع مجدد تخمک‌گذاری، با شروع قاعدگی مشخص می‌شود. ولی گاهی اوقات ممکن است مادر تا یک سال قاعده نشود، اما امکان تخمک‌گذاری و بارداری وی وجود دارد. اگر مادر به طور مرتب به فرزند خود شیر دهد، معمولاً ۶ هفته و اگر به نوزاد خود شیر ندهد، ۳ هفته پس از زایمان، احتمال بارداری مجدد وجود دارد. پس استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری در این زمان به مادر توصیه شود.

تغییرات وزن

بلافاصله پس از زایمان در اثر تخلیه رحم و خروج جنین و جفت، وزن بدن حدود ۵ تا ۶ کیلوگرم کاهش می‌یابد. معمولاً ۶ ماه بعد از زایمان به حدود وزن قبل از بارداری بر می‌گردد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می‌دهد، امکان برگشت به وزن قبلی بیشتر است. فعالیت بدنی و نحوه تغذیه در میزان کاهش وزن پس از زایمان، موثر است.

تغییرات دیواره شکم

عضلات دیواره شکم تا ۲ هفته، نرم و شل باقی می‌ماند. تقریباً ۶ هفته طول می‌کشد تا توانایی کشش عضلات به حالت اولیه بازگردد. با انجام تمرین‌های کششی می‌توان به جمع شدن سریع‌تر و بهتر عضلات شکم کمک کرد. استفاده از شکم بند برای جمع شدن عضلات و کوچک شدن شکم به تنهایی موثر نیست.



وضعیت خلق و خو

در چند روز اول بعد از زایمان (۳-۶ روز)، ممکن است مادر به دلیل فشارهای روانی ناشی از ترس و هیجان بارداری و زایمان، ورود نوزاد و تغییرات ایجاد شده در خانواده، خستگی ناشی از کم‌خوابی اواخر بارداری و نگرانی در مورد مراقبت از نوزاد، در ساعاتی از روز اندوهگین شود که به آن اندوه پس از زایمان می‌گویند. تغییرات خلق و خو و رفتار، طیف وسیعی دارد که شامل گریه کردن خود به خود، بی‌علاقگی نسبت به هر فعالیت، بی‌خوابی یا پرخوابی، تغییرات وزن، خستگی و کاهش انرژی است.

این حالات معمولاً طی هفته اول پس از زایمان مشاهده می‌شود و تا روز دهم بهبود می‌یابد. و در صورتی که این علائم طولانی شود و یا علائمی مانند تمایل به خودکشی و آزار نوزاد بروز کند به آن افسردگی شدید می‌گویند و باید فوراً به پزشک ارجاع شود.

دفع ادرار

در مرحله دوم زایمان به علت فشار سر جنین به مثانه احتمال آسیب به مثانه، مجرای ادرار و همچنین ماندن ادرار در مثانه وجود دارد. با مشاهده و لمس قسمت زیر شکم، مثانه به صورت کیسه‌ای پر از مایع حس می‌شود که گاهی ممکن است تا نزدیک ناف نیز کشیده شود.

در صورت عدم خروج ادرار تا ۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی‌اختیاری ادرار نیاز به ارجاع فوری دارد.

دفع مدفوع

عدم دفع مدفوع تا ۳ روز اول پس از زایمان به علت تخلیه احتمالی و کاهش فعالیت روده‌ها حین زایمان، طبیعی است.

اصلاح رژیم غذایی، تحرک زود هنگام و تمرین‌های کششی از یبوست و در نتیجه بروز بواسیر جلوگیری می‌کند. در صورت نبود احساس دفع از زور زدن اجتناب شود.

معاینات پس از زایمان

تعداد زیادی از مادران به دلیل عفونت، خونریزی و فشار خون بالا پس از زایمان می‌میرند و یا دچار عوارضی مانند بی‌اختیاری ادرار، افسردگی، بواسیر، کم‌خونی و غیره می‌شوند. از این رو معاینات دقیق مادران در پس از زایمان در زمان‌های تعیین شده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

دفعات مراقبت‌های پس از زایمان :

ملاقات اول : ۱ تا ۳ روز پس از زایمان

ملاقات دوم : ۱۰ تا ۱۵ روز پس از زایمان

ملاقات سوم : ۳۰ تا ۴۲ روز پس از زایمان

تعداد این ملاقات‌ها ممکن است با توجه به وضعیت مادر و نظر پزشک یا ماما تغییر کند.

نکته : همانند مراقبت‌های معمول بارداری، در زمان پس از زایمان نیز ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، بررسی و سپس در صورت نبود آن علائم مراقبت‌های معمول انجام شود.

گرفتن شرح حال : شرح مختصری از تاریخ، نوع و محل زایمان از مادر پرسیده می‌شود.

کنترل علائم حیاتی : علائم حیاتی مادر در هر ملاقات اندازه‌گیری می‌شود.

فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شود. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالاتر» است.

درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه‌گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر «تب» است.

تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

سرگیجه : حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است.

در صورت شکایت مادر از سرگیجه : فشارخون و تعداد نبض او ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه‌گیری شود. اگر میزان فشارخون ماکزیمم از حالت خوابیده به نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلی‌متر جیوه کاهش و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته حداقل ۲۰ بار افزایش یابد. مادر **ارجاع فوری** شود.

تب پس از زایمان : اگر بعد از ۲۴ ساعت اول تا ۱۰ روز پس از زایمان، درجه حرارت بدن مادر به ۳۸ درجه یا بیشتر برسد به آن تب پس از زایمان گویند. در گذشته معتقد بودند که تب بعد از زایمان بعلت افزایش حجم شیر و جاری شدن آن است ولی تب ناشی از احتقان شیر بیش از ۲۴ ساعت ادامه ندارد.

به دلیل اهمیت عفونت، افزایش دمای بدن در هر زمان پس از زایمان تب محسوب شده و علامت خطر است. رعایت نکردن نکات بهداشتی و زایمان غیر ایمن، زایمان طول کشیده، پارگی طولانی مدت کیسه اب، معاینات داخلی مکرر در زمان زایمان، احتمال عفونت پس از زایمان را افزایش می‌دهد و تب نشانه اصلی عفونت است.

معاینه چشم

بررسی رنگ ملتحمه در هر ملاقات

نکته : کم رنگ بودن مخاط ملتحمه به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن‌ها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

معاینه دهان و دندان

لزوم معاینه مادر توسط دندان‌پزشک تا درمان دندان‌هایی که در بارداری به تاخیر افتاده، انجام و مجدداً آموزش های لازم در مورد مراقبت از دهان و دندان خود را دریافت کند. در ملاقات سوم پس از زایمان معاینه دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه صورت گیرد.

نکته: ارجاع غیر فوری در صورت وجود جرم و پوسیدگی و عفونت دندانی و التهاب لثه و ارجاع در اولین فرصت در صورت آبسه و درد شدید دندان مادر

معاینه پستان

پستان‌ها از نظر تورم و درد بررسی شود. در صورت وجود علائم آبسه و ماستیت مادر ارجاع فوری شود.

احتقان پستان: در روز سوم تا پنجم پس از زایمان، به دلیل افزایش حجم شیر ایجاد می‌شود.

علائم: حساس، متورم، گرم و سفت شدن پستان‌ها و درجاتی از تب و سردرد در برخی مادران
راهکارهای کاهش درد و التهاب در احتقان پستان: با تخلیه مکرر (هر ۲ ساعت یکبار)، ماساژ ملایم پستان، استفاده از داروهای ضد درد (با نظر پزشک)، گذاشتن کیسه آب گرم قبل از شیردهی و کیسه یخ (پیچیده در حوله) پس از شیردهی، قرار دادن برگ کلم پیچ شسته شده بر روی پستان
بهترین راه پیشگیری از بروز این مشکل آن است که نوزاد بلافاصله بعد از تولد، تغذیه از پستان را شروع نموده و به طور مکرر به پستان گذارده شود و مادر بنا به تقاضای نوزاد و حتی شب‌ها از هر دو پستان به کودک خود شیر دهد.

شقاق پستان (ترک نوک پستان): شیوه نادرست در آغوش گرفتن نوزاد و گرفتن نوک پستان، دلیل شایع ترک خوردن، زخم شدن و سوزش شدید نوک پستان می‌باشد.

راهکارهای کاهش درد ناشی از ترک خوردن: اصلاح نحوه شیردهی، گذاشتن کیسه یخ ۲ تا ۳ دقیقه قبل از مکیدن نوزاد، پاک کردن نوک پستان از بزاق نوزاد، مالیدن یک قطره از شیر بر روی نوک پستان



ماستیت: بسته شدن مجاری شیر در پستان که با تب، لرز، گرمی و درد یک طرفه پستان همراه است. یکی از مهم‌ترین اقدامات برای درمان ماستیت، تخلیه مکرر شیر از پستان است زیرا در اثر ماندن شیر در پستان، عفونت تشدید می‌شود. بهتر است تغذیه از پستان سالم شروع و بعد از اینکه شیر جاری شد از پستان مبتلا ادامه داد. در ضمن با تغییر وضعیت شیر خوار در هر نوبت شیر دادن، می‌توان به تخلیه تمامی مجاری شیری کمک کرد. چون مادر نیاز به مصرف آنتی‌بیوتیک نیز دارد بنابراین باید به پزشک ارجاع شود.



آبسه پستان: علاوه بر علائم ماستیت، توده مواج و دردناک نیز در پستان لمس می شود. درمان آبسه نیز مانند ماستیت است. هر چند ممکن است برای تخلیه چرک نیاز به شکافتن آبسه باشد. تغذیه شیرخوار با شیر مادر در موارد بروز آبسه از پستان مبتلا منعی ندارد مگر آنکه آبسه به مجرای شیر سر باز کرده باشد. در صورت بروز آبسه مادر باید سریعاً ارجاع شود.



بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی : در هر ملاقات لازم است ارتفاع رحم از روی شکم اندازه گیری شود. با توجه به تغییرات تدریجی اندازه رحم (آنچه در تغییرات رحم گفته شد) در صورتی که اندازه رحم بیشتر از اندازه های ذکر شده است علامت خطر است و نیاز به ارجاع فوری داد. بررسی میزان خونریزی بسیار اهمیت دارد. اگر در طی دو هفته پس از زایمان خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته، ترشحات چرکی و بد بو وجود داشت مادر نیاز به ارجاع فوری دارد. در صورتی که بعد از دو هفته خونریزی در حد قاعدگی بود علامت خطر است.

بررسی محل بخیه : در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) بررسی شود. ناحیه برش باید بدون التهاب و کشش باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود. محل برش سزارین در مدت ۷ یا ۱۰ روز پس از عمل نیاز به کشیدن بخیه توسط پزشک دارد. لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم در محل برش نیاز به ارجاع فوری دارد. اگر فقط محل برش دردناک است به مادر توصیه کنید با پارچه گرم تمیزی بر روی محل درد را کمپرس کند.

معاینه اندام ها : در هر ملاقات، اندام های تحتانی از نظر وجود ورم و محل درد بررسی می شود. در صورت ورم و درد یک طرفه ساق و ران، مادر باید ارجاع فوری شود.

ورم و درد یک طرفه ساق و ران به همراه کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام و کبودی اندام با تشخیص احتمالی ترومبوفلیت می باشد.

غربالگری سلامت روان : در ملاقات اول و سوم پس از زایمان انجام می شود.

علائم روانپزشکی : (وضعیت روانپزشکی مادر را با ارزیابی علائم زیر تعیین کنید)

- فوریت روانپزشکی: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پر فعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- علائم در معرض خطر روانی: روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

○ سوال در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر

○ بررسی از نظر اندوه پس از زایمان

- تحت نظر گرفتن مادری که فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی را دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است
- مطرح شدن سایکوز یا جنون پس از زایمان اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد
- در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی‌خوابی، بی‌قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می‌دهد.
- لزوم ویزیت روانپزشکی و ارجاع با «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر
- در غربالگری روان از مادر سوال کنید: همسرآزاری، خشونت جسمی، خشونت روانی

آموزش‌های بهداشتی پس از زایمان

بهداشت فردی: رعایت بهداشت فردی در این زمان بسیار اهمیت دارد. ناحیه تناسلی باید از جلو به عقب شسته شده، همیشه خشک نگهداشته شود و تا زمان کاهش ترشحات، نوار بهداشتی به طور مرتب عوض شود. استحمام روزانه و ترجیحاً ایستاده برای مادر مفید است.

محل بخیه‌ها: با تعویض مکرر نوار بهداشتی، لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم صحیح) محل بخیه را ترمیم کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.

فعالیت و استراحت: به دلیل طولانی بودن زمان زایمان، تاثیر داروهای بیهوشی، شیردهی و بیخوابی و نگهداری از نوزاد، خستگی پس از زایمان بسیار شایع است. اطرافیان مادر باید شرایطی را ایجاد کنند که مادر بتواند در روزهای اول، استراحت و خواب بیشتری داشته باشد. فراهم کردن محیط آرام و نیز کم کردن دید و بازدیدها در این روزها ضروری است. مادر می‌تواند فعالیت‌های معمول روزانه خود را به تدریج افزایش دهد.

تمرین‌های ورزشی: پس از زایمان نیز تمرین‌هایی وجود دارد که به مادر کمک می‌کند تا به خستگی و دردهای این دوران غلبه کند. برخی موارد مانند ایستادن طولانی مدت، حمل اشیاء سنگین، دویدن و پریدن نباید تا ۶ هفته بعد از زایمان انجام شود. با انجام تمرین‌های ورزشی مناسب که در کلاس‌های آمادگی برای زایمان توسط مربی آموزش داده می‌شود، می‌توان به جمع شدن سریع‌تر و بهتر عضلات شکم کمک نمود. استفاده از شکم‌بند به تنهایی برای جمع شدن عضلات شکم موثر نیست.

مقاربت: خانم‌ها اکثراً ترجیح می‌دهند تا ۶ هفته پس از زایمان مقاربت نداشته باشند. خستگی ناشی از نگهداری نوزاد ممکن است، میل جنسی را کاهش دهد که این حالت موقتی است و بتدریج بهبود می‌یابد.

بهداشت روان: همسر و اطرافیان نقش بسیار مهمی در بهبود تغییرات خلق و خو و رفتار مادر دارند. آنان باید بدانند که تغییرات روحی در مادر طبیعی و گذراست و لازم است در این مدت به مادر توجه و محبت بیشتری نمایند و او را در نگهداری فرزند حمایت کنند.

مراقبت از پستان‌ها: اگر مادری به هر دلیلی نمی‌خواهد به نوزاد خود شیر دهد، برای برطرف کردن بزرگی پستان وی موارد زیر توصیه می‌شود:

- اجتناب از تحریک پستان‌ها
- پوشیدن سینه‌بند مناسب
- کمپرس پستان
- اگر دوشیدن پستان باعث آرامش مادر می‌شود آنها را بدوشد.

○ استفاده از مسکن برای برطرف کردن درد

عدم مصرف خودسرانه دارو، سیگار، دخانیات : برخی از داروها اگر در زمان شیردهی مصرف شود، وارد شیر مادر شده و از این راه به نوزاد منتقل می‌گردد، بنابراین در مورد ادامه و با مصرف دارو باید با پزشک یا ماما مشورت شود. سیگار و دخانیات نیز بر روی نوزاد تاثیر سوء می‌گذارد. بنابراین باید از کشیدن سیگار در دوران پس از زایمان خودداری شود. **تغذیه :** پیروی از یک برنامه غذایی روزانه صحیح که در آن از پنج گروه غذایی اصلی به مقادیر توصیه شده وجود داشته باشد و ضمن رعایت تنوع از تعادل نیز برخوردار باشد.

در دوران شیردهی:

○ مواد غذایی حاوی کلسیم، پروتئین، ویتامین به میزان بیشتر مصرف کند؛

○ مصرف مواد غذایی پرچرب و شیرین را کاهش دهد؛

○ مایعات به میزان ۶ تا ۸ لیوان در روز بنوشد.

○ از مصرف زیاد نوشیدنی‌های محرک (قهوه، چای، ...) خودداری کند.

مصرف مکمل‌های غذایی : پس از زایمان نیز همانند دوران بارداری مادر نیاز به مصرف ویتامین‌ها و املاح معدنی دارد. لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه‌ای یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین حاوی ید مصرف نماید.

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی : در مراقبت دوم پس از زایمان مادر باید در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری برای زمان پس از زایمان مشاوره شود. در صورت تمایل همسر وی می‌تواند در جلسه مشاوره حضور یابد، در مشاوره در مورد انواع روشهای پیشگیری از بارداری، چگونگی استفاده، موارد منع مصرف و مشکلات آنها و زمان مراجعات با زوجین گفتگو می‌شود.

مشاوره این امکان را برای زوجین فراهم می‌کند که آگاهانه و با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و شرایط جسمی و روانی خود، یک روش مناسب را انتخاب کند.

شکایات‌های شایع در دوره پس از زایمان

در این دوران ممکن است مادر خستگی، سردرد، کمردرد، پس درد و یبوست شکایت کند. در صورتی که علائم حیاتی طبیعی باشد، این موارد گذراست و به تدریج کاهش می‌یابد.

آزمایشات پس از زایمان

- در ملاقات سوم در مبتلایان به دیابت بارداری FBS و OGTT لازم است.
- در صورت FBS بیش از ۱۲۶ و OGTT (دوساعته) بیشتر از ۲۰۰، ارجاع غیر فوری به متخصص غدد
- توجه برای انجام آزمایش پاپ اسمیر در ملاقات سوم در صورت نیاز

علائم خطر مادر پس از زایمان

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر در مراقبتهای اول و دوم پس از زایمان، مادر باید به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری شود:

○ خونریزی بیش از حد قاعدگی در دو هفته اول یا دفع لخته

○ تب و لرز

○ افسردگی شدید

○ خروج ترشحات بدبو و چرکی از مهبل

- عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان
 - بی‌اختیاری ادرار و مدفوع
 - احساس دفع سریع ادرار
 - مدفوع خونی
 - سوزش و درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج
 - اقدام به خودکشی
 - آبسه پستان
 - ماستیت
 - فشار خون ۹۰/۱۴۰ یا بیشتر
 - بزرگی رحم
 - عفونت و درد شدید دندان
 - لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه‌ها
 - ورم و درد یک طرفه ساق و ران
 - سرگیجه با افت فشارخون سیستولیک و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته
 - تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی
 - درد شکم و یا پهلوها
- اگر در مراقبت‌های اول و دوم مادر پس از زایمان هر یک از علائم زیر مشاهده شد، مادر به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع غیرفوری شود:
- بیماری زمینه‌ای
 - بواسیر
 - رنگ پریدگی شدید
 - سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی
 - اختلال روانپزشکی
 - دیابت بارداری
 - سابقه پره اکلامپسی
 - مصرف مواد افیونی - محرک و الککل

پرسش و تمرین

- ۱- زایمان را تعریف کنید.
- ۲- مهم ترین علایم زایمانی کدامند ؟
- ۳- وضعیت ، قرار و نمایش جنین را توضیح دهید.
- ۴- افتراق درد های واقعی از درد های کاذب زایمانی چگونه است ؟
- ۵- استخوانهای سر جنین را با استفاده از مولاژ بطور صحیح نمایش دهید .
- ۶- مراحل زایمانی را توضیح دهید .
- ۷- در کنترل انقباضات رحم شدت انقباض را چگونه می توان اندازه گیری کرد؟
- ۸- مانورهای زایمانی برای خروج سر جنین را توضیح دهید .
- ۹- علایم خروج جفت را نام ببرید.
- ۱۰- هدف از بازدید منزل چیست؟
- ۱۱- ماساژ خارجی رحم را جهت جلوگیری از خونریزی پس از زایمان توضیح دهید.
- ۱۲- بعد از خروج جفت ، در بررسی وضعیت رحم و خونریزی به چه نکاتی باید دقت کرد ؟
- ۱۳- عمده ترین دلیل خونریزی پس از زایمان چیست ؟
- ۱۴- در رابطه با ارزیابی نوزاد برحسب علایم آپگار توضیح دهید .
- ۱۵- نحوه تمیز کردن چشم ها و بدن نوزاد را توضیح دهید .
- ۱۶- مراقبت های مورد نیاز نوزاد را در ۶ ساعت اول پس از زایمان توضیح دهید؟
- ۱۷- حداقل ۶ مورد از نشانه های خطر نوزاد را نام ببرید ؟

فصل یازدهم: تغذیه با شیر مادر

اهداف آموزشی

- ۱- پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:
- ۲- مزایای شیر مادر برای کودک را توضیح دهید.
- ۳- مزایای شیردهی برای مادر را شرح دهید.
- ۴- مزایای شیر مادر برای خانواده، محیط زیست و جامعه را توضیح دهید.
- ۵- روش صحیح در آغوش گرفتن و شیردادن به شیرخوار را نمایش دهید.
- ۶- دسته بندی عوامل موثر بر حفظ و تداوم شیردهی را ذکر نمایید.
- ۷- انواع عوامل موثر بر حفظ شیردهی را نام ببرید.
- ۸- نشانه های سیری (کفایت شیردهی) را نام ببرید.
- ۹- راههای تشخیص کفایت شیر مادر را شرح دهید.
- ۱۰- احساس مسئولیت و دلسوزی کافی در مواجهه با مادر شیرده که از عدم کفایت شیر خود شاکی است را داشته باشید.
- ۱۱- آموزشهای تغذیه ای مناسب را به مادران شیرده ارائه نمایید.
- ۱۲- آموزشهای لازم را در صورت مشاهده بی کفایتی شیر بسته به علت در عرض ۲۰ دقیقه به مادر ارائه دهد. (بصورت ایفای نقش یا مواجهه مستقیم با مادر شیرده در خانه بهداشت)
- ۱۳- انواع مشکلات مادران شیرده را لیست نمایید.
- ۱۴- مشکلات مربوط به فرآیند شیردهی شیرخوار را نام ببرید.
- ۱۵- انواع مشکلات مربوط به بافت سینه مادر را لیست نمایید.
- ۱۶- اقدامات لازم در خصوص مواجهه با مشکلات مادران شیرده را شرح دهید.
- ۱۷- بیماریهای مربوط بافت سینه را با توجه به مشاهدات و علائم تشخیص دهید.

آشنایی با اهمیت و مزایای تغذیه با شیر مادر، روش صحیح شیر دادن به نوزاد

مزایای تغذیه با شیر مادر

مزایای تغذیه با شیر مادر برای کودک:

شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی نیاز به هیچ نوع ماده غذایی دیگر آب حتی در آب و هوای گرم ندارد: این شیوه تغذیه انحصاری با شیر مادر نامیده می شود.

مواد مغذی مختلف هر کدام به اندازه لازم در شیر مادر وجود دارند. ترکیب شیر مادر در طول هر وعده تغییر می کند: ابتدا رقیق است برای رفع تشنگی او و در انتهای وعده غلیظ و چرب است برای تامین انرژی جهت رشد کودک. باید اجازه داد شیرخوار به مکیدن ادامه دهد و خودش پستان را رها کند تا قسمت آخر شیر را هم دریافت نماید. ترکیبات شیر مادر متناسب با رشد و بزرگتر شدن شیرخوار نیز تغییر می کند. آغوز (کلستروم یا ماک) یا شیر روزهای اول، غلیظ و زردرنگ و بسیار مغذی است و دارای مواد ایمنی بخش برای حفاظت شیرخوار در برابر بیماری ها است.

شیر مادر حاوی مواد ایمنی بخش برای حفظ کودک در برابر عفونت‌هاست و سبب ابتلا کمتر کودک به اسهال و سرماخوردگی و سایر بیماری‌های شایع می‌شود. شیر مادر بهترین الگوی رشد و تکامل را برای کودک فراهم می‌کند. تکامل بینایی و راه رفتن در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌شوند خیلی سریع‌تر است. مکیدن پستان باعث رشد طبیعی فک و دندان‌ها می‌شود. شیر مادر احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، چاقی و دیابت را در بزرگسالی کاهش می‌دهد. بهره‌مندی در کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، بالاتر است.

رابطه عاطفی مادر و کودک هنگام شیردادن سبب می‌شود کودک در دوران بلوغ از امنیت روانی بیشتری برخوردار باشد.

مزایای شیردهی برای مادر :

- شیر مادر تازه و همیشه در دسترس است، نیاز به آماده کردن ندارد.
- قطع زودتر خونریزی پس از زایمان و در نتیجه احتمال کمتر ابتلا به کم‌خونی
- برگشت زودتر وزن و اندام مادر به حالت طبیعی پس از زایمان
- ابتلا کمتر به سرطان پستان و تخمدان
- ابتلا کمتر به استرس و اضطراب و افسردگی و وضع روحی روانی بهتر
- در هنگام کهولت کمتر ابتلا کمتر به پوکی استخوان
- شیردهی مرتب در ماه‌های اول، احتمال کمتر حاملگی زودرس و ناخواسته (در صورت رعایت شرایط خاص شیردهی)
- به علاوه، مادر در زمان شیردادن کمی هم استراحت می‌کند.

مزایای تغذیه با شیرمادر برای خانواده، محیط زیست و جامعه :

- شیرمادر هزینه ندارد، تغذیه مصنوعی موجب فشار اقتصادی به خانواده می‌شود.
- بیماری کمتر کودک = هزینه درمان بیماری‌ها و بستری شدن کودک کمتر...
- محبت و روابط عاطفی نزدیک‌تر مادر و کودک...
- شیرمادر: کمک به حفظ محیط زیست بخاطر عدم برداشت منابع طبیعی..
- شیرمصنوعی: آلودگی زیست محیطی، نیازمند بسته بندی، حمل و نقل، صرف منابع طبیعی (سوخت، آب سالم..)
- افزایش شیردهی در جامعه = هزینه کمتر دارو و درمان و بستری شدن، هزینه تولید و واردات شیرمصنوعی کمتر ..

اهمیت وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار:

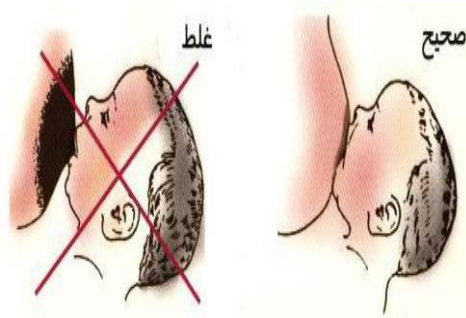
باید به نحوه در آغوش گرفتن شیرخوار و گرفتن پستان او بویژه در روزها و هفته‌های اول شیردهی، توجه خاص داشت، زیرا : نحوه در آغوش گرفتن و بخصوص پستان گرفتن شیرخوار، پایه و اصل موفقیت در تغذیه با شیرمادر است.

وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار :



نحوه صحیح پستان گرفتن شیرخوار :

دهان شیرخوار کاملاً باز است . لب تحتانی به سمت بیرون برگشته است . چانه کودک در تماس با پستان مادر باشد . اگر هاله دیده می شود قسمت بیشتری از هاله در بالای لب فوقانی شیرخوار در مقایسه با لب پائینی دیده می شود .



علائم مکیدن موثر و تغذیه ای :

- مکیدن های آهسته، همراه با مکث ها
- گونه ها موقع مکیدن برآمده است
- شیرخوار پس از شیرخوردن، خود پستان را رها می کند
- مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود
- نداشتن احساس درد و ناراحتی مادر هنگام شیر دادن
- شنیدن صدای بلع با یا بدون گوشی در روی گلو

نتایج نادرست گرفتن پستان توسط شیرخوار :

- نوک پستان دردناک، زخم نوک پستان
- انسداد مجاری شیر، احتقان پستان، عفونت پستان
- کاهش انتقال شیر از پستان به دهان شیرخوار
- گریه و عدم رضایت شیرخوار
- طولانی و مکرر شیرخوردن شیرخوار
- کندی رشد (عدم وزن گیری مناسب شیرخوار)
- کاهش تولید شیرمادر
- کاهش طول مدت شیردهی و گاهی قطع شیردهی

روشهای کمک به مادرشیرده جهت تولید کافی شیر مادر ، روش برخورد با مشکلات مادران شیرده

اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر واقعیتی است که در رهنمودهای طب سنتی و نیز علم نوین تاکید و توجه خاصی به آن شده است . اما آنچه در این مقوله حائز اهمیت است امنیت خاطر و باور ذهنی در مادر مبنی بر کفایت شیر او برای نوزادش می باشد. چرا که تا زمانی که مادر در زمینه کفایت یا عدم کفایت شیر خود دچار استرس باشد ، این استرس منجر به مهار واکنش خروج شیر شده و تولید آن را کاهش می دهد.

لازم به ذکر است برخی مشکلات بر کفایت شیردهی خصوصاً در روزهای اولیه تاثیر گذار بوده و اقدام لازم و به موقع منجر به رفع سریع و شیردهی موفق مادران شیرده می شود که لزوم و اهمیت آموزشها مادران شیرده را یادآور می شود.

نکته : بهترین راه افزایش شیرمادر مکیدن موثر و مکرر شیرخوار است .

عوامل موثر بر حفظ و تداوم شیردهی :

۱. عوامل مربوط به مادر شیرده

- جلوگیری از کار زیاد و خستگی مادر (در ۴-۶ ماه اول بعد تولد)
- رژیم غذایی مناسب مادر شیرده

- عدم استفاده از روشهای هورمونی ترکیبی پیشگیری از بارداری
- جلوگیری از استرس و نگرانی مادر شیرده
- هم اتاقی مادر و شیرخوار و عدم جدایی

۲. عوامل مربوط به نحوه تغذیه شیرخوار

- رعایت وضعیت صحیح شیردهی
- تکرر شیردهی برحسب میل و تقاضای شیرخوار
- شیردهی در شب
- تخلیه کامل سینه ها
- تغذیه از هردوسینه و بطور متناوب
- عدم شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی
- جلوگیری از سردرگمی شیرخوار
- بیدار کردن شیرخوار برای تغذیه

عوامل تغذیه ای مادر موثر بر تولید شیر :

- کاهش وزن ناگهانی (بیش از ۴۵۰ گرم در هفته)
 - BMI خیلی پایین (سوء تغذیه شدید) مادر قبل از بارداری
 - مصرف مواد غذایی افزایش دهنده شیر مانند رازیانه و جو دوسروشنبلبله و شبدر و ریحان و...
- تذکر: استفاده از مواد غذایی شیرافزا در مواردی که عدم کفایت شیر دلایل دیگری دارد یا بررسی نگردیده است نباید استفاده شود.
- توجه: هرچند مصرف مایعات فراوان خصوصا آب و شیر بر روی میزان تولید شیر مادر تاثیر ندارد ولی از کم آبی مادر پیشگیری میکند.

راههای تشخیص کفایت شیرمادر :

۱. افزایش وزن و بررسی منحنی رشد شیرخوار : بهترین راه تشخیص کفایت شیرمادر ، افزایش وزن شیرخوار بر اساس منحنی رشد او می باشد.
۲. تعداد دفعات دفع مدفوع و ادرار: میزان طبیعی دفع های شیرخوار در صورت کفایت شیر به قرار زیر است
 - ۱ بار دفع مدفوع و ۱ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در روز اول
 - ۲-۳ بار دفع مدفوع و ۲-۳ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در روز دوم
 - ۲-۳ بار دفع مدفوع و ۳-۴ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در روز سوم
 - حداقل ۲ بارو بیشتر اجابت مزاج و ۶-۸ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در ۲۴ ساعت از روز ۴ تا ۷ پس از تولد تا یک ماهگی
۳. هوشیار بودن شیرخوار
۴. قدرت عضلانی مناسب شیرخوار
۵. پوست شاداب شیرخوار

نشانه های سیری شیرخوار :

- توقف صدای بلع
- افزایش مکیدنهای غیرتغذیه ای شیرخوار
- رها کردن سینه و ریلکس شدن و به خواب رفتن شیرخوار

- توقف بیشتر بین دفعات مکیدن
- رفع نشانه های گرسنگی (حرکات دهان ، مکیدن لب و انگشت ، نق زدن و صدا های ظریف ، به دهان بردن هرچیز)

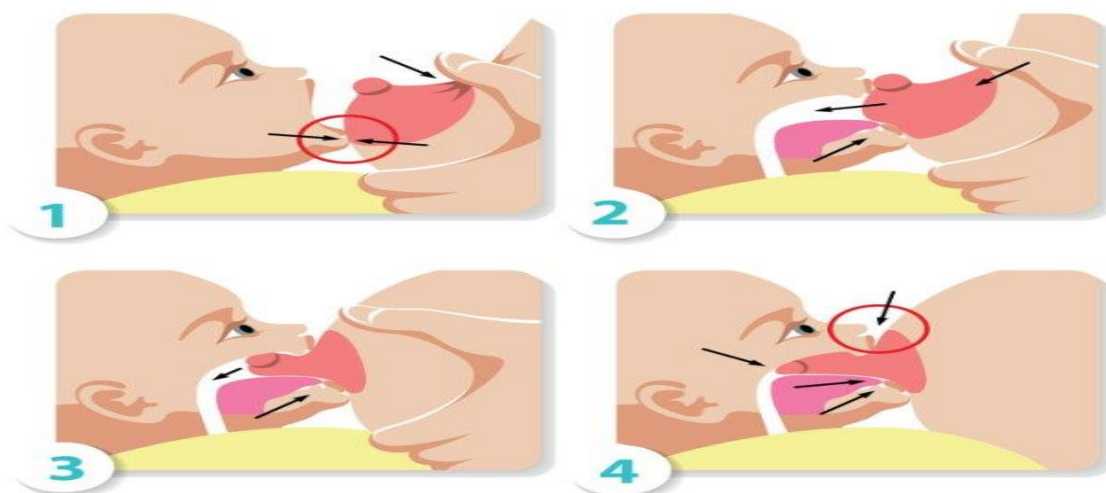
توجه : باید با برنامه مرتب شیردهی از علائم دیررس گرسنگی شیرخوار مانند گریه و جیغ زدن و کمانه زدن اجتناب کرد.

راههای مواجهه با عدم کفایت شیرمادر :

۱. بررسی علل احتمالی ناکافی بودن شیر
۲. بررسی بیماری یا ناهنجاریهای جسمی مادر و شیرخوار
۳. انجام مشاوره و تهیه شرح حال تغذیه ای مادر شیرده
۴. مشاهده و بررسی یک وعده تغذیه با شیرمادر از نظر نحوه بغل گرفتن و نحوه سینه گرفتن و بررسی تماس عاطفی و امتناع شیرخوار

نکته : بررسی موارد فوق باید به صورت متناوب و مداوم تکرار گردد.

نحوه صحیح به سینه گذاشتن شیرخوار :



توجه : در صورت عدم امکان تغذیه مکرر شیرخوار بوسیله مکیدن به هر علت باید تخلیه مرتب سینه ها از طریق دوشیدن انجام شود .

آموزش نحوه دوشیدن شیر به مادر :

- بازتاب جریان شیر را تحریک کند و آماده دوشیدن شود.
- به دقت دستهایش را بشوید.
- در جای راحتی بنشیند.
- ظرف متناسب دهان گشادی را زیر آرنج بگیرد.
- انگشت شست خود را بالای سینه و انگشت اشاره را در طرف مقابل در لبه خارجی هاله با فاصله (حدود ۴ سانتی متر عقب تر از نوک سینه) قرار دهد.
- در این وضعیت سینه را بین دو انگشت شست و اشاره چندین بار فشار دهد.
- اگر شیر خارج نشود باید انگشتان را جابه جا کند و فشار داده و رها کند و این عمل را دور هاله سینه تکرار کند.
- این عمل را در جهات مختلف و با همان فاصله تکرار نماید تا مجاری تمام قسمتهای سینه دوشیده شود و از فشار دادن نوک سینه پرهیزد.

- یک سینه را بدوشد تا زمانی که خروج شیر کند شده یا به چکه بیفتد و سپس سینه دیگر را تا چکیده شدن شیر بدوشد.

- به همین ترتیب سینه ها را متناوب ۳ بار بمدت حداقل ۲۰-۳۰ دقیقه بدوشد.

تحریک کردن بازتاب جریان شیر (رفلکس اکسی توسین) :

- حمایت روحی و روانی مادر: افزایش اعتماد بنفس و کاهش اضطراب و
- انتخاب محل مناسب: آرام و خلوت یا نزدیک عزیزان یا در جمع سایر مادران شیرده
- تحریک روانی مادر: بصورت بغل کردن و تماس پوست با پوست شیرخوار یا نگاه کردن به عکس و بوییدن لباس شیرخوار در صورت عدم حضور شیرخوار
- گرم کردن سینه ها: بوسیله کمپرس گرم یا ماساژ با آب گرم یا دوش گرفتن
- تحریک نوک سینه ها: به سمت خارج کشیدن نوک سینه ها یا بصورت دورانی
- ماساژ سینه ها: بصورت ضربه زدن یا لمس ملایم با انگشت یا وسیله دیگر و یا غلتاندن مشت بسته بر روی سینه
- ماساژ پشت مادر بوسیله فرد همراه

انواع مشکلات مادران شیرده : مشکلات مادران شیرده به دو دسته تقسیم می شود:

الف - مشکلات مربوط به فرآیند شیردهی و شیرخوار

۱. کافی نبودن شیر : علل آن عبارتند از :

- عدم تکامل بافت سینه
- صدمه وارد به سینه به علت جراحی و یا آسیب فیزیکی
- اختلالات هورمونی مانند اختلالات تیروئیدی و سندرم شیهان و باقی ماندن جفت و...
- اختلالات متابولیکی در مادر مانند دیابت، چاقی و کم خونی
- مداخلات و اقدامات پزشکی در حین بارداری و لیبر و زایمان مانند بی حسی اپیدورال و سزارین و ..

۲. گریه شیرخوار : که علل آن عبارتند از :

- تلقیح واکسن
- گرسنگی ناشی از جهش رشد
- خستگی شیرخوار (ملاقات زیاد)
- غذا یا داروهای مصرفی مادر
- زخم بودن باسن شیرخوار یا کهنه کثیف
- بیماری یا درد (الگوی گریه تغییر میکند)
- تولید بیش از اندازه و جریان سریع شیر
- شیرخواران پرتوقع یا با نیازهای زیاد
- قرار گرفتن در محیط نامناسب (گرم یا سرد شدن شیرخوار یا در هوای آلوده به دود سیگار)
- مشکلات جسمی شیرخوار مانند قولنج و دررفتگی و صدمه زایمان و پیچش بیضه و.....

۳. امتناع شیرخوار از گرفتن سینه : علل متعدد امتناع شیرخوار عبارتند از:

- بیماری یا رخوت ناشی از داروها در شیرخوار
- وجود اشکال در تکنیکهای شیردهی
- تغییرات منجر به آشفته گی شیرخوار
- امتناع از شیر خوردن غیر واقعی و ظاهری

- سرما و گرمای بیش از حد محیط (هیپوترمی و هیپرترمی)

ب- مشکلات مربوط به بافت سینه مادر

۱. مشکلات نوک سینه :

- نوک سینه صاف
- نوک سینه فرورفته
- نوک سینه دراز
- زخم و درد و شقاق نوک سینه
- کاندیدا (برفک) نوک سینه

۲. بیماریهای سینه :

- مشکلات غیر عفونی سینه : (انسداد مجاری سینه ، سینه کوچک یا بزرگ ، احتقان سینه ، ماستیت غیر عفونی)
- مشکلات عفونی سینه : (ماستیت عفونی و آبسه)

روش برخورد با مشکلات مربوط به بافت سینه :

نوک سینه صاف : آموزش مادر و استفاده از تکنیک سرنگ یا محافظ سینه

نوک سینه فرورفته : آموزش مادر و دادن اعتماد به نفس در جهت تماس پوست با پوست و تکرار مکیدن (جلوگیری از احتقان سینه) و استفاده از تکنیک سرنگ یا پمپ دستی و در نهایت استفاده از محافظ سینه یا عمل جراحی

نوک سینه دراز : آموزش قرار دادن نسج کافی بافت سینه در دهان شیرخوار

زخم و درد و شقاق نوک سینه : آموزش مادر در راستای اصلاح سینه گرفتن و ماساژ سینه برای تحریک بازتاب اکسی توسین ، کمپرس گرم سینه و قرار دادن یک قطره شیر بعد از شیردهی روی نوک سینه و مالش با انگشت ، عدم نیاز به پماد یا لوسیون و شستشوی مکرر ، استفاده از مسکن در صورت درد شدید مادر

کاندیدا یا برفک سینه : این عفونت به دنبال درمان ماستیت و سایر عفونتها با آنتی بیوتیک ایجاد می شود . کمبود تغذیه ای دیابت و درمان کورتیکواستروئیدی طولانی مدت از عوامل زمینه ساز آن می باشد.

علائم برفک: سوزش شدید و خارش و قرمزی نوک سینه ، درد تیرکشنده عمقی و حساسیت شدید نوک سینه در لمس **راهکارها:** استفاده از سوسپانسیون نیستاتین برای شیرخوار (روزی ۴ بار) و یا پمادهای ضد قارچ (مایکونازول و نیستاتین) برای مادر به مدت هفت روز طبق دستور پزشک به شیرخوار بطری یا گول زنک ندهید.

انسداد مجاری سینه : این حالت سبب لمس توده در سینه مادر شیرده می شود و حتی حساسیت متوسط تا شدید در ناحیه مبتلا رخ دهد و درمان سریع برای جلوگیری از ماستیت و آبسه ضروری است .

عوامل مستعد کننده انسداد غیر آناتومی: فاصله طولانی بین دفعات شیردهی ، تخلیه ناکامل سینه ، ترومای سینه یا اندازه نامناسب سینه بند ، خوابیدن به شکم مادر یا خوابیدن کودک در روی سینه مادر

راهکارها : آموزش به مادر برای اصلاح وضعیت سینه گرفتن و تخلیه مکرر سینه ، خم شدن به جلو در سینه های پاندولی ، استفاده از کمپرس گرم قبل از تخلیه سینه ، ماساژ روی بخش درگیر و فشار عقب بخش درگیر برای بهبود جریان شیر **نکته :** در موارد انسداد آناتومی ارجاع به متخصص جهت رفع مشکل

سینه کوچک: اطمینان به مادر از نظر عدم وجود مشکل در تولید شیر ، توصیه به افزایش دفعات شیردهی به علت ذخیره کمتر شیر

سینه بزرگ: استفاده از سینه بند مناسب برای کاهش مشکلات سینه در طول روز ، دوشیدن سینه و تخلیه کامل سینه ها ، استفاده از یک حوله لوله شده برای نگهداری سینه حین شیر دادن ، استفاده از وضعیت خوابیده یا زیر بغلی

احتقان سینه: دردناک و متورم شدن بافت سینه بدون عفونت را احتقان سینه گفته می شود.

شبکه عروقی سینه و تولید شیری پس از زایمان افزایش می یابد و سینه قوام سفت و دردناک و گرم پیدا میکند و نوک سینه تحت کشش قرار می گیرد و سینه ها براق و گاهی قرمز رنگ می شود.

احتقان حتی بدون درمان نیز معمولاً در عرض ۳-۱ روز تخفیف پیدا می کند ولی در موارد معدود در صورت عدم بهبود باعث آتروپی سلولهای تولید کننده شیر می شود

راهکارهای کمک کننده: مهمترین اقدام تخلیه هرچه سریعتر سینه ها با مکیدن مکرر شیرخوار یا دوشیدن است ، استفاده از کمپرس گرم قبل از تخلیه و استفاده از کمپرس سرد بعد از تخلیه سینه ، اصلاح وضعیت سینه گرفتن ، ماساژ پشت، گردن و سینه

ماستیت: التهاب و عفونت منتشر در بافت سینه به همراه درد و تب را ماستیت می گویند. در دونوع عفونی و غیرعفونی می باشد. در صورتیکه علت ایجاد التهاب عفونت باکتریایی باشد ماستیت عفونی گفته می شود. اگر عامل التهاب تجمع شیر باشد ماستیت غیر عفونی نامیده می شود. مانند احتقان سینه متورم و سفت و دارای پوست قرمز می باشد . فرق آن با احتقان در این است که ماستیت فقط قسمتی از بافت سینه و به ندرت یک سینه را درگیر می کند اما احتقان کل یک سینه و اغلب هردوسینه را مبتلا می کند.

شایعترین محل ماستیت ربع فوقانی -خارجی سینه است و اکثراً در ۴ ماه اول بعد از زایمان رخ می دهد.

راهکارهای درمان ماستیت : شیردهی از سینه مبتلا تا حد امکان و تخلیه مکرر ، استفاده از کمپرس سرد یا گرم در فواصل شیری ، استراحت و مصرف مایعات و استفاده از مسکن ، در صورت عدم بهبود درد یا التهاب بعد از ۲۴ ساعت ارجاع به متخصص برای شروع درمان آنتی بیوتیک

آبسه سینه : تجمع لوکالیزه عفونت در بافت سینه را آبسه می گویند.

آبسه به علت تخلیه ناکافی عفونت باکتریال رخ می دهد و شایعترین عارضه ماستیت عفونی می باشد. تشخیص آن از طریق سونوگرافی می باشد .

راهکارها : استراحت کافی ، دوشیدن سینه آبسه دار (تخلیه کامل) و تغذیه شیرخوار با سینه سالم ، ارجاع به پزشک جهت تجویز آنتی بیوتیک و درمان (شکافتن) و تخلیه یا جراحی آبسه

پرسش و تمرین

- ۱- مزایای تغذیه با شیرمادر برای کودک را شرح دهید.
- ۲- فواید شیردهی برای مادر را بیان کنید.
- ۳- مزایای شیر مادر برای خانواده، محیط زیست و جامعه را توضیح دهید.
- ۴- نحوه در آغوش گرفتن شیرخوار در هنگام شیر دادن بیان کنید.
- ۵- نحوه صحیح پستان گذاشتن شیرخوار با استفاده از عروسک نشان دهید.
- ۶- چهار مورد از عوامل موثر بر تداوم شیردهی مربوط به نحوه شیردهی را لیست کنید.
- ۷- چهار مورد از عوامل موثر بر تداوم شیردهی مربوط به مادر شیرده را نام ببرید.
- ۸- عوامل موثر مادری را بر روی تولید شیر توضیح دهید.
- ۹- نشانه های سیری (کفایت شیر) را نام ببرید.
- ۱۰- راههای تشخیص کفایت شیر را شرح دهید.
- ۱۱- نحوه صحیح سینه گرفتن شیرخوار را در شرح دهید.
- ۱۲- چهار مورد از علل ناکافی بودن شیر را نام ببرید.
- ۱۳- انواع بیماریهای مربوط به بافت سینه مادر را شرح دهید.
- ۱۴- مشکلات غیرعفونی سینه مادر را لیست کرده و راههای برخورد با آنها را شرح دهید.
- ۱۵- آموزشهای لازم را به مادر در خصوص مواجهه با امتناع شیرخوار یا گریه شدید او ارائه نمایید.

فصل دوازدهم: آشنایی با خدمات مادر ایمن (مشاوره قبل و حین بارداری، کمک به زایمان و مراقبت پس از زایمان)

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:

- ۱- مراحل مراقبت دوران بارداری را براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران نام ببرید.
- ۲- مفهوم رنگها را براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران توضیح دهید.
- ۳- تعاریف مراقبت های دوران بارداری را بیان کنید.
- ۴- مراقبت مادر باردار در نیمه اول بارداری براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران انجام دهید.
- ۵- مراقبت مادر باردار در نیمه دوم بارداری براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران انجام دهید.

آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و اصول کلی

سال های متمادی دسترسی به مراقبت ها به عنوان اولویت نظام بهداشت و درمان، پوشش کمی مراقبت ها را به حد قابل توجهی افزایش داده است. از آن پس بهبود کیفیت مورد توجه سیاست گذاران برنامه سلامت قرار گرفت که از ارکان آن استاندارد کردن خدمات است.

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران با استفاده از منابع علمی معتبر دنیا و آخرین دستورالعمل های اداره سلامت مادران تدوین گردیده است. بهره گیری از آن در ارائه خدمت، برای ارائه دهندگان خدمت مفید و در ارتقاء سلامت مادران و بهبود شاخص های سلامت کشور موثر باشد.

این مجموعه شامل: جداول مراقبت های بارداری و پس از زایمان (مرور کلی و سریع)، مراقبت های معمول بارداری (بخش الف)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش ب)، راهنما (بخش ت) و ضمیمه است

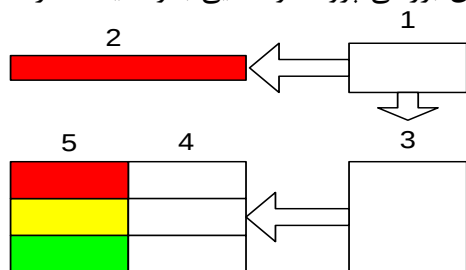
جداول راهنمای مراقبتهای بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در بارداری و پس از زایمان به مادر ارایه می شود. تقسیم بندی خدمات در این جداول بر اساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در ستون زیرین آن مشخص شده به مادر ارایه می گردد

بخش مراقبت های معمول بارداری (الف) بر حسب زمان مراجعه مادر باردار (اولین مراجعه و یا مراجعه در نیمه های اول و دوم بارداری)، بررسی مادر از یکی از صفحات الف ۱، الف ۲، الف ۳ شروع می شود. هر صفحه را همیشه از سمت راست و بالا (مانند شکل زیر باید شروع کنید:

خانه شماره ۱- ارزیابی علایم خطر فوری

خانه شماره ۲- اقدام در صورت وجود علائم خطر فوری

خانه شماره ۳- در صورت نداشتن علائم خطر فوری، ارزیابی مادر از طریق بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر (سؤال/ اندازه گیری/ معاینه)



خانه شماره ۴- گروه بندی علائم و نشانه ها بر اساس نتایج ارزیابی

خانه شماره ۵- اقدام بر حسب نتیجه گروه بندی علائم و نشانه ها

مفهوم رنگها

رنگ	مفهوم رنگ	اقدام	زمان پیگیری
-----	-----------	-------	-------------

قرمز	تهدید جان مادر و جنین/نوزاد	ارجاع فوری یا اعزام بلافاصله (بلافاصله مراجعه به نزدیکترین مرکز مجهز درمانی) *	حداکثر تا ۲۴ ساعت
------	-----------------------------	--	-------------------

* در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن اقدامات اولیه حین اعزام سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. همچنین لازم است وضعیت به رابط مادر پرخطر اعلام گردد.

رنگ	مفهوم رنگ	اقدام	زمان پیگیری
زرد	نیاز مادرو یا نوزاد به اقدام خاص	- برحسب نوع عارضه: - ارجاع در اولین فرصت (مشخص شدن بررسی و نتیجه ارجاع در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه) - ارجاع غیر فوری (مشخص شدن بررسی و نتیجه ارجاع حداکثر طی یک هفته پس از مراجعه)	- ارجاع اولین فرصت تا ۴۸ ساعت (اگر به هر دلیلی طی ۴۸ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، حکم ارجاع فوری را می یابد). - ارجاع غیر فوری پس از یک هفته (اگر به هر دلیلی پس از یک هفته به سطح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پیگیری شود).

رنگ	مفهوم رنگ	اقدام	زمان پیگیری
سبز	امکان ارائه خدمت	بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر	تاکید به مادر و همراهان به مراجعه جهت دریافت مراقبت های بارداری و پس از زایمان در تاریخ تعیین شده، در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.

نکته: اگر مادر به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، غیرفوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.

نکته: در برخی خانه های «اقدام»، مراقبت ها در بیش از یک حالت تعریف می شود یعنی اقدام های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می شود با رنگ مختص آن نوع «ارجاع» در داخل خانه اصلی مشخص شده است.

اصول کلی

۱. لازم است تمامی خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت های پیش از بارداری را به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام دهند تا مادر بارداری و زایمان ایمن داشته باشد. در این صورت باید خانم به پزشک یا ماما ارجاع شود. در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت پیش از بارداری در سال تا زمان بارداری، کفایت می کند. و در صورت تشخیص عارضه، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک/ ماما تعیین می شود.

۲. علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.
۳. اگر مادر به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، ارجاع غیر فوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
۴. لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی در فرم‌های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگهداری شود. (ثبت در سامانه سیب)
۵. پس‌خوراندهای پزشک/ ماما در موارد ارجاع و یا مراقبت‌های ویژه، باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.
۶. نتیجه آزمایش‌های بارداری می‌بایست در فرم مراقبت بارداری، به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.
۷. پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین‌تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
۸. مراقبت‌های بارداری باید به محض مثبت شدن نتیجه آزمایش بارداری ارایه گردد.
۹. در اولین مراجعه مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و با توجه به سن بارداری، ادامه مراقبت‌ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.
۱۰. زمان ملاقات‌های مادر براساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی‌داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.
۱۱. هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک سابقه یا ابتلا به بیماری را از مادر سؤال می‌کند و معاینه فیزیکی را انجام می‌دهد. نتیجه آزمایش‌ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می‌کند.
۱۲. دفعات مراقبت ویژه مادر برحسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پس‌خوراند متفاوت خواهد بود.
۱۳. هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان‌پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود. درمان بیماری‌های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
۱۴. سه ماهه اول بارداری (هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری)، سه ماهه دوم (هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری) و سه ماهه سوم (هفته ۲۹ تا زمان زایمان) در نظر بگیرید.
۱۵. انجام زایمان مادر در معرض خطر در منزل، به هیچ وجه جایز نیست.
۱۶. به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرآیند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس‌های آمادگی برای زایمان معرفی شود.
۱۷. مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود، چنانچه به هر علتی زایمان در منزل انجام گردید، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود.
۱۸. در صورت انجام زایمان در منزل، مادر و نوزاد باید تا ۶ ساعت پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند و نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک طبق "مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم" ارزیابی شود.
۱۹. مراقبت‌های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) طی ۳ نوبت انجام می‌شود:
- مراقبت روزهای ۳ تا ۵ - مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ - مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵
۲۰. مراقبت‌های معمول پس از زایمان مادر، طی ۳ ملاقات انجام می‌شود:
- ملاقات روزهای ۱ تا ۳ - ملاقات روزهای ۱۰ تا ۱۵ - ملاقات روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان
۲۱. برای مادری که در بیمارستان زایمان می‌کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می‌توان مراقبت نوبت اول پس از زایمان محسوب کرد.

جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان فصل مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۶ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
صاحبه و شکایت یا بررسی پرونده	ارجاع به پزشک یاماما	- تشکیل پرونده ، وضعیت بارداری فعلی و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر -تغذیه و مصرف مکمل های غذایی -علائم خطر	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر غربالگری سلامت روان -تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر -تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر غربالگری سلامت روان -تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر غربالگری سلامت روان -تغذیه و مصرف مکمل های غذایی
معاینه بالیینی		- اندازه گیری قد و وزن - تعیین نمایه توده بدنی وزن گیری - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم ،پوست،اندام،دهان و دندان)	- اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم ،پوست،اندام،دهان و دندان) - صدای قلب جنین -ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم ،پوست،اندام،دهان و دندان) - صدای قلب جنین -ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم ،پوست،اندام) - صدای قلب جنین -ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم ،پوست،اندام) - صدای قلب جنین -ارتفاع رحم
ایش ها یا بررسی تکمیلی		-ارجاع جهت درخواست آزمایش های معمول نوبت اول -پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۳- ۱۱ بارداری	-ارجاع جهت درخواست سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری -پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۷-۱۵ بارداری	-ارجاع جهت درخواست آزمایش های معمول نوبت دوم	-ارجاع جهت درخواست سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری - تست تشخیص سریع HIV در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری	-----
موزش و مشاوره		- بهداشت فردی ، روان،جنسی ، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع -غربالگری ناهنجاری جنین - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی ، روان،جنسی ، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع -مصرف سیگار،موادافیونی،الکل - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی ، روان،جنسی ، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر، شکایت های شایع -مصرف سیگار،موادافیونی،الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/ زمان مناسب بارداری بعدی -توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی	-بهداشت روان،جنسی - علائم خطر، شکایت های شایع -مصرف سیگار،موادافیونی،الکل - شیردهی - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی - مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی
نمل های دارویی ن سازی	اسید فولیک(از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین(از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)					
	توأم، آنفلوآنزا (در صورت نیاز) - ارجاع جهت تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)					

*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می شود.

جدول راهنمای مراقبت های پس از زایمان(مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ روز های ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۴۲ تا ۶۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- مشخصات، وضعیت زایمان - سوابق بارداری های اخیر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل های دارویی	- مشخصات، وضعیت زایمان - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل های دارویی	- مشخصات، وضعیت زایمان - علائم خطر و عوارض - غربالگری سلامت روان - مصرف مکمل های دارویی
معاینه بالینی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی،	- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی
آزمایش ها	----- -	----- ----	پاپ اسمیر (در صورت نیاز) -ارجاع جهت درخواست آزمایش برای مبتلایان به دیابت بارداری
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد
مکمل های دارویی	آهن و مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن سازی	ارجاع جهت تزریق رگام در مادر ارهانش منفی با نوزاد ارهانش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	----- --	-----

الف - ملاقات های معمول بارداری

الف-۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید

اقدام

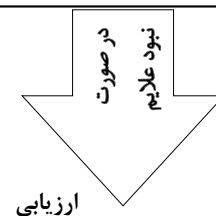
-در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد، خونریزی
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هر یک از علائم

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام اقدامات قبل از اعزام:
الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام



تشکیل پرونده

گرفتن شرح حال: وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، وضعیت باردار و زایمان قبلی، بررسی رفتار پر خطر، وضعیت ایمن سازی مطابق فرم مراقبت

اندازه گیری کنید:

وزن، قد، نمایه توده بدنی
علائم حیاتی

سوابق بارداری و زایمان قبلی
پره اکلامتسی، دیابت بارداری، چنقلویی، سزارین، خونریزی پس از زایمان، زایمان سریع، زایمان سخت، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، مول / حاملگی نابجا، زایمان دیررس، زایمان زودرس، جراحی بر روی رحم، تأخیر رشد داخل رحمی، نوزاد ناهنجار، سقط مکرر، مرده زایی، مرگ نوزاد، نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم، نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم

ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما

ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما

وضعیت بارداری فعلی	ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما
بارداری زیر 18 و بالای 35 سال، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، شغل سخت و سنگین، چنقلویی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، ارهانش منفی، مصرف مواد افیونی و محرک، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی ناخواسته، اختلال ژنتیکی یا ناهنجاریدر زوجین یا بستگان درجه اول	ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما
سوابق بارداری و زایمان قبلی	ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما
پره اکلامتسی، دیابت بارداری، چنقلویی، سزارین، خونریزی پس از زایمان، زایمان سریع، زایمان سخت، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، مول / حاملگی نابجا، زایمان دیررس، زایمان زودرس، جراحی بر روی رحم، تأخیر رشد داخل رحمی، نوزاد ناهنجار، سقط مکرر، مرده زایی، مرگ نوزاد، نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم، نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم	ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما
سابقه زندان، سابقه تزرییس مکرر خون، سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده	ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما
ارزیابی معمول مادر با توجه هفته بارداری طبس ب 2 و ب 3 و ایمن سازی در صورت نیاز- ارجاع غیر فوری به پزشک / ماما به منظور: -درخواست آزمایش های معمول -معاینه فیزیکی -بررسی بیماری و ناهنجاری ها	

الف ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید

- در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک (نیض تند وضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- خونریزی
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود
هریک از علایم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام

اقدامات قبل از اعزام:

الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با ایروی، خواباندن مادر به پهلو چپ و عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

اقدام

گروه بندی علایم و نشانه ها

- حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری	لکه بینی، سوزش ادرار، آبریزش، درد شکم و یا پهلوه، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، استفراغ شدید یا خونی، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، تب، فشارخون بالا، ضربه مستقیم به شکم و لگن، فوریت روانپزشکی
- اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیرفوری و در صورت عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک - توجه به نکات مربوط به شنیدن صدای قلب جنین	وزن گیری نامناسب، ترشحات بدوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، خارش پوست، بثورات پوستی، ورم دستها و صورت، سوء تغذیه، اختلال روانپزشکی، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری، نشنیدن صدای قلب جنین، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان
- برقراری ارتباط مناسب (طبق تعاریف بارداری) - به مادر توصیه کنید که از افراد قابل اعتماد برای کنترل رفتار پرخطرانه کمک بخواهد - در صورت وجود آسیب جسمی و یا علائم خطر فوری: ارجاع فوری به بیمارستان	همسر آزاری
- تجویز مکمل های دارویی طبس ت ۱ - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم نمودار وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - غربالگری سلامت روان - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱ - ۱۳ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۵ - ۱۷ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی - ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما برای سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری	شکایت های شایع یا طبیعی بودن همه موارد

۳ ۹ ۳
۱ ۱ ۱

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:

لکه بینی، آبریزش، تنگی نفس و تشنج قلب، مشکلات ادراری - تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشکلات دهان و دندان، اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و تغذیه، همسرآزاری، تروما، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای

قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها و صورت

الف ۳-مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید

-در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
-شوکه (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
-پاره شدن کیسه آب
-درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هریک از

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام اقدامات قبل از اعزام:
(الف) شوک و اختلال هوشیاری : عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
(ب) تشنج : باز کردن راه هوایی با ایروی ، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:

لکه بینی، آبریزش، درد، مشکلات ادراری - تناسلی، استفراغ، حرکت جنین، مشکلات پوستی ، مشکلات دهان و دندان، تنگی نفس، و تپش همسر آزاری، اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و تغذیه، تروما، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین
معاینه کنید:
چشم، پوست ، اندام ها ، صورت و دهان و دندان

لکه بینی، سوزش ادرار، استفراغ شدید یا خونی، فشارخون بالا، تب، آبریزش، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها، افزایش وزن ناگهانی، نشنیدن یا غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین، کاهش یا عدم حرکت جنین، ورم دستها و صورت، سن بارداری بیش از ۴۰ هفته، ضربه مستقیم به شکم و لگن، فوریت روان پزشکی	-حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، خارش پوست، بثورات پوستی، سوء تغذیه، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	-اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان : ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک
همسر آزاری	-برقراری ارتباط مناسب (طبق تعاریف بارداری) -به مادر توصیه کنید که از افراد قابل اعتماد برای کنترل رفتار پر خاشگرانه کمک بخواهد -در صورت وجود آسیب جسمی و یا علائم خطر فوری : ارجاع فوری به بیمارستان
شکایت های شایع یا طبیعی بودن همه موارد	-تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱ -آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم نمودار وزن گیری -توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان -آموزش زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات- هفته ۳۵ تا ۳۷ طبق ت ۲ -تعیین تاریخ مراجعه بعدی -ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما : درخواست آزمایش هفته ۲۴ - تا ۳۰ بارداری درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ - تا ۳۴ تزریق رگام از هفته ۲۸ - تا ۳۴ بارداری

تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آزمایشهای معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و ارهاش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN، کراتینین و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۴ - ۲۸ انجام شود) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و (OGTT در افراد غیردیابتیک) و کامل ادرار توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

نکته ۱: نتایج آزمایشها توسط پزشک یا ماما بررسی می شود.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در زن باردار و یا همسرش، برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع دهید. در مراکز مجری طرح PMTCT تست تشخیص سریع HIV دوبار، نوبت اول در اولین ملاقات (هفته ۱۰-۶) و نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۴-۳۱ بارداری انجام می شود.

نکته ۳: نوبت اول کومیس غیرمستقیم در مادر Rh- در هر زمانی پس از اطلاع از Rh+ همسر توسط پزشک یا ماما درخواست می شود. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هیپاتیت ایمن نشده، آزمایش HBSAg توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

نکته ۵: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه گیری شود.

آموزش و توصیه: طی ملاقات ها متناسب با هفته های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید :

بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو...)، بهداشت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی)، دخانیات و مخدر و الکل (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلس و خو و رفتار، سوزش سردل و...)، علائم خطر (لکه بینی، خونریزی، آبریزش، تاری دید، درد سر دل، تنگی نفس، سردرد و...) و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم خطر نوزادی، اصول شیردهی، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

اختلال انعقادی: تأخیر در لخته شدن خون یا توقف خونریزی

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶

بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

نکته: در صورت اختلاف بین ارتفاع رحم و سن بارداری بیش از ۳ هفته مادر به پزشک / ماما ارجاع داده شود.

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک، خونریزی شدید، پارگی کیسه آب) بررسی کنید. در صورت وجود هر یک، مطابقت جدول اقدام کنید و قبل از انجام مراقبت های معمول، مادر را اعزام کنید.

استفراغ شدید: استفراغ های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم آبی بدن مادر گردد.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده است؛
- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
- تمایل دائم و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
- مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛ - تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛
- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛
- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض مصرف مواد زیر (بدون توصیه پزشک) را از خانم سوال کنید:

انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مسکن آپئوئیدی (ترامادول، کادئین، دیفنوکسیلات، غیاره)، داروهای آرام بخش یا خواب آور (دiazepam، آلترازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شایره، ساوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محرکهای آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره).

ایمن سازی: ایمن سازی با واکسن توأم را طبس دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید. بهترین زمان برای تزریق واکسن توأم در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد تا هفته ۳۶ بارداری است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

نکته: در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی، مادر را برای ایمن سازی به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

بارداری:

تعداد بارداری: تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس، چندقلویی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.

تعداد زایمان: بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی آورد.

سقط: خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز

سقط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقط مکرر: ۲ بار یا بیشتر سقط متوالی

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا ۳۶ هفته و ۶ روز

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز

زایمان سخت: زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا ۵ سانتی متر در ۱ ساعت در مولتی پار و ۱۰ سانتیمتر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.

مرده زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفسی نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در هر مراجعه، ابتدا پرونده را مرور کنید و چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمت های مختلف پرونده، نامشخص بودن وضعیت ایمن سازی، نبودن جواب آزمایش ها، نبودن نتیجه و پسخوراند وجود دارد، رفع و دستورات را اجرا کنید.

برقراری ارتباط مناسب با مادر: مواردی که باید در برقراری ارتباط مناسب در نظر گرفت:

- با دقت به صحبت ها و شکایت های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
- نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید).

- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می ماند.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را بر اساس «هفته» تعیین و به مادر یادآوری کنید.

تاریخ تقریبی زایمان: از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.

تزریق آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری توسط پزشک یا ماما تزریق می شود.

نکته: در مادر Rh- با همسر Rh+ در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...) آمپول رگام تزریق می شود.

تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدا نه هاست.

حرکت جنین: معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ۱۶ تا ۲۰ احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید. در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

نکته: در مواردی که سن بارداری بالای ۳۷ هفته است، درد متناوب پایین شکم می تواند نشانه زایمان باشد.

دیابت بارداری: شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری

سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون

سونوگرافی: در هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، مادر را برای انجام سونوگرافی معمول به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

شکایت های شایع: این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهیلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستان ها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهیلی، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته ۱: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

نکته ۲: متناسب با هر شکایت، طبق متن آموزشی به مادر توصیه کنید.

شغل: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.

شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشندگان، قالی بافان، ...)؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود دمه های فلزات؛

- کار در محیطهای پرسروصدا، محیط های گرم، فعالیت در محیطهای پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

نکته: اگر مادر شغل سخت و سنگین دارد در صورت امکان نوع یا محل کار خود را تغییر دهد و یا در کار طولانی مدت نشسته یا ایستاده، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

ضربه: هر نوع صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن مادر نیاز به بررسی دارد. ضربه مستقیم به شکم و لگن، نیازمند ارجاع فوری مادر است.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون

بالا» است. افزایش فشارخون حداکثر به میزان ۳۰ میلی متر جیوه و فشارخون حداقل به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون اولین ملاقات نیاز به پیگیری دارد.

- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان « ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر» تب است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.

- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم روانپزشکی: وضعیت روانی خانم را با ارزیابی علائم زیر و سوالات غربالگری سلامت روان تعیین کنید:

علائم خطر فوری روانپزشکی: احساس بیزاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، ناامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه گیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجانها و عواطف)

علائم در معرض خطر روانپزشکی: خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تنش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهار گسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر: فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود).

کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین های عصبی - عضلانی، اصلاح وضعیت ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام سازی تشکیل می شود. مادر می تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس ها شرکت کند.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانیده و شکم او را عریان کنید. مانور های لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

ملاقات های معمول بارداری: تعداد ملاقاتهای معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبتهای استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

- اولین ملاقات بارداری: هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا باید اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبتهای نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت می شود.

- ملاقات های نیمه اول و دوم بارداری: اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدی براساس نتایج ارزیابی و آزمایش ها انجام می شود.

مشاوره باروری سالم: در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید. (براساس آخرین دستورالعملهای سلامت باروری)

مشکلات ادراری - تناسلی: این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیر طبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی است.

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را بررسی و ثبت نمایید.

- **معاینه چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- **معاینه پوست:** در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- **اندام ها:** ساق پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسی کنید.
- **معاینه دهان و دندان:** دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.
 - التهاب لثه: متورم، پر خون و قرمز شدن لثه
 - جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
 - عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
 - پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از: تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

مکمل های دارویی: مکمل های دارویی را براساس دستورالعمل برای مادر تجویز کنید.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نمودار محاسبه کنید.

روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتیمتر)

نکته ۱: نمایه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

نکته ۲: در صورتی که به دلیل تهوع و استفراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تفاوت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه توده بدنی، وزن مادر در ۱۲ هفته اول بارداری است.

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. به طور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است.

نکته: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

همسرآزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

ب-مراقبت های معمول پس از زایمان (روز اول تا ۶ هفته اول پس از زایمان)

ب-۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

اقدام

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام اقدامات قبل از اعزام:

(الف) شوک و اختلال هوشیاری : عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن

(ب) تشنج : باز کردن راه هوایی با ایروی ، خواباندن مادر به پهلو چپ و عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

در صورت
وجود هریک
از علائم

-در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
-شوک(نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه همراه با رنگ

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

۱ ۲ ۳ ۴

-حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری	خونریزی بیش از حد قاعدگی یا دفع لخته، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، سوزش و درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، مدفوع خونی، سرگیجه با افت فشارخون ماکزیمم و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته، احساس دفع سریع ادرار، فشارخون بالا، تب، آبرسه پستان، ماستیت، بزرگبرجم، لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم محل برش، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، اقدام به خودکشی، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، درد شکم و یا پهلوها
-اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری	بیماری زمینه ای، دیابت بارداری، سابقه پره اکلایمپسی، مصرف مواد افیونی / محرک / الککل، بواسیر، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، اختلال روانپزشکی
تجویز مسکن و کمترس گرم و اقدام طبق آخرین خانه زیر	درد محل برش اپی زیاتومی یا سزارین بدون لمس توده و تب و خروج ترشحات چرکی
تجویز مسکن و اقدام طبق آخرین خانه زیر	پس درد
ارائه توصیه های بهداشتی طبق ت ۳ و در صورت عدم بهبود :ارجاع در اولین فرصت	شقاق و احتقان پستان
-اقدام طبق خانه زیر	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد
-تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱ -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان	
-رایه توصیه های بهداشتی طبس ت ۴	
-ارجاع جهت تریس رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	
-مشاوره باروری سالم در ملاقات دوم طبس ت ۲	
تعیین تاریخ مراجعه بعدی	

ارزیابی

تشکیل پرونده در ملاقات اول

گرفتن شرح حال و بررسی سوابق بارداری اخیر مطابق فرم مراقبت پس از زایمان

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم

سؤال کنید:

ترشحات مهبل و خونریزی، وضعیت ادراری -تناسلی و اجابت مزاج، اختلال روانپزشکی، سرگیجه، درد (سر، شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه، همسرآزاری، وضعیت شیردهی، شکایت شایع، مصرف مکمل های دارویی

اندازه گیری کنید:

علائم حیاتی

معاینه کنید:

چشم، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

ب-۲- مراقبت سوم پس از زایمان

ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر سؤال کنید: ترشحات مهبل خونریزی، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلال روانپزشکی، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، شکایت شایع، همسرآزاری، مصرف مکمل های دارویی اندازه گیری کنید: علائم حیاتی معاینه کنید: چشم، دهان و دندان، پستان، شکم) رحم)، محل بخیه، اندام ها	خونریزی و دفع لخته، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، افسردگی شدید، اقدام به خودکشی، سرگیجه با علائم حیاتی غیر طبیعی، تب، احساس دفع سریع ادرار، ماستیت، آبسه پستان، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، بزرگی رحم، ورم یا درد و حساسیت و یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها	حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
بیماری زمینه ای، لکه بینی، فشارخون بالا، بواسیر، سوزش ادرار، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، عود بیماری روانی، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری در صورت آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت و در صورت التهاب لثه، عفونت دندانی: ارجاع غیرفوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک	بیماری زمینه ای، لکه بینی، فشارخون بالا، بواسیر، سوزش ادرار، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، عود بیماری روانی، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان
شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد	تجویز مکمل های دارویی طبس ت ۱ آموزش و توصیه طبس عناوین فرم مراقبت پس از زایمان ارایه توصیه های بهداشتی طبس ت ۴ ارجاع غیر فوری برای درخواست آزمایش FBS و (OGTT ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی و روان و جنسی، علائم خطر، شکایت شایع، تغذیه و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده، بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فراگرفته است.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارزیابی علائم خطر فوری: در ملاقات اول و دوم، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و نقایصی مانند تکمیل نبودن قسمتهای مختلف را رفع کنید.

بیماری زمینه ای: منظور بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، فشارخون بالا، صرع... است.

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

تزریق رگام: آمپول رگام را در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان نیاز به تزریق عضلانی دارد.

تشکیل پرونده و شرح حال: بررسی تاریخچه زایمان و سوابق بارداری اخیر

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم رنگ می شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهبل را سؤال کنید.

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

سرگیجه: حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. در صورت طبیعی بودن، مادر را ارجاع غیر فوری و در صورت غیر طبیعی بودن (میزان فشارخون سیستولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان ۲۰ میلیمتر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته ۲۰ بار افزایش یابد)، مادر را ارجاع فوری دهید.

شکایت های شایع: این شکایت ها شامل خستگی، سردرد، کمردرد و یبوست است.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید

• فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید.

فشارخون ۹۰/۴۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.

• تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

• تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم خطر پس از زایمان: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، تب و لرز، خروج و ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، درد و ورم یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، درد شکم یا پهلوی، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد و تورم و سفتی پستان ها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها

علائم روانپزشکی: وضعیت روان پزشکی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

- **فوریت روانپزشکی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
 - **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران
- در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سؤال کنید. برخی مادران ممکن است در روزهای ۳ تا ۶ و حداکثر تا روز ۱۴ پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی تظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد
- «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

غربالگری سلامت روان: (در ملاقات اول و سوم تکمیل کنید. در صورتی که در مراقبت، نمره پرسشنامه نزدیک به نمره ارجاع (۸ یا ۹) است، می بایست با توجه به مشاهدات بالینی از علائم روانپزشکی، در مراقبت روز ۱۵-۱۰ پس از زایمان نیز مجدد بررسی شود).

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در ملاقات دوم، براساس آخرین دستورالعملهای سلامت باروری مشاوره صورت گیرد. **مشکلات شیردهی:** در هر ملاقات، از مادر در مورد تداوم شیردهی سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته و شقاق به مادر آموزش دهید.

- احتقان: تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان

- شقاق: زخم و درد نوک پستان

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

- التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
- جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از: تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.

معاینه شکم (رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست. **نکته:** در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می گویند. **محل بخیه ها:** در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

معاینه اندام ها: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.

مکمل های دارویی: مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد و به طور منظم مصرف می کند.

ملاقات های پس از زایمان: ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روز های ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود.

وضعیت ادراری تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.

همسرآزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گارد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

ت- راهنما

ت۱- مکمل های دارویی

بارداری:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه شود.

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود.
مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان:

روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان

ت۲- مشاوره باروری سالم

-در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند .

-در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفس و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بین بارداری و زایمان قبلی رعایت شود.

-به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاکید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان روشی را برای پیشگیری از بارداری پیشنهاد کنید.

نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.

نکته: برای استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در مادران شیرده و غیر شیرده مطابق دستورعمل روش های پیشگیری از بارداری اقدام شود.

ت۳- توصیه های بهداشتی در بارداری

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب را توصیه کنید. دمای ملایم و سرد غذا، تهوع بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.

ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

لوکوره: تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی را توصیه کنید.

ت ۴- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

محل بخیه ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه ۲۰ (روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.

بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه را توصیه کنید.

مشکلات شیردهی / شقاق: نحوه صحیح شیردهی را به مادر آموزش دهید و توصیه کنید که با پستان سالم شیردهی را شروع کند. با مکیدن مکرر نوزاد، پستان ها را تخلیه کند. در صورت درد شدید از شیر دوش برای تخلیه شیر استفاده کند، قطره شیر بر روی نوک پستان قرار دهد.

مشکلات شیردهی / احتقان: نحوه صحیح شیردهی را به مادر آموزش دهید و توصیه کنید که به شیردهی ادامه دهد. پس از شیردهی پستان را کمپرس سرد کند. از استامینوفن برای کاهش درد می توان استفاده کرد.

پرسش و تمرین

- ۱- مراحل مراقبت معمول بارداری را توضیح دهید.
- ۲- مفهوم رنگ ها در مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران را توضیح دهید.
- ۳- زمان پیگیری در ارجاع فوری، اولین فرصت و غیر فوری را بیان کنید.
- ۴- تعاریف مراقبت های بارداری را بیان کنید.
- ۵- مادری ۸ روز قبل در بیمارستان زایمان طبیعی داشته است. مراقبت پس از زایمان وی را انجام دهید و با استفاده از مجموعه مراقبت های ادغام یافته مادران در مورد وضعیت مادر توصیه و اقدام نمایید.
- ۶- مادری ۴۰ روز قبل در بیمارستان زایمان سزارین داشته است. مراقبت پس از زایمان وی را انجام دهید و با استفاده از مجموعه مراقبت های ادغام یافته مادران در مورد وضعیت مادر توصیه و اقدام نمایید.

فصل سیزدهم: آشنایی با نظام اطلاعات مراقبت مادران و تکمیل فرم های اطلاعاتی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:

- ۱- تعریف مراقبت را بیان کنید.
- ۲- اهداف نظام مراقبت را شرح دهید.
- ۳- موارد ارجاع مجاز بهورزان را بیان نمایید.
- ۴- اهمیت تکمیل دفترچه مراقبت مادر را بیان نمایید.
- ۵- شاخصهای بهداشتی برنامه سلامت مادران را شرح دهید.

مراقبت Surveillance

مراقبت با کفایت از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان یکی از راهکارهای کاهش مرگ و میر مادران محسوب می شود و هیچ تردیدی در اثر بخشی آن برای به ثمر رساندن یک بارداری سالم و تامین سلامت مادر و نوزاد وجود ندارد. در ایران مراقبت های بهداشتی از مادران در روستاها از طریق نظام شبکه بهداشتی و خانه های بهداشت ارایه می شود. مراقبت عبارت است از گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام، مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی و استفاده از اطلاعات حاصل از آن برای مداخله های لازم در نظام سلامت یک جامعه. این مداخلات می تواند به منظور نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و یا ارزشیابی برنامه های سلامتی باشد.

اهداف نظام مراقبت

۱. پایش روند هرگونه رویداد مرتبط با سلامت
۲. شناسایی اپیدمی ها
۳. شناسایی گروههای در معرض خطر
۴. تعیین اهداف برنامه مداخله ای
۵. ارزیابی پیشرفت برنامه های مداخله ای

ویژگی های نظام مراقبت

۱. نظام مراقبت باید ساده بوده و توسط کارکنانی که آموزش های ویژه ای ندیده اند اجرا شود.
- ۲- داده ها به ساده ترین روش ممکن و در حداقل مقدار لازم گردآوری شوند.
- ۳- قابلیت اجرا و کم هزینه بودن از اصول ایجاد نظام مراقبت می باشند

نظام ارجاع

با توجه به دستورالعمل نظام ارجاع همچنین دستورالعمل ها و بوکلت های موجود موارد ارجاع مجاز به شرح ذیل میباشد:

فرستنده ارجاع	گیرنده ارجاع
بهوزر	ماما
	کارشناس تغذیه
	کارشناس سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
	پزشک مرکز
	دندانپزشک مرکز
	کارشناس بهداشت حرفه ای

نکته : در صورت نیاز ارجاع به سطوح تخصصی بالاتر (متخصص زنان و متخصص داخلی و ...) ارجاع باید توسط پزشک و یا ماما مرکز صورت بگیرد.

*نحوه ارجاع از طریق سامانه و دفترچه ارجاع و دریافت پسخوراند در ساعات عملی تدریس خواهد شد.

دفترچه مادر و نوزاد

دفترچه مادر و نوزاد به منزله شناسنامه مادر باردار تلقی می شود . به این علت که با هر بار مراجعه مادر به خانه بهداشت ، کلیه اطلاعات مراقبتی مادر از ابتدا تا انتهای بارداری و پس از زایمان در این دفترچه ثبت می گردد. دفترچه مادر و نوزاد با شروع بارداری و همزمان با تشکیل پرونده جهت مادر باردار تکمیل می گردد. بنابراین به مادر آموزش داده شود که در زمان مراجعه به خانه بهداشت حتما دفترچه را به همراه داشته باشد .

به مادر تاکید گردد در صورت مراجعه به مطب های خصوصی و بیمارستان نیز دفترچه مادر و نوزاد را به همراه داشته باشد، تا ماما و پزشکی که تاکنون مادر باردار را ویزیت و مراقبت نکرده ، دسترسی به اطلاعات کامل بارداری مادر را داشته باشد. *ثبت مراقبت مادر باردار در سامانه سیب ، تکمیل دفترچه مادر و نوزاد ، گزارش گیری از سامانه سیب ، تکمیل پنل در ساعات عملی مفصلا شرح داده خواهد شد.

محاسبه شاخصهای پنل

درصد بارداری ناخواسته :

تعداد بارداری ناخواسته ثبت شده در وقایع * ۱۰۰

تعداد مادران باردار ثبت شده در وقایع

درصد مراقبت پس از سقط:

تعداد موارد مراقبت پس از سقط در فعالیت کاربران سامانه * ۱۰۰

تعداد موارد سقط

درصد کامل بودن مراقبت پیش از بارداری :

تعداد آزمایشات پیش از بارداری انجام شده * ۱۰۰

تعداد مراقبت پیش از بارداری انجام شده

درصد شناسایی مادر باردار :

تعداد مادران باردار ثبت شده در وقایع * ۱۰۰

۸/۱۲ تعداد کودکان زیر یکسال

درصد شناسایی به موقع مادر باردار :

تعداد مراقبت اول انجام شده توسط بهورز * ۱۰۰

تعداد مادران باردار ثبت شده در وقایع

شاخص حداقل دومراقبت پس از زایمان:

تعداد مراقبت دوم و سوم پس از زایمان انجام شده توسط بهورز * ۱۰۰

دو برابر تعداد زایمانهای ثبت شده در وقایع

درصد غربالگری تغذیه مادر باردار-غیرپزشک:

تعداد غربالگری تغذیه مادر باردار انجام شده * ۱۰۰

تعداد بارداریهای ثبت شده در وقایع

میزان مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان :

تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان در یکسال * ۱۰۰۰۰۰

تعداد تولدهای زنده همان سال

درصد زایمانهای انجام شده در بیمارستان :

زایمانهای انجام شده در بیمارستان طی یک دوره زمانی مشخص * ۱۰۰

کل زایمانهای انجام شده طی یک دوره زمانی مشخص

درصد زایمانهای انجام شده توسط فرد دوره ندیده در منزل :

زایمانهای انجام شده توسط فرد دوره ندیده در منزل طی یک دوره زمانی مشخص * ۱۰۰

کل زایمانهای انجام شده طی یک دوره زمانی مشخص

شاخص زایمان زودرس :

تعداد زایمانهای انجام شده قبل از ۳۷ هفته * ۱۰۰

تعداد زایمانهای انجام شده

شاخص زایمان دیررس :

تعداد زایمانهای انجام شده پس از ۴۲ هفته * ۱۰۰

تعداد زایمانهای انجام شده

شاخص زایمان به روش سزارین :

تعداد زایمانهای انجام شده به روش سزارین * ۱۰۰

تعداد زایمانهای انجام شده

پرسش و تمرین

- ۱- دفترچه مراقبت مادر را در هر بار مراجعه تکمیل نمایید.
- ۲- ویژگیهای نظام مراقبت را نام ببرید.
- ۳- شاخص حداقل دوماقبت پس از زایمان را تعریف کنید.

فهرست منابع

- محتوای آموزشی سلامت مادران دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی، زمستان ۹۵
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران؛ برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)، ویژه دانش آموخته مامایی، ۱۳۹۵
- بسته آموزشی تغذیه ویژه مراقب سلامت /بهورز در برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت / پاییز ۹۸
- مجموعه مراقبت‌ها و خدمات تغذیه ای در برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت ویژه مراقب سلامت/کارشناس تغذیه/پزشک/بهار ۹۶
- راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده/وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی/زمستان ۱۳۹۲
- اف. گری کانینگهام ... وهمکاران؛ بارداری و زایمان ویلیامز(ویراست ۲۴، سال ۲۰۱۴)؛ ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی، روشنگر قطبی؛ تهران؛ شرکت گلبان نشر؛
- مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی؛ واکسیناسیون و بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن؛ دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ زمستان ۹۸
- مرکز مدیریت بیماریهای واگیر؛ برنامه و راهنمای ایمن سازی کمیته کشوری ایمن سازی (ویرایش هشتم)؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۴
- دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس ، اداره سلامت مادران / کتاب آموزشهای دوران بارداری و آمادگی برای زایمان / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / ۱۳۹۶
- بوکلت و راهنمای کودک سالم اداره سلامت نوزادان ،ویرایش ۱۳۹۶
- سعدوندیان -س : مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال .مضارب-۱۳۸۹.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران ،نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ، ویرایش سوم (بازنگری دوم) ، ۱۳۹۵
- دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- کتابچه راهنمای مادران برای تغذیه با شیرمادر