



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

"راهنمای یادگیری"
جهت آمادگی شرکت در آزمون بالینی نهایی
(آزمون فینال)



گرد آورندگان:

اعضای هیات علمی گروه مامایی و سلامت باروری

دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

گروه هدف:

دانشجویان ترم ۸ مقطع کارشناسی مامایی

سال تحصیلی:

۱۴۰۲



مقدمه:

مجموعه حاضر حاصل تلاش جمعی از اعضای هیات علمی گروه مامایی و سلامت باروری دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با نظارت و همراهی مدیریت محترم گروه مامایی این دانشگاه می باشد. امید آنکه مجموعه پیش رو در راهنمایی، هدایت و روشن سازی مسیر آزمون و محتوای هر واحد امتحانی و نیز برگزاری هر چه بهتر آزمون فینال جهت تایید صلاحیت بالینی دانشجویان مامایی مفید باشد.

بدین وسیله از تمامی اعضای هیات علمی مامایی لیست شده در ذیل که با دانش و تجربه مامایی خویش، در تهیه این مجموعه یاری رسان و راهگشا بودند، تقدیر و تشکر بعمل می آید:

سر کار خانم ها؛

ناهید بلبل حقیقی، مدیر محترم گروه مامایی،

ناهید ملکی، عضو هیات علمی،

مهديه کیانی، عضو هیات علمی،

رویا باغانی، عضو هیات علمی،

عادلہ دست رس، عضو هیات علمی،

منصوره افضلی، عضو هیات علمی،

سارا مرادی، عضو هیات علمی.

چکیده رزومه اعضای هیات علمی مامایی مشارکت کننده در مجموعه؛

ناهید بلبل حقیقی، مدیر گروه مامایی



عضو هیات علمی و ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

رزومه آکادمیک و تحصیلی - شماره های تماس و ایمیل:

Field of Study: midwifery education

Academic rank: Assistant Professor

Email: nbhaghghi349@yahoo.com

Telephone: 09121733544

Address: Shahroud University of Medical Sciences. Director of Midwifery

Educational background:

Bachelor from Iran University of Medical Sciences

MSc from Mashhad University of Medical Sciences

Summary of Teaching Experiences:

Teaching experiences. I have more than 32 years of teaching experience and clinical education for midwifery, nursing, medical and emergency medical students.

I am interested in writing a book in the field of midwifery and I am the author of 18 books such as: puberty in girls, episiotomy, chastity behind a curtain, generic medicines, infants, golden tips for surgery and surgery

In the field of invention, I am the inventor of 7 inventions such as: breastfeeding bra, menstrual tank, urinary incontinence valve, menstrual supplement belt

دکتر ناهید ملکی،

عضو هیات علمی و

ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

رزومه آکادمیک و تحصیلی - شماره های تماس و ایمیل:



Field of Study: Reproductive Health

Academic rank: Assistant Professor

Email: nmaleki@shmu.ac.ir

Telephone: 09155581769

Address: Shahroud University of Medical Sciences.

Educational background:

PhD of Sexual and Reproductive Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, 2021.

MSc, midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Oct 2010- 2013

BSc, midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, Oct 2002- 2006.

Lecturer, Shahroud University of Medical Sciences,

Research Assistant, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, 2015 –2021.

Practical teaching Assistant, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, 2015 –2021.

Lecturer, Islamic Azad University of Mashhad, 2012-2013.

Reviewer of Journal of Midwifery & Reproductive health (*JMRH*), 2015-2021.

مهدیه کیانی، عضو هیات علمی و

ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد

رشته تحصیلی: آموزش مامایی

رتبه علمی: مربی





رویا باغانی، عضو هیات علمی و

ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد

رشته تحصیلی: آموزش مامایی

رتبه علمی: مربی

عادلہ دست رس، عضو هیات علمی و

ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد

رشته تحصیلی: مامایی

رتبه علمی: مربی



منصوره افضلی، عضو هیات علمی و

ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد

رشته تحصیلی: مامایی

رتبه علمی: مربی



سارا مرادی، عضو هیات علمی و

ممتحن آزمون امتحان نهایی بالینی در دانشکده پرستاری و مامایی.

مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد

رشته تحصیلی: مامایی

رتبه علمی: مربی





سخنی با دانشجویان گرامی:

نقش مهم و مؤثر علم مامایی در امر مراقبت از زنان، نوزادان و کودکان بر هیچ کس پوشیده نیست و هدف نهایی آن دستیابی به سلامت کل جامعه خواهد بود و حتی بر کمیت و کیفیت نسل های آینده اثرگذار خواهد بود. رشته مامایی دانشجویانی را پرورش می دهد که پس از فارغ التحصیلی می توانند وارد محیط کار شده و تمام اقدامات و مراقبت های لازم در دوران بارداری، زایمان و مراقبت از نوزاد و کودک را انجام دهند. از طرفی تأثیر سلامت دوران کودکی که پایه های یک زندگی بزرگسالی سالم را تشکیل می دهد بر همگان روشن است. لذا با توجه به نقش مؤثر و بی بدیل ماماها و ارتباط تنگاتنگ علم مامایی با سلامت مادر و نوزاد و کودک، احراز صلاحیت علمی و عملی دانشجویان مامایی پس از گذراندن موفقیت آمیز کلیه دروس نظری و عملی، لازم و ضروری است.

آزمون بالینی نهایی مامایی (فینال) به منظور سنجش دانش و صلاحیت بالینی شما به صورت عملی برگزار می شود. این آزمون فرصتی برای ارتقای کیفیت آموزش و اصلاح نقاط ضعف شما، اعضای هیئت علمی و مربیان می باشد. امیدوارم با استفاده از این آزمون بتوانیم قدمی هر چند کوچک در جهت افزایش مهارت دانشجویان مامایی و ایجاد اطمینان در جامعه مبنی بر احراز توانمندسازی فارغ التحصیلان گرامی برداریم.

فهرست مطالب:

۱. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه بیماریهای زنان، استاد بلبل حقیقی
۲. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه بهداشت مادر و کودک، استاد ملکی
۳. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه نوزادان، استاد کیانی
۴. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه بارداری و زایمان، استاد باغانی
۵. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه بارداری و زایمان، استاد افضلی
۶. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه پره ناتال، استاد دست رس
۷. راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی درحوزه کودکان، استاد مرادی

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه بیماریهای زنان، استاد بلبل حقیقی

مقدمه :

شهر من شاهرود شهر باصفا سرزمین عاشقان بی ریا کهکشانی پرزعالِم پر شهید مهد خرقانی دیار بایزید هرکسی کو آمده در این زمین گفته در وصفش چو فردوس برین قاره ی کوچک سراسر افتخار وه چه گویم واژه ها ناید به کارشاعر:عمار نادمی(عماد)



با عرض سلام، ورود شما را به درمانگاههای تخصصی و فوق تخصصی فاطمیه شاهرودخیر مقدم عرض می نمایم.



بنای اصلی بیمارستان که دهها سال با عنوان بیمارستان فاطمیه ارائه خدمت نموده به همت مرحومه سیده زهرا آقایان و در سال ۱۳۵۴ احداث و به بهره برداری رسیده است.

این مرکز دارای درمانگاههای : اطفال - داخلی - زنان و زایمان (۲ درمانگاه) - اورژانس - مامایی - پوست - روانپزشکی - جراحی عمومی - اورولوژی - قلب - گوش و حلق و بینی - نوزادان - مشاوره جنسی و مرکز کلاسهای آمادگی برای زایمان دارد . بیماران نابارور این مرکز به مرکز تشخیص و درمان ناباروری شکوفه واقع در طبقه چهارم بیمارستان بهار مراجعه میکنند . مرکز شکوفه در سال ۱۳۹۸ با حضور اعضاء هیات علمی و امکانات و تجهیزات پزشکی پیشرفته در حوزه های تشخیصی و درمانی و جنین شناسی و ... در حال ارائه خدمت به بیماران و مراجعین می باشد .

متخصصین زنان این مرکز خانمهای دکتر :کاشی ،مهرعلی تبار ،اشرفی ،کلاهدوزان ،کهبدی و مسکران میباشند .

آدرس : سمنان ، شاهرود ، انتهای خیابان بیست و دو بهمن ، روبروی پارک کودک ،

۰۲۳۳۲۲۴۷۶۴۸ - ۳۲۲۲۴۰۹۱

به نام خداوند لوح و قلم / حقیقت نگار وجود و عدم

در این حوزه امتحانی مهارت شما رو در حیطه های دانش، مهارت و نگرش با طراحی کیسهای بالینی، گرفتن شرح حال، معاینات فیزیکی، آزمایشهای غربالگری در مراجعین و آموزش به آنان، انجام معاینات دستگاه تناسلی و غربالگری بیماریها، انجام دورههای پاپ اسمیرمایع و نیز بررسی سیتولوژیک نمونه، انجام معاینات دورههای پستان و غربالگری بیماریهای مربوطه، تفسیر نتایج تستها و غربالگریها، آموزش و مشاوره در ناباروری زوجین، آموزش و مشاوره بلوغ، آموزش و مشاوره در مورد بهداشت سالمندی و یائسگی، مشاوره خونریزی رحم، آموزش و مشاوره در خصوص بیماریهای مقاربتی، مروری بر اختلال عملکرد جنسی، نسخه نویسی و پاسخ به سؤالات علمی سنجیده خواهد شد.



دانشجو می بایست در این حوزه امتحانی:

- شان، حریم و خلوت بیماران را رعایت نماید.
- اسرار بیماران را حفظ نماید.
- در مراقبت از بیماران با مذاهب و فرهنگ های مختلف و از طبقات اجتماعی-اقتصادی مختلف تبعیضی قائل نشود.
- با دلسوزی و مسوولیت پذیری وظایف خود را به طور قابل اعتمادی انجام دهد.
- راستگویی را در کلیه تعاملات حرفه ای رعایت نماید.
- از حقوق بیمار و جامعه حمایت و جانبداری نماید.
- بیمار را محور همه تلاش های تیم سلامت قرار دهد.
- براساس اعتماد و احترام متقابل با بیماران، پرستاران و سایر اعضای تیم سلامتی ارتباط برقرار نماید.
- موقعیت های بالینی شامل ارتباطات حرفه ای، یکپارچگی مراقبت های ارائه شده توسط تیم سلامت، ارتقای سلامتی و پیشگیری از عوارض احتمالی را نقادانه بررسی نماید و در بهبود آن بکوشد.
- ظاهر و پوشش حرفه ای خود را رعایت نموده و به فرهنگ و اعتقادات بیمار و جامعه احترام بگذارد.



اهداف آموزشی در این حوزه امتحانی شامل :

• **حیطه دانش:**

دانش آموخته باید دانش کافی در مورد اپیدمیولوژی، سبب شناسی، بیماریزایی، آسیب شناسی، تظاهرات بالینی، تاریخچه بالینی، تاثیر عوامل بالقوه فیزیکی و روحی بر بیمار و اصول مقدماتی درمان بیمار در زمینه بیماری های شایع و مهم زنان و اورژانس های زنان را بیان نماید .

• **حیطه مهارت:**

دانش آموخته باید مهارت خود را در شرح حال و معاینه فیزیکی، معاینه زنان، پستان، مشاوره و نسخه نویسی ارائه دهد .

• **حیطه نگرش:**

به منظور ارایه بهترین مراقبت های مامایی ارتباط مناسب، موثر و عاطفی و مشارکت جویانه با بیمار، خانواده و همراهان وی، سایر دست اندرکاران ارائه دهد. این ارتباط براساس درک و احساس همدلی و روش مشارکت جویانه در جهت جلب اعتماد بیمار انجام میگیرد .

❖ **فهرست:**

- تمرین چند کیس بالینی
- قانون و نسخه نویسی مامایی
- تمرین نوشتن چند نسخه
- چک لیست ارزیابی بیماریهای زنان

معاینه زنان و تست غربالگری سرویکس



خانم متاهل ۳۲ ساله فعال جنسی جهت معاینه زنان و تست غربالگری سرویکس مراجعه نموده اقدامات

شما؟



اولین گام ارتباط خوب برقرار کردن است.

می توان برد به هر شیوه دل آسان از من

به تکلم، به خموشی، به تبسم، به نگاه

”کلیم کاشانی“



هفت گام اساسی در برقراری ارتباط موثر:

- گام اول: گوش دادن
- گام دوم: صریح و صادق بودن
- گام سوم: همدلی و همدردی
- گام چهارم: حفظ آرامش و احترام به طرف مقابل
- گام پنجم: مخالفت نمودن به شیوه مناسب
- گام ششم: خودشناسی و افزایش آگاهی
- گام هفتم: شناسایی افکار تحریف شده

از صبر به کام دل رسی زود

صبر است کلید گنج مقصود

”ابن عماد شیرازی“



shmunavid.vums.ac.ir

برای اینکه این گامها یادت بیاد برو توی سامانه نوید به آدرس

اولین جلسه بیماریهای زنان



مقدمه: شرح حال بیماران، یکی از پایه های اصلی تشخیص و درمان بیماران است و یکی از راههای پزشکان در تمامی طول تاریخ برای رسیدن به تشخیص صحیح بیماری بوده است. اهمیت این موضوع به حدی است که از دیر باز جزء اولین آموزه های حکما و طبیبان به دانشجویان علم طب بوده و امروزه هم چگونگی ارتباط با بیماران و اخذ شرح حال، یکی از اولویتهای مهم آموزشی است که برای بهتر شدن آن، روشهای گوناگونی تهیه و به کار گرفته شده است.

• اطلاعات پایه Initial Information

• شکایت اصلی (CC) chief complaint

• بیماری فعلی (PI) present illness

• سابقه بیماری قبلی (PMH) past history

• بررسی سیستم ها (ROS) Review of Systems

• معاینه فیزیکی Physical examination

• Plan

❖ نکات برای نگارش Plan بیمار:

✓ در پایان مرحله Assessment تشخیص و تشخیص های افتراقی بیمار تعیین شده

✓ بعضی از این تشخیص ها نیاز به درمان دارد (درمان مدیکال ، درمان جراحی)

✓ بعضی از این تشخیص ها نیاز به اثبات دارد (دستور آزمایش ، EKG رادیوگرافی ، بیوپسی)...

✓ بعضی از این تشخیص ها همزمان به بیمار باید آموزش های لازم ارائه داد (عدم مصرف نمک)....

✓ و بالاخره در مواردی اقدامات بازتوانی مثل فیزیوتراپی و یا اقدامات حمایتی دیگر باید انجام داد.

❖ کلیه برنامه های لازم برای نیل به هر یک از اهداف فوق را plan می نامند در آخر مرحله plan باید پاسخ به سه

سئوال زیر مشخص باشد:

✓ برای اثبات و تشخیص و یا بررسی هر problem چه اقدامات پاراکلینیک باید انجام داد؟

✓ هر مشکل یا بیماری را چگونه باید درمان کرد؟

✓ Surgical, medical, تغییر سبک زندگی، رژیم غذایی بخصوص؟ فیزیوتراپی.....

کتاب بیماری های زنان نواک، آخرین چاپ، انتشارات گلبنان



• معاینه فیزیکی Physical examination

با توجه به نکات ارتباطات و شرح حال گرفتن نوبت Physical examination می‌رسد .
فراموش نکن آیا شرایط پاپ اسمیر مایع رو دارد ؟

• پیش از معاینه بیمار:

• آماده کردن وسایل :

✓ اسپکولوم، دستکش، ژل لوبریکانت، لوازم پاپ اسمیر: شامل براش و ظرف نمونه پاپ مایع.

مطمئن شوید چراغ معاینه روشن می شود، تیغه های اسپکولوم هنگام بسته شدن جفت می شوند، و پیچ اسپکولوم کار می کند.

• روش کار:

مطمئن شوید بیمار پیش از معاینه، مثانه و رکتوم خود را خالی کرده است.

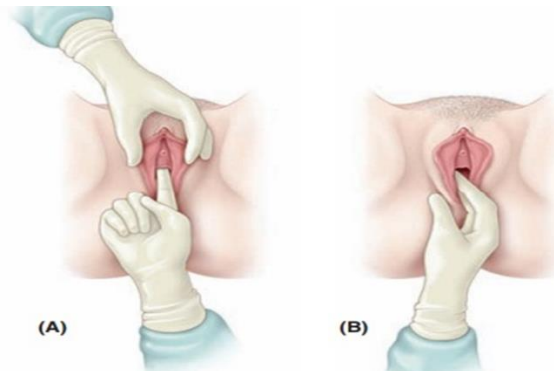


میدونی چرا؟

در زمانی که بیمار لباس عوض می کند، حریم خصوصی وی را رعایت کنید .از او بخواهید روی تخت معاینه بنشیند و با یک ملحفه پاهای خود را بپوشاند .بیمار در صورت تمایل میتواند در حین معاینه یک نفر همراه داشته باشد .به بیمار کمک کنید در وضعیت لیتوتومی قرار بگیرد .در این حالت پاهای بیمار روی رکاب و باسن او مماس با لبه تخت باید باشد .از بیمار بخواهید راحت باشد و پاهای خود را باز کند .ملحفه باید طوری بدن بیمار را بپوشاند که کمترین بخش از بدن او قابل مشاهده باشد .باید زانوهای بیمار پوشیده باشد ولی شما هم بتوانید وولوا را به راحتی ببینید .ناحیه وولوا، اطراف مقعد، واژن، وغدد بارتولن را معاینه کنید.مثل شکل زیر



معاینه غدد بارتولن و اسکن چگونه انجام میدهید ؟





به چه نکاتی در معاینه ولوا توجه میکنی دوسه تای اون رو من میگم
به قرمزی، تورم، زخم، بثورات، ضایعه یا توده، و آثار ضربه یا حساسیت توجه کنید.

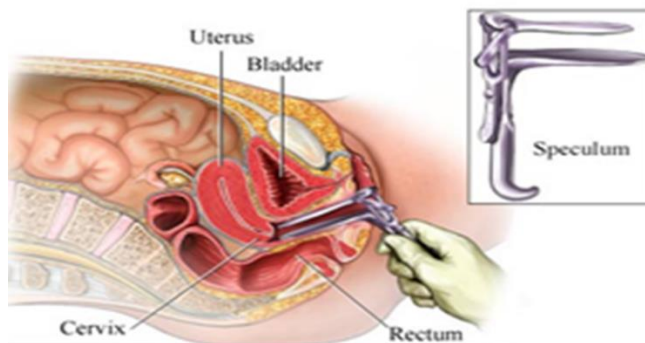


بقیه رو خودت از کتاب نواک پیدا کن .

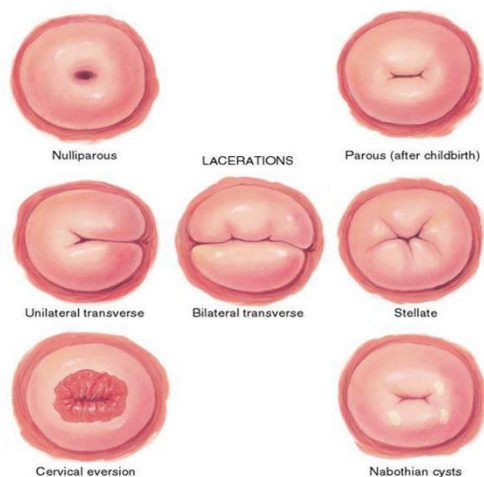
بیمار را از نظر سیستوسل، رکتوسل چک کنید



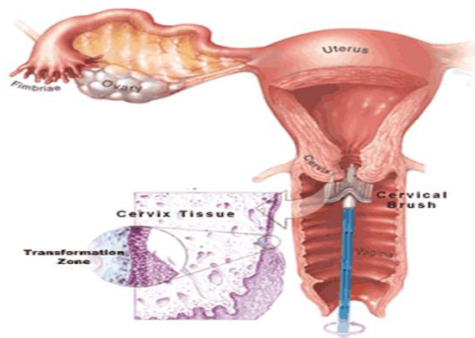
یک جفت دستکش تمیز بپوشید و اسپکولوم را با آب گرم، گرم کنید . با چسباندن تیغه اسپکولوم به داخل ران بیمار، مطمئن شوید بیمار با دمای اسپکولوم راحت است .
پس از وارد کردن اسپکولوم، اگر سرویکس دیده نمی شود، به چین های واژن (روگها) در جلوی سوراخ اسپکولوم توجه کنید . این چین ها به شناسایی سرویکس کمک می کند .
اسپکولوم را ببندید، آن را یک تا دو سانتیمتر عقب بکشید، و سپس اسپکولوم را به میزان بیشتری وارد واژن کنید . به طور همزمان در جهت چین های واژن، اسپکولوم را به سمت پایین فشار دهید . سپس اسپکولوم را کمی باز کنید و دوباره دنبال سرویکس بگردید . گاهی این مانور باید چندین بار تکرار شود .



سرویکس ظاهر صاف و سفتی دارد . به شکنج های واژن در بخش قدامی و خلفی سرویکس نگاه کنید . وقتی سرویکس را پیدا کردید، اسپکولوم را بیشتر باز کنید
به حدی که دهانه اسپکولوم سرویکس را احاطه کند . اسپکولوم را با سفت کردن پیچ آن در محل خود ثابت کنید .



در روش سیتولوژی مایع، از یک براش به شکل جارو برای تهیه نمونه استفاده کنید. در حالی که سرویکس رامی بینید، براش را روی سطح سرویکس قرار دهید، و به آرامی براش را چند بار بچرخانید.

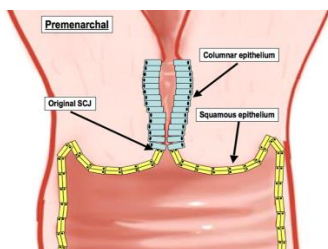


آیا میدونی با توجه به سن بیمار TZ کجاست؟ اگه یادت رفته پرو



shmunavid.vums.ac.ir دومین جلسه بیماریهای زنان

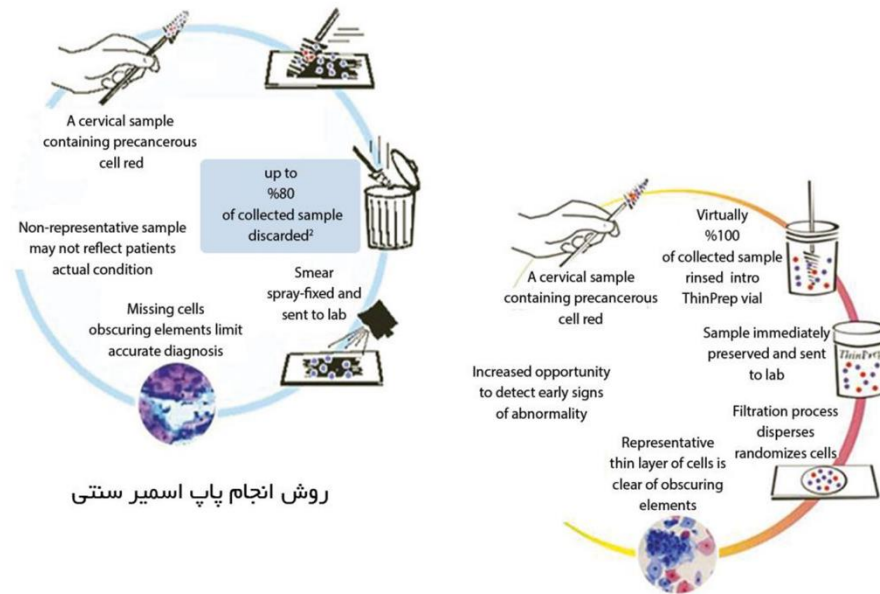
سامانه نوید به آدرس



نوک براش را جدا کنید، و نوک را داخل ظرف مایع قرار دهید. برای جلوگیری از آلودگی سطح خارجی ظرف نمونه، دقت کنید دستی که ظرف در آن است تمیز باشد، و یا از دستیار خود بخواهید که ظرف را نگاه دارد. (برای جلوگیری از ریختن مایع، درب ظرف را محکم ببندید)



روش سنتی با لام شیشه ای انجام میشد شکل زیر معایب روش قدیم رو به شما یاد آوری میکند. میتونی چند سطر از برداشت خودت از این شکل بنویسی؟



روش انجام پاپ اسمیر سنتی

روش انجام ThinPrep Pap Test

مطمئن شوید نام بیمار و سایر اطلاعات لازم روی ظرف نمونه نوشته شده باشد.

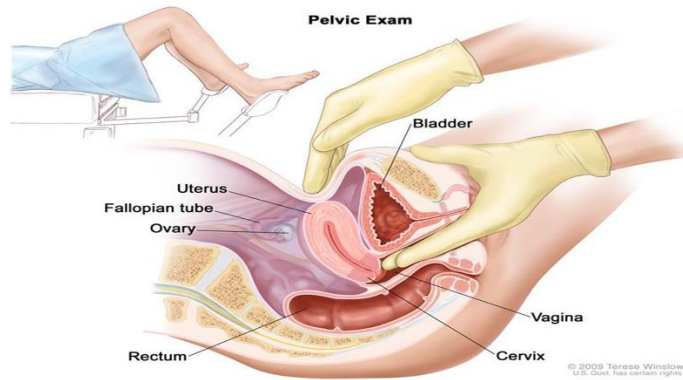
پیش از خروج اسپکولوم، این موضوع را به بیمار اطلاع دهید. پیچ اسپکولوم را باز کنید و آن را با ملایمت خارج کنید. در حالی که اسپکولوم را خارج می کنید، تیغه های آن را به تدریج ببندید. وقتی نوک اسپکولوم به دهانه واژن می رسد، تیغه ها باید کاملاً بسته باشد. در حین خروج اسپکولوم، حتماً به دیواره های واژن نگاه کنید. به بیمار اطلاع دهید که ممکن است، پس از نمونه برداری پاپ اسمیر، اندکی خونریزی داشته باشد.

• معاینه دودستی:

برای اجتناب از آلودگی شکم بیمار، پس از اتمام معاینه اسپکولوم، دستکش دست غیر غالب را بیرون بیاورید. انگشت نشانه و میانی دست غالب خود را در داخل واژن قرار دهید، تا واژن، سرویکس، رحم و ضمام را معاینه کنید. با دستی که روی شکم است، در حین معاینه، اعضای لگن را به سمت پایین فشار دهید.




در این معاینه به چه نکاتی توجه میکنید؟




آیا بیمار شما نیاز به معاینه رکتوواژینال دارد؟ چگونه؟ دلایل انجام این معاینه شامل.....




• موارد منع معاینه لکن:

معلولیت جسمی یا ذهنی، آناتومی غیر طبیعی، و عدم بلوغ فیزیکی همراه با بکارت سالم.....بقیه رو
 شما ادامه دهید.....


پس از پایان معاینه و نمونه گیری نوبت به نوشتن اطلاعات بیمار و یافته های معاینه بالینی بیمار به پاتولوژیست است که :

یک نمونه گزارش نویسی به پاتولوژیست :
 با سلام و ادب و احترام :


در معاینه بعمل آمده سرویکس نرمال، ترشحات بدون بو، نمونه گیری از ناحیه TZ بعمل آمد. تاریخ آخرین قاعدگی، و سابقه نتایج پاپ اسمیر غیرطبیعی قبلی اشاره کنید. بیمار یائسه یا حامله است، قرص پیشگیری از بارداری مصرف می کند، آی-یو-دی دارد، یا تحت درمان جایگزین هورمونی است. و حالا بقیه موارد رو شما بنویسید.....



تشکر از پاتولوژیست

نام و نام خانوادگی امضاء و مهرت یادت نره برای دریافتش خیلی تلاش کردی



به زیر آوری چرخ نیلوفری را

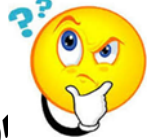
درخت تو گربار دانش بگیرد

"ناصر خسرو"

کانسر پستان



خانم متاهل ۴۰ ساله با سابقه خانوادگی کانسر پستان به کلینیک زنان مراجعه نموده . به گفته وی مدتی است که نوک پستانش پوسته پوسته ، احساس سوزش و خارش ، ترشحات خونی رنگ و زخم آن خوب نمیشود . محتمل ترین تشخیص و اقدامات توصیه شده به این بیمار ؟



اولین گام یاد است ؟



گام دوم شرح حال

اولین قدم پس از ارتباط صحیح با بیمار ارزیابی نشانه بیماری پستان و شرح حال گیری دقیق است . این شرح حال بایستی شامل تمام سئوالات در باره نشانه های فعلی بیمار ، مدت بیماری ، نوسانات علائم و نشانه ها، عوامل تشدیدکننده یا تسکین دهنده بیماری باشد . همچنین لازم است به موارد ذیل در شرح حال توجه شود .

- فهرست داروهای مصرفی بیمار (شامل درمان های هورمونی و گیاهی مانند فیتواستروژن ها)
- سابقه پرتودرمانی (به ویژه در درمان بدخیمی های دوران کودکی) باید از بیمار پرسیده شود .
- سابقه بیوپسی های قبلی و نتیجه آن ها
- بررسی نشانه های فعلی
- خروج ترشح از نوک پستان
- ویژگی های ترشح (خروجی خودبخودی یا غیر خودبخودی یکطرفه یا دو طرفه بودن، درگیری یک مجرا یا چند مجرا، رنگ ترشح)
- توده پستان (اندازه و تغییر در اندازه، سفتی یا نرمی، ترکیب بافتی، قابلیت حرکت توده)
- درد پستان (دوره ای یا مداوم)
- ارتباط نشانه ها با دوره قاعدگی
- تغییر در شکل، اندازه یا بافت پستان
- تغییرات پوستی: خارش مزمن، یا زخم مزمن نوک پستان و یا تغییرات یکطرفه



بررسی فاکتورهای خطر ساز در ایجاد سرطان پستان چندتا رو نام ببر از کتاب نواک کمک بگیر

❖ بررسی نشانه های فعلی

- خروج ترشح از نوک پستان
- ویژگی های ترشح (خروج خودبخودی یا غیر خودبخودی یکطرفه یا دو طرفه بودن درگیری یک مجرا یا چند مجرا، رنگ ترشح)
- توده پستان (اندازه و تغییر در اندازه سفتی یا نرمی ، ترکیب بافتی ، قابلیت حرکت توده)
- درد پستان (دوره ای یا مداوم)
- ارتباط نشانه ها با دوره قاعدگی)
- تغییر در شکل، اندازه یا بافت پستان
- نتیجه بیوپسی های قبلی
- تغییرات پوستی : خارش مزمن، یا زخم مزمن نوک پستان و یا تغییرات یکطرفه



گام سوم معاینه بالینی

- معاینه لازم است در نور کافی و شرایط لازم از نظر حفظ راحتی و محرمانگی فرد انجام شود.
- می توان معاینه را در حالت نشسته یا خوابیده انجام داد . اصول انجام آن در هر حال یکی است.
- هفت جزء زیر (که در زبان انگلیسی) با حرف P شروع می شوند، اجزای اصلی معاینه پستان را تشکیل می دهند:
- موقعیت (Position)
- لمس (Palpation)
- استفاده از کف انگشتان دست به جای نرمه انگشتان برای لمس

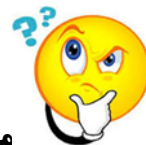
(pads of fingers are too sensitive for Palpation)

- فشار (Pressure)
- محیط (Perimeter)
- الگوی جستجو (Pattern of search)
- آموزش بیمار (Patient education)
- معاینه شامل قسمت های زیر است:

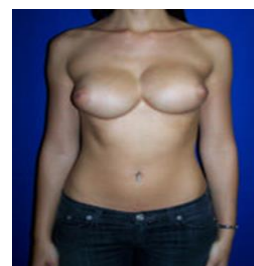
❖ مشاهده

- ✓ شکل پستان، هاله نوک پستان
- ✓ ناهنجاریهای تکاملی
- ✓ پیوند سینه ها (Symmastia)
- ✓ نوک پستان فرو رفته (inverted nipple)

- ✓ افزایش قابل ملاحظه ی اندازه و تعداد وریدها روی پستان در مقایسه با پستان دیگر
- ✓ حالت پوست پرتقالی شدن ظاهر پوست پستان
- ✓ تغییر رنگ پستان
- ✓ تورم و کاهش اندازه پستان رادیوتراپی نشده
- ✓ بیرون زدگی، تورفتگی یا کشیدگی پوست
- ✓ تورفتگی نوک پستان
- ✓ پوسته ریزی یا سوزش در اطراف نوک پستان
- ✓ بازشدن زخم یا برآمدگی آن
- ✓ تفاوت در الگوی وریدی روی یک پستان



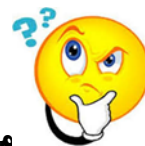
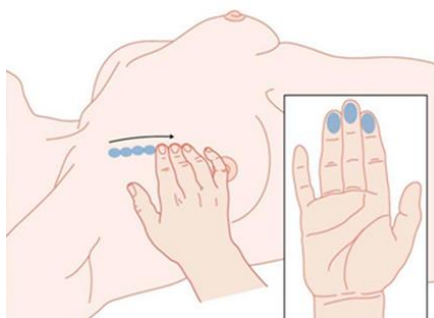
مینونی زیر هر تصویر زیر نام اون بیماری و یا ناهنجاری رو بنویسی



بیمار شما شبیه به کدام تصویر بالا است ؟

❖ لمس

- ✓ مقدار فشار لازم برای معاینه از سه سطح فشار برای معاینه پستان استفاده می شود.
- ✓ فشار کم: انگشتان را به نرمی روی لایه فوقانی پوست حرکت دهید.
- ✓ فشار متوسط: انگشتان را تا نیمه به درون بافت پستان وارد کنید.
- ✓ فشار زیاد: انگشتان را تا قاعده ی پستان نزدیک دنده ها وارد کنید.



مهمترین نواحی که باید به دقت معاینه شود کجاست؟



برای مطالعه بیشتر به سامانه shmunavid.vums.ac.ir مبحث پستان مراجعه کنید .



سه الگو برای لمس پستان در معاینه وجود دارد میتونی نام آنها رو زیر شکل زیر بنویسی؟





در برخورد با ترشح نوک پستان توجه به چه نکاتی ضروری است؟

چندتا رو من مینویسم بقیه رو شما کامل کنید .

- ✓ رنگ و نوع ترشح (ترشحات شیری، چرکی، زرد و شفاف، آبکی، خونی و خونابه ای، سبز، آبی، قهوه ای و خاکستری)
- ✓ وجود ترشح از یک یا هر دو پستان، خروج ترشحات از یک مجرا یا مجاری متعدد
- ✓ خروج خودبخودی مایع یا خروج آن با فشار بین انگشتان

تشخیص بیماری : شک به Paget's Disease بیماری پاژه



ارجاع جهت : بیوپسی انسیزیونی یا منگنه ای از ناحیه تغییر نیپل وسایر اقدامات توسط

جراح ماستکتومی توتال جدا سازی گره های لنفی.....



در مورد Breast Imaging and Reporting Data System چه میدانید ؟

مقدمه: در این سیستم که ابتدا برای یکسان نمودن و ذخیره اطلاعات یافته های ماموگرافی طراحی شده بود و سپس یافته های سونوگرافی و ام آر آی را هم شامل شد هدف توصیف یافته های تصویر برداری به گونه ای است که هم رادیولوژیست دیگر و هم سایر اعضای تیم تخصصی پستان بتوانند متوجه شوند که آیا نتیجه تصویر برداری طبیعی است یا نیاز به پیگیری یا نمونه برداری دارد. بر اساس آن تصویر برداری (سونو،مامو، MRI) احتمال بدخیمی را می توان حدس زد.

حالا بایر دز صفر تا شش رو توضیح بده از جدول زیر کمک بگیر و بررسی بیمار

Category	Assessment	Follow-up
0	Need additional imaging evaluation	Additional imaging needed before a category can be assigned
1	Negative	Continue annual screening mammography (for women over age 40)
2	Benign (noncancerous) finding	Continue annual screening mammography (for women over age 40)
3	Probably benign	Receive a 6-month follow-up mammogram
4	Suspicious abnormality	May require biopsy
5	Highly suggestive of (cancer)	Requires biopsy
6	Known biopsy – proven malignancy (cancer) <	Biopsy confirms presence of cancer before treatment begins

ناباروری



خانم ۳۳ ساله متاهل پس از ۶ ماه نزدیکی بدون روش جلوگیری حامله نشده و از شما برای بارداریش کمک میخواهد میگوید: از موقعی که به طور مداوم از طرف دوستان و نزدیکان در مورد علت نداشتن فرزند مورد بازخواست قرار گرفتیم احساس انزوای پیداکردم

درمان اول مشاوره

- تخلیه و ابراز احساسات مانند گریه کردن، بی قراری کردن، ابراز خشم (به طور سالم)
- گفتگوی درونی مانند دل داری دادن به خود
- مثبت اندیشی، دادن معنی مثبت به آنچه رخ داده.....



ارجاع به روانکاو و متخصص ناباروری و جهت آزمایشات و اقدامات مقتضی .

یائسگی



خانمی ۵۳ ساله با وزن ۵۰ کیلوگرم با شکایت یکسال قطع قاعدگی ، و به گفته وی چند ماهی دچار گرفتگی و بیخوابی و همچنین دچار بی اختیاری ادراری و دست و پا و کمر درد است . همسرش یکسال فوت نموده و در حال حاضر تنها زندگی میکند . برای خلوت تنهایی خود رو کشیدن سیگار و مصرف الکل آورده . توصیه ها و اقدامات درمانی شما ؟



تشخیص: متاسفانه بیمار ما دچار سندرم آشیانه خالی و روی به کشیدن سیگار و مصرف الکل آورده است .



توصیه ارجاع به مشاور : ترک سیگار و الکل ، فعالیت‌هایی که دوست دارد، انجام دهد. دو چرخه سواری، یوگا یا تماشای پرندگان ، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظر شما چیست

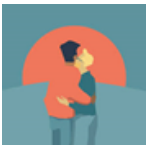


اقدامات درمانی و حمایتی



چنین بی کسی شدن در باورم نیست
به جز افسوس هوایی در سرم نیست

همه رفتند کسی دور و برم نیست
اگر این آخرای عاقبت بود



مسعود فرود منش

پرولاپس اعضای لگنی



خانمی ۶۰ ساله با سابقه لازیمان طبیعی بعلت احساس توده در واژن (که در وضعیت ایستاده و در انتهای طول روز تشدید می یابد). مراجعه نموده است. طی شرح حالی که از وی گرفته شد. کمر درد، مشکلاتی در تخلیه مثانه یا حرکات روده، دیسپارونی و یا خونریزی واژینال در هنگام رابطه جنسی تجربه میکند. محتمل ترین تشخیص و اقدامات درمانی؟

❖ درمان:

توصیه: انتخاب شیوه مناسب زندگی (کاهش وزن، ترک سیگار، اجتناب از انجام فعالیت های فیزیکی سنگین).
درمان محافظه کارانه (برای کمک به بهبود علائم قبل از انجام عمل جراحی در مواردی که بیمار کاندید جراحی نباشد و یا هنوز بچه دار نشده باشد): فیزیوتراپی، حلقه ها و شیاف های داخل رحمی.
درمان جراحی: سیستوسل: سوسپانسیون رحم و مثانه، نوارهای غیرفشارنده واژینال.
رکتوسل: کولپورافی خلفی.
پرولاپس رحم: هیسترکتومی، ترمیم به روش منچستر
انتروسل: سوسپانسیون رحمی-ساکرال.
پیشگیری: هدایت صحیح زایمان و درمان مناسب ترومای ناشی از زایمان، تمرینات ورزشی کف لگن، درمان جایگزین هورمونی.



برای بیمار مورد نظر پس از گرفتن شرح حال، معاینه بالینی توصیه های درمانی شما چیست؟ (شیوه مناسب زندگی، درمان محافظه کارانه.....)

بیمار ما دیسپارونی و یا خونریزی واژینال در هنگام رابطه جنسی دارد به نظرت باید چه کار کرد؟



از کتاب بیماریهای زنان برک و نواک کمک بگیر و جواب بده خیلی مهمه

آمنوره



والدین دختر ۱۴ ساله ای با شکایت عدم قاعدگی بدون ظهور صفات ثانویه جنسی مراجعه نموده محتمل ترین

تشخیصی واقدامات؟

- گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی
- ارجاع به متخصص غدد و زنان
- اولین تست تشخیصی تعیین غلظت FSH و LH است در صورت بالا بودن FSH بررسی کاربوتیپ الزامی است.
- در صورت وجود کروموزم Y گنادکتومی الزامی است.
- اگر کاربوتیپ طبیعی و FSH بالا باشد بیمار باید از نظر احتمال کمبود ۱۷ افا - هیدورکسیلاز بررسی شود .



خوب گامهای بعدی برای شماست

درمان : مبتلایان به آمنوره اولیه ناشی از همه اشکال نارسایی گنادال و هیپو گنادیسم هیپوگنادروتروپیک جهت شروع تکامل و حفظ صفات ثانویه جنسی و پیشگیری از استئوپروز نیازمند تجویز سیکلیک استروژن و پروژسترون می باشند.

- در صورت تشخیص کمبود ۱۷ افا - هیدورکسیلاز بر استروژن درمان با کورتیکو استروئید نیز الزامی است
- درمان های اصلاحی زیر نیز در صورت امکان انجام میگیرند .
- خارج کردن کرانیو فارنژیوم با روش ترانس اسفنوئید و یا حین کرانیوتومی
- درمان ژرمینوم ها با پرتو درمانی و یا ندرتا جراحی
- درمان پرو لاکتینوم با اگونیست های دوپامین (برومو کرپتین یا کایر گولین)
- درمانهای اختصاصی سوئی تغذیه ، سوئی جذب ، کاهش وزن ، بی اشتهایی عصبی ، آمنوره ناشی از ورزش ، نئو پلازی ها و بیماریهای مزمن



از کتاب بیماریهای زنان برک و نواک کمک بگیر

نسخه نویسی

مقدمه: تجویز دارو یکی از مهم ترین مسئولیتهای افراد حرفه ای فراهم کننده سلامتی می باشد. به عنوان عضوی از گروه حرفه ای که متعهد جهت مراقبت از بیماران هستیم مهم آن است که خود را به طور مسئولانه در کسب دانش دارویی استفاده یا سوء استفاده از آنها ، دوز صحیح، روشهای تجویز، نشانه های مصرف ، دوز بیش از حد و واکنشهای غیر طبیعی، آماده کنیم. استفاده عاقلانه از داروها ، سبب نجات جان شده ولی استفاده نابخردانه سبب آسیب غیر قابل ترمیم خواهد شد.



❖ روشهای ممکن برای درمان:

- دادن اطلاعات و توصیه های لازم به بیمار
- درمان بدون دارو
- درمان دارویی
- ارجاع
- در بعضی موارد نیاز به ترکیب این روشها است.

❖ تعریف نسخه:

- نسخه به سن تاریخ نوشتاری بشر می باشد. اولین فردی که ادبیات فارموکولوژی را بنا نهاد ابرس پاپیروس بود که شامل روشهای دور کردن بیماری ها و لیستی از عوامل دارویی و روش های مخلوط گردنبدوده است.
- یک نسخه دستوری است که توسط پزشک نوشته می شود و توسط متخصص دارویی پر می شود و دارویی را که برای بیمار احتیاج است در نظر می گیرند و شامل همه ی دستورات الزم برای پزشک داروسازو بیمار می باشند.

❖ صفات مشخصه نسخه:

- داروی معین
- زمان مشخص
- برای فرد به خصوص

❖ انواع نسخه:

- کتبی
- شفاهی

❖ جهت صحت و اصالت نسخه باید اطلاعات زیر (صادر کننده) موجود باشد:

- نام و نام خانوادگی
- درجه علمی
- شماره نظام پزشکی
- آدرس و شماره تلفن محل طبابت
- ساعات کار

❖ در هر قلم داروی تجویز شده بطور معمول ۶ عامل باید مشخص گردد.

- ۱- نام دارو
- ۲- شکل دارو
- ۳- واحد دارویی
- ۴- تعداد دارو
- ۵- نحوه مصرف
- ۶- فواصل تجویز

❖ مشخصات یک نسخه دارویی (علاوه بر مشخصات ماما)

- نام، آدرس و سن بیمار
- تاریخ
- عنوان نسخه یا سرنسخه (X , R)
- Recipe (دریافت کننده)
- ستاره ژوپیتتر (سمبل کمک کننده به بهبودی بیماران)
- هوالشافی
- متن نسخه

مهمترین قسمت نسخه است و اساسی ترین نکته این است که این بخش از نسخه باید خوانا، کامل، و صحیح باشد.



- دستور مصرف دارو به بیمار:
 - مقدار
 - فواصل
 - نحوه مصرف
 - بهترین زمان مصرف

بطور متوسط حدود ۳۰ تا ۵۰٪ بیماران داروی خود را بدرستی مصرف نمی کنند. زیرا:



- نشانه های بیماری فروکش کرده

• بروز عوارض جانبی و نامطلوب دارو

- _____
- _____
- _____

❖ اصول نسخه نویسی در مامایی:

مرحله اول: مشکل بیمار را تعریف کنید (تشخیص)

مرحله دوم: هدف های درمانی خود را مشخص کنید

مرحله سوم: تعیین کنید که آیا درمان شخصی شما برای این بیمار مناسب است یا خیر

مرحله چهارم: درمان را شروع کنید

مرحله پنجم: اطلاعات، راهنمایی ها و تذکرات را به بیمار بدهید

مرحله ششم: درمان را پیگیری یا متوقف کنید



نکات قابل توجه:

- همه بیماران نیاز به دارو ندارند.
- اسامی داروها باید به انگلیسی و بطور کامل نوشته شود.
- بهتر است از نام ژنریک دارو استفاده شود. در صورت لزوم نام کارخانه بدنبال آن در داخل پرانتز نوشته شود.
- برای انتخاب بهترین شکل دارو متناسب با شرایط بیمار و کسب اطلاعات بیشتر در مورد دارو، بهتر است با داروساز مشورت شود.
- توصیه میشود واحد دارو حتی برای فرآورده هایی که تنها یک واحد معین دارند نوشته شود.
- حتی الامکان تعداد دارو را با اعداد رومی ننویسید.
- دلایل تجویز داروی تزریقی:
 - اثر سریع دارو
 - فرم تزریقی تنها شکل دارو باشد که برای بیمار مفید باشد
 - عدم وجود راه دیگر در رسانیدن دارو به بیمار
 - سعی کنید داروهای تزریقی را با هم مخلوط ننمائید
- کاربرد درمانی داروها می بایست براساس متون علمی باشد
- تجربه های شخصی و اعمال سلیقه فردی غیر قابل اعتماد و استناد بوده و مقبولیت علمی ندارد.
- اسامی داروها - اشکال مصرفی آنها - مقدار دارو، به لاتین نوشته شود.
- مقدار مصرف و نحوه استفاده دارو به فارسی (با خودکار یا خودنویس) مرقوم شود.

- اسامی داروها حتما صحیح و خوانا و لزوما خوش خط نوشته شود.
- حرف اول اسم هر دارو بزرگ قید گردد.
- نسخه حتما امضا و مهر شود.
- حتی المقدور قسمت انتهایی نسخه بسته گردد که امکان اضافه کردن داروی دیگری نباشد. (بخصوص در مورد داروهای ضد درد و کدئینه).
- به بیمار یادآوری شود که در صورت بروز هرگونه اشکال و یا علائم غیرعادی و یا شک در نحوه و مقدار مصرف دارو، با پزشک یا ماما تماس بگیرد.
- برای کسانی که برای اولین بار از یک شکل دارو استفاده میکنند، نحوه ی کاربرد صحیح را توضیح دهد. برای خانم تازه ازدواج کرده نحوه ی مصرف داروهای واژینال به شکل کامل شرح داده شود.
- در صورتی که بیمار دارای دفترچه بیمه است میتواند از داروهای مجاز با رعایت اصول آن ثبت تاریخ، تاریخ اعتبار دفترچه و بدون خط خوردگی در سرنسخه یادداشت مهر و امضا کنید.
- صفحه اول معمولا سبز رنگ بوده و متعلق به داروخانه است و باید با خودکار نوشته شود.
- صفحه دوم صورتی رنگ و متعلق به پزشک و افراد طرف قرار داد با بیمه هاست که آن را از دفترچه جدا کند.
- صفحه سوم آبی رنگ و متعلق به بیمار است و جهت بایگانی و سابقه نزد خود بیمار باقی میماند.



نسخه نویسی الکترونیک و الزام حذف نسخ کاغذی از ابتدای دی ماه از موضوعات مهم نظام سلامت کشور در سال ۱۴۰۰ بود؛ موضوعی که به مرور می تواند به یکپارچگی اطلاعات، جلوگیری از تجویز داروهای اشتباه، سقف گذاری ارائه خدمات، جلوگیری از همپوشانی های بیمه ای، صرفه جویی در مصرف کاغذ و ... کمک کرده و در نهایت بازوی مهمی برای اجرای کامل پرونده پزشک خانواده در کشور باشد...

جهت تجویز داروها لازم است به طور کامل با مخفف های تصویب شده در نسخه آشنا باشید.

Syr syrup	Cap capsul
Tab tablet	R rectal
Sol solution	Supp suppository
Inj injection	Amp ampule
Inf infusion	N/S normal salin
R/L ringer	IM intramascular
IV intravenous	Prn as needed
mg milligram	K potassium
Na sodium	

- لیست کامل عدم استفاده مخفف ها در سایت زیر موجود است.
- <http://www.jointcommission.org>
- لیست مخفف های دارای قابلیت اشتباه را که توسط کانون تمارین پزشکی در سایت زیر آورده شده است را مشاهده کنید.

[http:// www. ismp. org](http://www.ismp.org)



آیا میدونی راه های استفاده و دفعات دارو را به انگلیسی بنویسی؟

- داخل وریدی (I.V(Intra Venous)
- داخل عضلانی (I.M (Intra Muscular)
- -----
- -----
- -----
- -----



فاکتورهای موثر بر دوزاژ شامل:

- سن
- جنس
- شرایط بیمار مانند عملکرد مختل کبد یا کلیه
- -----
- -----
- -----



طبقه بندی FDA در مورد مصرف داروها در دوران بارداری، بقیه موارد رو شما تکمیل کنید :

A: مطالعات کافی در انسان، خطری را در مورد مصرف دارو در دوران بارداری نشان نداده است؛ مصرف در دوران بارداری بی خطر

B: مطالعات در حیوانات، خطری را در مورد مصرف دارو بر روی جنین نشان نداده ولی مطالعات

کافی بر روی انسان وجود ندارد

C: -----

D: -----

X: -----



خلیلی پور دارستانی، مانیتا، نسخه نویسی در مامایی؛ به همراه داروهای ژنریک و گیاهی کاربردی،

تهران؛ خسروی، کمک بگیر



خانم سکینه اکبری ۳۰ ساله فعال جنسی با شکایت ترشحات رقیق، خاکستری و همراه با بوی بد ماهی (بعد از مقاربت) در بررسی میکروسکوپی: سلول - clue، فقدان لکوسیت ها گزارش شده است. محتمل ترین تشخیص و درمان دارویی را بنویسید؟

تشخیص: واژینوز باکتریال

R / Tab Metronidazole 500 mg

R / Metronidazole Vaginal Gel



اشکالات نوشتن این نسخه را بنویسید؟



خانم فاطمه اسکندری ۲۵ ساله متاهل با شکایت ترشحات واژینال بوناک همراه خارش و لوا مراجعه کرده در معاینه بالینی بعمل آمده یک عفونت حاد چرکی، ترشحات فراوان زرد مایل به سبز با ظاهری کف آلود و متعفن و نمای دهانه رحم توت فرنگی "colpitis macularis or strawberry cervix"، مشاهده میشود. محتمل ترین تشخیص و درمان دارویی و رعایت نکات بهداشتی را بنویسید؟



خانم عالیه اصغری ۳۵ ساله متاهل با شکایت ترشحات واژینال بوناک، شکم درد همراه با تب و خونریزی پس از رابطه جنسی مراجعه نموده، طی شرح حال بدست آمده وی ارتباط جنسی با ۲ پارتنر دارد. واز نظر اقتصادی - اجتماعی در سطح پایین میباشد. در معاینه با اسپکولوم سرویکس هایپر تروفی و سرویسیت و ترشحات بوناک دارد. محتمل ترین تشخیص و درمان دارویی و رعایت نکات بهداشتی را بنویسید؟



آئین نامه تعیین حدود صلاحیت ماماهاى کارشناس و کارشناس ارشد (نامه شماره ۳۱۵۳۳ مورخ

۱۳۸۷/۰۵/۲۹ معاونت سلامت) و حتما بخون. خصوصا:

ماده ۶: داروهای مجاز قابل تجویز توسط ماما



میدونی نوشته مهت شامل چه مواردی است :

- نام و نام خانوادگی (الزامی)
- شماره عضویت نظام پزشکی (الزامی)
- حداقل یکی از عناوین مطابق مندرج در پروانه یا گواهینامه یا دانشنامه (به زبان انگلیسی یا فارسی) (الزامی)
- عناوین علمی دانشگاهی (اختیاری)
- کارشناسان مامایی به استناد مطالب مندرج در کارت عضویت خود می توانند بر روی مهر و سرنسخه خویش نام و مشخصات فامیلی خود را با قید مدرک (لیسانس - فوق لیسانس مامایی) (ن پ- م شماره نظام) اکتفا نمایند.

«آورده اند روزی حاکم شهر بغداد از بهلول پرسید: آیا دوست داری که همیشه سلامت و تن درست باشی؟ بهلول گفت: خیر زیرا اگر همیشه در آسایش به سر برم، آرزو و خواهش های نفسانی در من قوت می گیرد و در نتیجه، از یاد خدا غافل می مانم. خیر من در این است که در همین حال باشم و از پروردگار می خواهم تا گناهانم را ببامرزد و لطف و مرحمتش را از من دریغ نکند و آنچه را به آن سزاوارم به من عطا کند.»



عبدالله نیازمند، لطیفه و حکایت بهلول، ص ۷۶

سخن آخر

طبابت آمیخته ای از دانایی و هنر است لذا آنچه در این مسیر به یاری ما خواهد شتافت، تلاش پیگیر، مطالعه مداوم، اندیشه ای پویا، احترام و عشق به بیماران است. این کتاب با پیشنهادات شما در آینده بازنگری خواهد شد.



از دوباره بلند شدن از زمین نترسید
 از دوباره تلاش کردن
 دوباره زندگی کردن
 و دوباره آرزو کردن.
 بهترین درس‌های زندگی را معمولاً
 در سخت‌ترین شرایط
 و از بدترین اشتباهاتتان یاد می‌گیرید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم ارزشیابی امتحان جامع پایان دوره تحصیلی دانشجویان مامائی حوزه زنان

مکان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

جمع کل	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف
	(%۱۰۰)	(%۷۵)	(%۵۰)	(%۲۵)	(%۰)
موارد ارزشیابی					

ویژگی‌های فردی ۳ نمره

1	رعایت شئون اسلامی و اخلاق حرفه‌ای				
2	دقت، سرعت عمل و احساس مسئولیت				
3	ارتباط کلامی و غیرکلامی مؤثر با بیمار				

شرح حال نویسی 2 نمره

1	گرفتن شرح حال (تسلسل منطقی) مبتنی بر کیس				
2	تشخیص‌های احتمالی				

در صورت نیاز بیمار به معاینه آموزش و آماده نمودن بیمار 2 نمره

1	آمادگی وسایل و محیط (نور کافی، حفاظ مناسب و وسایل لازم)				
2	آمادگی بیمار (پوشش مناسب، ارائه آموزش‌های لازم در ضمن انجام معاینات مهلبلی)				

معاینه دستگاه تناسلی خارجی 4 نمره

1	نحوه پوشیدن دستکش، رعایت نکات استریل				
---	--------------------------------------	--	--	--	--

						2	مشاهده ولوا (آناتومی، رویش موهای زهار، اسکار و ضایعه، رنگ، بو ...)
						3	لمس غدد اسکن و بارتولن
						4	تشخیص سیستوسل و یورتوسل، رکتوسل، پرولاپس رحم و تعیین درجه آن ...
معاینه دستگاه تناسلی داخلی ۳نمره							
						1	نحوه گذاشتن اسپکلوم
						2	مشاهده واژن (التهاب و قرمزی، بوی ترشحات، رنگ، قوام ترشح، افتراق انواع واژینیت ها از یکدیگر، ضایعه، آتروفی، بررسی چین های واژن...)
						3	مشاهده سرویکس اندازه، رنگ، ترشحات، شکل، ضایعه، پولیپ، تشخیص سرویسیت حاد، مزمن، غدد نابوتین ...
غربالگری سرویکس 6نمره							
						1	پرسش در مورد شرایط سیتولوژی مایع
						2	آماده نمودن وسایل، و انجام صحیح نمونه‌گیری و انتقال برآش به داخل محلول و تکان آن
						3	نحوه برداشتن اسپکلوم
						4	نوشتن شرح حال بیمار
						5	تحویل محلول مایع همراه برآش به بیمار جهت ارسال به آزمایشگاه
						6	تاکید به بیمار نتیجه غربالگری خود را در مراجعه بعدی همراه بیاورد
معاینه بی منوآل (دو دستی) 4نمره							
						1	لمس واژن: از نظر سفتی دیواره آن ...
						2	لمس سرویکس: قوام، تحرک، اندازه، موقعیت، درد.....
						3	رحم: اندازه، تحرک و تقارن، پوزیشن، قوام، حساسیت....
						4	آدنکس های راست و چپ: حساسیت، توده، درد...
						5	تعویض دستکش
معاینه برست 9نمره							
						1	زمان مناسب معاینه (بعد قاعدگی و قبل اوولاسیون) و یائسگی
						2	آماده سازی بیمار و محیط جهت انجام معاینه و حفظ حریم خصوصی بیمار
						3	قبل از شروع معاینه، از تمیز بودن دست های خود و گرمی آن ها اطمینان حاصل می کند
						4	مشاهده ی ظاهر پستان ها (تغییرات رنگ، پوست پرتقالی، توده، ادم، زخم، ترشحات خودبخود شیری، خونی و یا سروزی)
						5	مشاهده ی فرورفتگی یا کشیدگی پستان در ۴ حالت (دستان کنار بدن، بر روی کمر، کشیده بالای سر و خم شدن بیمار)
						6	بررسی ترشحات نوک پستان
						7	بررسی غدد لنفاوی: فوق ترقوه، زیر بغل، استرنوم
						8	رعایت پوزیشن انگشتان در حین معاینه (با تکنیک درست پهنای دو بند اول انگشتان میانی)
							ترسیم دیاگرام پستان
						9	ارائه توصیه ها و آموزش های لازم در مورد انجام غربالگری های پستان (BSE، معاینات سالیانه توسط ماما یا پزشک و ماموگرافی پایه در ۴۰ سالگی و یا زودتر در افراد پرخطر.. در صورت لزوم ارجاع بیمار
تفسیر نتایج تست ها و غربالگری ها ۲نمره							
						1	تست های آزمایشگاهی (ادار، خون و هورمون)
						2	غربالگری ها، سونوگرافی، ماموگرافی

نازایی ۲نمره						
						1
						2
مشاوره بلوغ و نوجوانی ۲نمره						
						1
						2
مشاوره دوران کلیما کتریک و یائسگی 2نمره						
						1
						2
مشاوره خونریزی رحم 1نمره						
						1
مشاوره STD 1نمره						
						1
تشخیص نهایی ۴نمره						
						1
						2
						3
						4
پاسخ به سؤالات علمی: ۸نمره						
						پاسخ به سؤالات علمی طراحی شده: ۵ نمره
						پاسخ به سؤالات علمی مرتبط با case : 3 نمره
نمره نهایی دانشجو :				نمره نهایی: 55		
امضاء مدیر گروه				امضاء مدرس		

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه بهداشت مادر و کودک، استاد ملکی

راهنمای یادگیری دانشجویان مامایی،

ویژه آزمون فاینال واحد بهداشت مادر و کودک



رئوس مطالب

۱. آشنایی با مکان و اهداف آزمون
۲. صلاحیت‌های عمومی دانشجوی (وضعیت ظاهری، سرعت عمل، دقت، مسئولیت‌پذیری، برقراری ارتباط)
۳. پذیرش مددجو و تشکیل پرونده
۴. تنظیم خانواده (شرح حال، معاینات لازم، مشاوره به مراجع در زمینه کاربرد صحیح وسایل پیشگیری از بارداری)
۵. مشاوره قبل از بارداری (شرح حال، معاینات فیزیکی، تغذیه، مکمل‌های دارویی، آزمایشات پاراکلینیک و تست‌های غربالگری، تشخیص موارد غیرطبیعی، ارائه آموزش‌های لازم)
۶. مراقبت‌های بعد از زایمان (شرح حال، معاینات فیزیکی، تغذیه، مکمل‌های دارویی، تست‌های غربالگری مورد نیاز، تشخیص موارد غیرطبیعی، ارائه آموزش‌های لازم)
۷. آموزش و مشاوره جامع شیردهی (وضعیت صحیح شیردهی، پوزیشن‌های مختلف شیردهی، مشکلات شایع پستان طی شیردهی، نحوه دوشیدن و ذخیره شیر، تغذیه مادر شیرده)
۸. مراقبت از کودک (پایش رشد کودک و تشخیص انحرافات در اندازه‌گیری وزن، قد، دور سر، بررسی مشکلات شایع کودکان، تشخیص کودکان نیازمند مراقبت ویژه، درخواست آزمایش‌ها و تست‌های پاراکلینیک برحسب نیاز، تجویز مکمل‌های دارویی و ارائه آموزش‌های لازم به مادر)
۹. واکسیناسیون (شرح حال کودک، چک کردن یخچال واکسن و کلد باکس، آماده کردن واکسن، آشنایی کامل با پروتکل کشوری واکسیناسیون و ارائه آموزش‌های لازم به مادر)
۱۰. موارد فوق در درمانگاه‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود (مهدی آباد) و تحت نظارت مربیان مامایی و طبق چک لیست پیوست شده، بررسی می‌گردد.

دانشجویان عزیز سلام

ورود شما را به مرحله آزمون نهایی جامع مامایی تبریک عرض می‌کنیم. با آرزوی موفقیت روز افزون برای شما عزیزان قبل از هر چیزی به معرفی محیط فیزیکی و پرسنل مرکز آزمون و اساتید ممتحن می‌پردازیم.

معرفی درمانگاه مهدی آباد

از مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

بخش‌های درمانگاه مهدی آباد

مشمول بر بخش‌های مامایی، بهداشت خانواده، واکسیناسیون، پرستاری، پزشکی عمومی

تماس با درمانگاه مهدی آباد:

پست الکترونیکی: salamat.gov.ir

تلفن: ۰۲۳۳۲۳۱۲۶۶۶

دورنگار: ۰۲۳۳۲۳۱۲۶۶۶

نشانی: شاهرود محله مهدی آباد-خیابان ۱۲ غربی

مسیر رفت و آمد از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به بیمارستان بهار:

با وسیله نقلیه عمومی

یا سرویس‌های دانشگاه.

معرفی مدیریت درمانگاه مهدی آباد:

نام و نام خانوادگی: دکتر حسن خوشقدم

سمت: مدیر درمانگاه

رشته تحصیلی: متخصص پزشکی عمومی

منشور اخلاق حرفه‌ای، مقررات، وظایف کار دانشجویان در درمانگاه مهدی آباد:

منشور اخلاق حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود:

از دانشجویان این دانشکده انتظار می‌رود موارد زیر را که با اصول اخلاق حرفه‌ای و کنترل سلامت می‌باشد، رعایت نموده و با ظاهری آراسته و رفتاری متناسب با منزلت اجتماعی و شئونات دانشگاهی در دانشکده و بخش‌ها حضور یابند.

ماده ۱- مقررات مربوط به پوشش:

۱- کلیه دانشجویان در بخش های بالینی، موظف به استفاده از روپوش سفید، مقنعه با رنگ های مشخص می باشند. روپوش باید تمیز، مرتب با اندازه مناسب و به اندازه کافی گشاد باشد که امکان حرکات آزادانه با دکمه بسته را فراهم نماید و مزین به کارت شناسایی شامل نام و مقطع تحصیلی دانشجو باشد.

۲- مشخصات روپوش و مقنعه از طرف دانشکده اعلام میگردد.

۳- استفاده از هر نوع پوششی با علائم خاص، دارای پارگی، لکه و ... ممنوع می باشد.

۴- کفش ها باید ساده، بدون پاشنه و یا پاشنه کوتاه و بدون ایجاد صدا باشد.

۵- پوشیدن صندل مجاز نمی باشد.

۶- پوشیدن جوراب با ضخامت مناسب الزامی است.

۷- موها کاملاً پوشیده باشد.

۸- ناخن ها باید کوتاه شده، تمیز و بدون لاک باشند.

۹- استفاده از هر گونه آرایش مو و صورت غیرممتعارف ممنوع می باشد.

ماده ۲- بهداشت فردی و نحوه رفتار در بخش:

۱- رعایت بهداشت فردی و بهداشت دهان و دندان الزامی است.

۲- استفاده از هر گونه بوی تند جایز نمی باشد.

۳- جویدن آدامس، کشیدن سیگار، شوخی کردن و ایجاد صدای بلند در بخش و محیط های آموزشی و در هنگام درمان بیماران مغایر با رفتار حرفه ای بوده و قابل قبول نمی باشد.

۴- استفاده از موبایل در هنگام کار در بخش مجاز نمی باشد.

ماده ۳- زیورآلات:

۱- استفاده از هر گونه زیورآلات به جز حلقه ساده ازدواج ممنوع است.

۲- هر گونه خالکوبی و کاربرد نگین های زینتی ممنوع است.

رعایت نکردن موارد فوق موجب کاهش نمره صلاحیت عمومی دانشجو میگردد.

مسئولان محترم مربوطه بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت خواهند نمود.

وظایف دانشجو:

دانشجویان باید در روز امتحان راس ساعت مقرر در مرکز حضور داشته باشند.

دانشجویان موظف به گرفتن شرح حال بیماران و نوشتن سیر بیماری و معاینه فیزیکی در دفاتر مخصوص هستند.

دانشجویان باید در حضور استاد خود مراجعین را اداره نمایند.

دانشجو موظف به مشارکت فعال در شرح حال گیری، انجام معاینات بالینی، گرفتن نمونه آزمایشات لازم و تفسیر آن، آموزش و ارائه مشاوره به مراجعین تحت نظارت استاد می‌باشد.

موضوع امتحان: کارآموزی بهداشت مادر و کودک

پیشنیاز: تئوری بهداشت مادر و کودک

مدت امتحان: ۳ تا ۴ ساعت - بخش مامایی و بهداشت خانواده

گروه هدف: دانشجویان ترم ۸ کارشناسی مامایی

محل اجرا: درمانگاه مهدی آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

زمان: نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۲

ممتحن: دکتر ملکی

هدف کلی:

تمرین مهارت‌های کسب شده در انجام معاینات بالینی، تشخیص و مداوای مشکلات شایع مادر و کودک و کسب مهارت در تشخیص و اجرای روش‌های درمانی انواع اختلالات در دوره قبل و بعد از بارداری، شیردهی، کودک و واکسیناسیون.

اهداف اختصاصی درس:

دانشجو آزمون مربوط به هر یک از مهارت‌های مبتنی بر چک لیست پیوست شده را پشت سر می‌گذراند.

برنامه هفتگی دانشجویان

برنامه حضور اساتید

نحوه‌ی ارزشیابی فراگیران

- ✓ صلاحیت عمومی
- ✓ حضور فعال در محیط امتحان
- ✓ چگونگی انجام وظایف محوله
- ✓ چگونگی انجام امور مربوط به مراجعه کننده (مادر یا کودک)
- ✓ پاسخ به سوالات علمی مرتبط با case

عناوین آموزشی آزمون بهداشت مادر و کودک

تنظیم خانواده

هدف از اجرای برنامه‌های کنترل جمعیت و تنظیم خانواده، تأمین و حفظ سلامت و بهداشت مادران و کودکان آنان، ارتقای کیفیت زیست افراد خانواده و بهبود شرایط زندگی اجتماعی اقتصادی و فرهنگی جوامع است. با کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان و تعداد موارد سقط جنین‌های عمدی به علت حاملگی‌های ناخواسته، فراهم کردن شرایط و امکانات بهتر برای رشد جسمی، روانی و اجتماعی کودکان و مطلوب تر شدن وضع اقتصادی اجتماعی و فرهنگی افراد خانواده و نهایتاً جامعه، اهداف مورد نظر برنامه حاصل می‌شود.

برای تحقق این اهداف، یا آمیزش جنسی را باید تقلیل داد و یا این که روش‌هایی به کار برد که با وجود آمیزش جنسی، لقاح و آبستنی انجام نگیرد. راه اول اصولاً عملی نیست زیرا یکی از مشخصات ویژه‌ی رفتاری انسان، میل زیاد او به آمیزش و ارضای تمایلات جنسی است. از این رو بشر کوشیده است تا روش‌هایی ابداع کند که ضمن عمل جنسی، از لقاح و تولیدمثل جلوگیری شود.

روش‌های متعددی برای جلوگیری از بارداری وجود دارد که شکل‌های نسبتاً ساده تا اعمال جراحی و بستن لوله‌های ناقل اسپرم در مرد و لوله‌های فالوپ در زنان را در برمی‌گیرد. از جمله روش‌های رایج پیشگیری از بارداری، می‌توان موارد ذیل را نام برد:

نزدیکی منقطع، استفاده از پوشش لاستیکی (کاندوم)، قرص‌های ضدبارداری، آمپول‌های ضدبارداری، متد ریتمیک (روشی که در آن، زن و شوهر در فاصله زمانی که امکان باروری در دوره‌ی ماهانه قاعدگی وجود دارد، از نزدیکی خودداری می‌کنند)، دیافراگم واژینال (وسیله‌ای گنبدی شکل که معمولاً از جنس لاستیک بوده و قبل از نزدیکی، داخل مجرای واژن گذاشته می‌شود)، کلاهک دهانه رحم (این وسیله شبیه دیافراگم مهبل است ولی برخلاف آن که تمامی قسمت بالای مهبل را می‌پوشاند، فقط گردن رحم را فرا می‌گیرد و مانع عبور اسپرماتوزوئیدها از آن می‌شود)، آیودی (وسیله داخل رحمی که لانه‌گزینی تخم را در مخاط رحم دچار اشکال نموده و مانع از حاملگی می‌شود)، استفاده از داروها و مواد شیمیایی به صورت کرم، ژل و شیاف، اسفنج (جسمی که از ماده مصنوعی خاصی که به اسپرم‌کش آغشته شده، ساخته و قبل از نزدیکی در واژن قرار داده می‌شود). حلقه‌های واژینال (حلقه‌هایی در اندازه‌های متفاوت، حاوی هورمون‌های زنانه که به منظور پیشگیری از حاملگی در واژن قرار داده می‌شود)، نورپلانت (کپسول‌های حاوی هورمون‌های زنانه که در زیر پوست بازو و یا ساعد کاشته می‌شود و به مدت چندین سال می‌تواند از باردار شدن پیشگیری کند)، شستشوی مهبل (در این روش، مهبل با آب و یا محلول‌های کشنده اسپرم شسته می‌شوند تا مانع حاملگی شود، بستن لوله‌ها (این روش عبارت است از بستن لوله‌ی ناقل اسپرم در مرد و یا لوله‌های تخمدان در زن به وسیله‌ی عمل جراحی است).

تکلیف ۱:

نحوه شرح‌حال‌گیری و انجام معاینات فیزیکی را در مشاوره تنظیم خانواده شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۲:

نحوه مصرف، مزایا، معایب و موارد منع مصرف هر یک از انواع روش‌های تنظیم خانواده را بیان کنید (بدین منظور به رفرنس‌های اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۳:

نحوه آیودی‌گذاری را با مراجعه به لینک زیر مشاهده نموده و بر اساس آن در حد یک پاراگراف مراحل را برشمرد.

لینک در سامانه نوید:

<https://shmunavid.vums.ac.ir/Dashboard/Index>

تکلیف ۴:

نحوه گذاردن دیافراگم و حلقه‌های واژینال را با مراجعه به لینک زیر مشاهده نموده و بر اساس آن نکات احتیاطی لازم را توضیح دهید.

لینک در سامانه نوید:

مشاوره و مراقبت‌های قبل از بارداری

برای داشتن نوزاد سالم مراقبت دوران بارداری به تنهایی کفایت نمی‌کند. گاهی برخی شرایط جسمی، روحی و اجتماعی در مادر وجود دارند که اگر قبل از لقاح مورد شناسایی، اصلاح یا حذف قرار نگیرند، باعث اثرات نامطلوب بر بارداری می‌شوند.

متأسفانه بسیاری از مادران دو هفته پس از به تاخیر افتادن قاعدگی متوجه بارداری خود می‌شوند یعنی زمانی که جنین شروع به شکل گرفتن کرده است. بنابراین زمان طلایی برای

مراقبت از دست رفته است (به عنوان نمونه مصرف اسید فولیک). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، مشاوره قبل از لقاح همراه با بیان عوامل خطر و توصیه‌های عملی لازم برای زنان بایستی انجام شود.



سن والدین

زنانی که در دو انتهای سنین باروری باردار می‌شوند باید مورد توجه ویژه واقع شوند. بارداری در نوجوانان با خطر کم خونی، زایمان زودرس و پره اکلامپسی همراه است. از سویی بارداری در سن بالا خصوصاً در صورت وجود مشکلات زمینه‌ای در مادر با افزایش خطر دیابت، افزایش فشارخون، زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین همراه است. افزایش ناهنجاری‌های کروموزومی جنین در مادران سنین بالا به کارگیری آزمایش‌های غربالگری جنین را ضروری می‌نماید. البته طبق مطالعات اخیر، در صورت سلامت روانی و فیزیکی مادر، حاملگی در سن بالای ۳۵ سالگی بیشتر از آنچه قبلاً تصور می‌شد با پیامد مطلوب همراه است.

در رابطه با سن بالای پدر در هنگام لقاح، اگرچه گزارش‌هایی مبنی بر جهش‌های ژنی اتوزوم غالب و ناهنجاری جنین مطرح شده، ولی میزان آن پائین است

تغذیه

میزان نیاز به کالری در زنان سنین باروری به طور متوسط ۲۰۰۰ کیلو کالری در روز است. رژیم غذایی سالم شامل پروتئین، کربوهیدراتها و حداقل پنج واحد میوه یا سبزیجات در روز است. مواد غذایی حاوی چربی زیاد و یا شیرینی زیاد باید در مواقع خاص و نادر مصرف شوند.

تغذیه خوب یک نیاز اساسی در راه دستیابی به یک بارداری و زایمان موفق است. ذخایر کافی ویتامینها و مواد معدنی در بدن مادر برای تولد یک نوزاد سالم ضروری است. کم وزنی مادر قبل از حاملگی ممکن است باعث پیامدهای نامطلوب بارداری از جمله کم‌وزنی نوزاد و زایمان زودرس شود. از سویی چاقی مادر با افزایش پیامدهایی مانند افزایش فشارخون، پره اکلامپسی، دیابت حاملگی، زایمان مشکل، سزارین، عوارض جراحی و مشکلات ساختاری جنین همراه است. بنابراین باید به خانمها توصیه شود قبل از حاملگی در تعدیل وزن خود بکوشند.

گروه‌های دیگری از زنان هم نیاز به توجه ویژه از نظر تغذیه دارند که شامل موارد زیر است:

فاصله کم بین حاملگی‌ها: مخصوصاً اگر کمتر از یک سال باشد، خطر زایمان زودرس و یا نوزاد کم وزن افزایش می‌یابد. دو تا سه سال فاصله به مادر اجازه میدهد تا ذخایر ویتامینی و معدنی خود را بازسازی کند.

گیاهخواران: عدم مصرف گوشت و مواد لبنی حتماً باید با مواد غذایی و مکمل‌های حاوی کلسیم، آهن و ویتامین B12 جبران شود. **حاملگی در نوجوانان:** از آنجا که نوجوانان در سن رشد هستند، نیاز به مصرف رژیم‌های مکمل برای کمک به رشد جسمانی مادر و نیز جنین در حال رشد ضروری می‌باشد.

افراد کم در آمد: تحقیقات زیادی نشان داده که این مادران غذای کمتری می‌خورند تا برای بقیه اعضای خانواده غذای کافی باقی بماند. **بیماری‌های زمینه‌ای مادر:** مواردی مانند دیابت، صرع، حساسیت به مواد غذایی، سندرم‌های سوء جذب مثل کرون و کولیت اولسروز باید مدنظر باشند.

اختلالات عصبی: بی‌اشتهایی عصبی و یا پرخوری عصبی ممکن است منجر به آریتمی قلبی و مشکلات گوارشی در مادر و نیز کم‌وزنی و یا میکروسفالی نوزاد شود.

محل سکونت: زنانی که در مناطق کم آفتاب زندگی می‌کنند باید از مکمل‌های حاوی ویتامین D استفاده کنند.

توصیه‌ها برای زنانی که قصد بارداری دارند:



دریافت روزانه میزان ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تا هفته ۱۲

خوردن غذاهایی مثل: سبزیجات، دانه‌ها، غلات غنی شده با فولات، مصرف اسید فولیک از اختلالات عصبی جنین پیشگیری می‌کند.

ویتامین دی: چون در ساخت استخوان‌های جنین و سیردهی لازم است مصرف ۱۰ میکروگرم روزانه توصیه می‌شود.

روغن ماهی غنی از چربی‌های امگا ۳ و سایر محصولات است که تاثیر زیادی در رشد سیستم عصبی مرکزی و رشد شبکه جنین دارد. توصیه می‌شود زنان قبل از لقاح دو قطعه ماهی در هفته (۱۴۰ گرم پخته) میل کنند.

الکل: در سه ماهه اول می‌تواند با سندرم الکلی جنین همراه باشد و باید از آن اجتناب ورزید.

سبک زندگی

سبک زندگی تأثیر بسزایی بر سلامت افراد دارد. زوج‌هایی که برای بارداری تدارک می‌بینند ممکن است نیاز به مشاوره جهت تغییر سبک زندگی داشته باشند. هدف از مراقبت قبل از لقاح این است که زوجین حداقل ۳-۴ ماه قبل از اقدام به بارداری با تغییر سبک زندگی، خود را برای یک حاملگی و زایمان موفق آماده کنند. موارد زیر باید مورد توجه واقع شوند:

- **شاخص توده بدنی:** چاقی بیش از حد ممکن است موجب کاهش باروری در مردان و زنان شود و در صورت حاملگی با پیامدهای ناگواری همراه شود. بنابراین خصوصاً در زنان توصیه به کاهش وزن قبل از اقدام به بارداری ضروری خواهد بود.
- **تأثیرات محیط:** برخی مشاغل ممکن است میزان باروری را در زن و مرد کاهش دهند مانند تماس با حرارت بالا، اشعه X، حشره کش‌ها و برخی حلال‌های شیمیایی. همچنین تماس زیاد با جیوه یا سرب در بارداری می‌تواند باعث مشکلات تکاملی در سیستم عصبی مرکزی شود. در رابطه با میدان‌های الکترومغناطیسی و مایکروویو تا کنون خطری مشاهده نشده است.
- **مصرف سیگار و مواد مخدر:** زنانی که سیگار می‌کشند نسبت به افراد غیر سیگاری ۴۰ درصد شانس کمتری برای بچه دار شدن دارند. در مردان سیگاری هم به علت کاهش تحرک و آسیب دیدن مورفولوژی اسپرم‌ها احتمال ناباروری افزایش می‌یابد. مصرف سیگار و مواد مخدر در بارداری خطر کم وزنی نوزاد، زایمان زودرس، جفت سر راهی و دکولمان را افزایش می‌دهد. احتمال ناهنجاری جنین با مصرف سیگار در مردان و زنان نیز مطرح شده است. در طی حاملگی هم باید توصیه شود در اولین فرصت ممکن مصرف سیگار قطع شود.
- **مصرف الکل:** عوارض الکل ارتباط مستقیم با میزان مصرف آن دارد. کسانی که بیش از ۱۰ واحد الکل در روز می‌نوشند نسبت به میزان کمتر از ۵ واحد خطر سقط بیشتری دارند. مصرف زیاد الکل در بارداری منجر به سندرم الکلیسم جنینی می‌شود که با محدودیت رشد، اختلالات تکاملی عصبی و ناهنجاری‌های فیزیکی خصوصاً در صورت همراه است. بنابراین باید به قطع مصرف آن قبل از بارداری توصیه اکید شود.
- **خشونت‌های خانگی:** این خشونت‌ها سبب عوارض حاملگی شامل افزایش فشارخون، خونریزی واژینال، سقط، زایمان زودرس و نوزاد کم وزن می‌شود. مشاوره قبل از حاملگی جهت شناسایی و حتی مداخله جهت پیشگیری از این خشونت‌ها و عوارض حاصله در بارداری اهمیت ویژه‌ای دارد.

تکلیف ۱:

به روش نقش بازی (role playing)، نحوه شرح حال گیری و انجام معاینات فیزیکی در دوره قبل از بارداری را با هم کلاسی خود تمرین نموده و از آن یک ویدئوی چند دقیقه ای تهیه و آپلود نمایید.

تکلیف ۲:

تغذیه صحیح و مکمل‌های دارویی ویژه دوره قبل از بارداری را شرح دهید.

تکلیف ۳:

با مراجعه به پروتکل غربالگری های ویژه دوره قبل از بارداری (پاپ اسمیر، STD، دیابت، کم کاری تیروئید...) را نام برده و توضیح دهید.

تکلیف ۴:

درباره هر یک از موارد غیرطبیعی قبل از بارداری (کم خونی، هیپوتیروئیدی،) مطالعه نموده و نحوه اداره هر یک را شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۵:

آزمایش‌ها، تست‌های پاراکلینیک و اقدامات لازم در هر یک از موارد پرخطر قبل از بارداری را توضیح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

مراقبت های دوران بعد از زایمان

در غالب کشورهای پیشرفته، میزان‌های مرگ و میر کودکان به دلیل مراقبت های ویژه به نحو بارزی کاهش شدید داشته است. ولی متأسفانه در اکثر ممالک در حال توسعه، اغلب زایمان ها به شیوه‌های سنتی و بدون توجه و رعایت اصول بهداشتی انجام می پذیرد. در ایران در بسیاری از موارد زایمان ها در بیمارستان و توسط ماماهاى دوره دیده در شرایط مطلوب و بهداشتی انجام می گیرد. با این حال بهبود مراقبت های حین زایمان و پس از آن به منظور پیشگیری از خونریزی های ناشی از زایمان و عفونت های پس از آن، یکی از مسائلی است که می بایست ارائه دهندگان خدمات بهداشت مادر و کودک به آن توجه کنند. چرا که بسیاری از سهل انگاری ها در حین زایمان و پس از آن باعث بروز عوارض بسیار وخیمی می شود. گرچه ممکن است بعضی از این عوارض مختصر باشند و در خیلی از موارد به کلی بهبود یابند، ولی برخی اوقات نیازمند جراحی های سخت و زحمات بسیاری هستند و متأسفانه گاهی نیز به مرگ منجر می گردند.

وجود اصول صحیح مراقبت پس از زایمان چه در بیمارستان و چه در منزل و توجه به بهداشت شخصی، استراحت، خواب، اجابت مزاج، وضع ادرار، وضع ترشح دستگاه تناسلی در مادر، مواظبت از پستان ها و معاینات مرتب پس از زایمان تأثیرات کاملاً مثبتی بر سلامت مادر و کودک دارد.

تکلیف ۱:

درباره هر یک از موارد غیرطبیعی بعد از زایمان (خونریزی، عفونت، مشکلات ادراری، اجابت مزاج، ترومبوفلیت ...) مطالعه نموده و نحوه اداره هر یک را شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۲:

روش صحیح و پوزیشن های مختلف شیردهی را با مراجعه به لینک زیر مشاهده نموده و بر اساس آن در حد یک پاراگراف هر پوزیشن و کاربردش را شرح دهید.

لینک در سامانه نوید:

<https://shmunavid.vums.ac.ir/Dashboard/Index>

تکلیف ۳:

مشکلات شایع پستان (احتقان، ماستیت، آبسه...)، طی شیردهی را نام برده و نحوه اداره و بهبود هر یک را شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۴:

نحوه دوشیدن و ذخیره شیرمادر را با مراجعه به لینک زیر مشاهده نموده و بر اساس آن در حد یک پاراگراف خلاصه ای از مطلب را شرح دهید.

تکلیف ۵:

با مراجعه به پروتکل، غربالگری‌های لازم در مراقبت‌های بعد از زایمان (پاپ اسمیر، دیابت ...) را توضیح دهید.

تکلیف ۶:

به روش نقش بازی (role playing)، یک مورد مشاوره شیردهی را با هم کلاسی خود تمرین نموده و از آن یک ویدئوی چند دقیقه‌ای تهیه و آپلود نمایید.

تکلیف ۷:

آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های بهداشتی مادر و نوزاد در دوران بعد از زایمان را شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

رشد و تکامل Growth & Development

تعریف رشد Growth

بزرگتر شدن جثه و اندازه‌های بدن را رشد گویند. میزان رشد و افزایش وزن بدن، نشان دهنده نحوه تغذیه کودک است.

تعریف تکامل Development

افزایش توانایی و کسب مهارت‌های لازم مانند گردن گرفتن، نشستن، راه رفتن، صحبت کردن و ... را تکامل گویند.

اصول رشد و تکامل

- ۱- اگرچه رشد و تکامل، دو مقوله جداگانه هستند، پایه پای هم و دست در دست هم به پیش می‌روند.
- ۲- رشد و تکامل در هر فردی Specific است.
- ۳- رشد و تکامل از سر به طرف پا (سفالوکودال) و از مرکز به محیط است.
- ۴- رشد و تکامل دارای دوره‌های جهش و کندی و بحرانی است.
- ۵- در دوران جنینی، رشد خیلی سریع است و تا ۵ سالگی پیش می‌رود و سپس ثابت می‌شود. دوباره در دوران بلوغ، آهنگ رشد افزایش می‌یابد و پس از آن تقریباً ثابت باقی می‌ماند.
- ۶- رشد و تکامل، عملی مداوم و تدریجی است.
- ۷- رشد و تکامل، یک تغییر پیشرفتی است. به عبارت دیگر، روند رشد و تکامل همیشه صعودی و برگشت ناپذیر است.
- ۸- رشد بدنی در روزهای اول زندگی، بسیار سریع‌تر از رشد عقلی است.
- ۹- جنبه‌های مختلف رشد بدنی، عقلی، عاطفی و اجتماعی به یکدیگر وابسته هستند.

عوامل تعیین کننده رشد و تکامل

۱- عوامل ژنتیکی

۲- تغذیه

۳- سن: میزان رشد در زندگی جنینی از هر زمان دیگر بیشتر است. در درجه بعد، سال اول زندگی است و سپس به هنگام بلوغ، میزان رشد افزایش می‌یابد.

۴- جنس: در حدود ۱۱-۱۰ سالگی قد و وزن دختران ناگهان افزایش می‌یابد در پسران، رشد ناگهانی کمی دیرتر یعنی در ۱۲-۱۳ سالگی است.

۵- محیط فیزیکی: برخورداری از نور آفتاب، مسکن خوب، روشنایی و تهویه بر رشد و تکامل اثر می گذارد.

۶- عوامل روان شناختی

۷- آلودگی به عفونت ها و انگل ها

۸- عوامل اقتصادی

۹- عوامل دیگر مانند: فاصله‌ی بین کودکان، مرتبه تولد کودک، وزن به هنگام تولد، سطح آموزش پدر و مادر و...

شاخص های اندازه گیری رشد

بهترین راه برای ارزیابی رشد هر کودک اندازه گیری وزن / قد / دور بازو است.

رشد وزنی

وزن ساده ترین و عین حال بهترین شاخص رشد است.

با وزن کردن مستمر کودک و رسم منحنی می توان نسبت به تغذیه مناسب کودکان اطمینان حاصل کرد

وزن زمان تولد: ۲۵۰۰-۴۵۰۰ کیلوگرم است. متوسط ۳۴۰۰

٪۱۰ وزن در روزهای اول کم می شود و تا روز ۱۴ پس از تولد به مقدار اول خود می رسد. تا ۶ ماه اول افزایش وزن هر هفته بین ۱۲۰-۲۴۰

گرم است یعنی ماهانه حداقل ۵۰۰ گرم. پس از ۶ ماهگی هر ماه حداقل ۴۰۰-۳۵۰ گرم و ۲۴-۱۲ ماهگی هر ماه حداقل ۲۰۰ گرم.

در بیشتر شیرخواران:

وزن حوالی ۴-۵ ماهگی ۲ برابر زمان تولد

در یک سالگی ۳ برابر زمان تولد

در ۲ سالگی ۴ برابر زمان تولد

در ۵ سالگی ۶ برابر زمان تولد

در ۷ سالگی ۷ برابر زمان تولد

در ۱۰ سالگی ۱۰ برابر زمان تولد

الگوی وزن گیری در کودکان مختلف متفاوت است به دلیل:

نوع تغذیه

ویژگی کودک (نوع شخصیت و میزان فعالیت)

جثه افراد خانواده

مسائل عاطفی (ابراز عشق و محبت به کودک به ویژه در زمان تغذیه وی)

قبل از این که تصمیم بگیرید که آیا کودک واقعاً کم وزن است یا نه باید به فاکتورهای زیر توجه کنیم:

۱- شرایط وزن گیری:

آیا وزن کردن درست انجام شده است؟

آیا وزن درست خوانده شده است؟

آیا لباس کودک در هر ۲ بار، یک جور بوده است یا کودک با لباس یا بی لباس وزن شده است؟

۲-Type کودک: کودکان باهوش و فعال که به اطراف خود توجه دارند و محرک های محیطی را بیشتر دریافت می کنند، نسبت به کودکان آرام و بی تحرک، کمتر وزن می گیرند

۳-وراثت: توجه نکردن به ژنتیک کودکان سبب نگرانی مادر در مورد وزن کودکش می شود.

۴-الگوی خانوادگی:

برخی از کودکان به طور طبیعی، کم وزن می گیرند (Gainer Low Weight) زیرا کودکان دیگر خانواده هم، که حتی شیر خشک خورده اند کم وزن گرفته اند.

۵-وزن گیری نامنظم: گاهی به نظر می رسد که باید وزن گیری کودک، منظم باشد. در مورد شیر مادرخواران متفاوت است و ممکن است یک هفته، کمتر باشد و بهتر است به وزن گرفته شده در ماه توجه کنیم نه هفته به هفته.

۶-رابطه ی بین وزن موقع تولد و وزن گیری بعدی: برخی تصور می کنند نوزادی که در یک صدک مشخص به دنیا آمده است باید در همان صدک باقی بماند و بالا برود؛ ولی در بسیاری از شیر مادرخواران این طور نیست ممکن است در حول و حوش همان صدک باقی بمانند یا ممکن است تغییر کنند.

۷-وزن گیری آرام: برای کودکان شیر مادرخوار عجیب نیست که به ویژه در ۳ ماه سوم تولد، وزن گیری سرعت بسیار کمتری داشته باشند و عجیب نیست که تاکنون سریع وزن گرفته اند؛ ولی اکنون برای ۳-۲ هفته، خط وزن گیری آن ها صاف و یا بسیار کند شده است

عوامل مؤثر بر وزن کودک عبارتند از:

عوامل قبل از تولد: رشد کودک از دوران جنینی آغاز می شود و عوامل متعددی بر میزان رشد جنین اثر می گذارد؛ از جمله:

الف) مراقبت کامل از سلامت مادر توأم با تغذیه ی صحیح وی در دوران بارداری.

ب) **فعالیت:** اگر فعالیت های بدنی مادر زیاد باشد و دریافت مواد غذایی برای این میزان فعالیت کافی نباشد، مسلماً بر وزن هنگام تولد نوزادان تأثیر خواهد گذاشت. لذا توصیه می شود که مادران در سه ماهه سوم بارداری از فعالیت های شدید بدنی بپرهیزند تا از احتمال تولد نوزادان با وزن کم کاسته شود. این توصیه، بیشتر شامل مادرانی است که مشاغل سنگین دارند.

ج) **سیگار کشیدن:** مصرف سیگار در دوران بارداری سبب اختلال در رشد جنین می شود. لذا به مادرانی که سیگار می کشند، توصیه می شود حتماً قبل از بارداری نسبت به ترک سیگار اقدام کنند.

د) **بیماری ها:** عفونت های داخل رحمی، پره اکلامپسی، ابتلا به بیماری های مزمن مانند سل، مالاریا، آنمی بسیار شدید و ... همه سبب کاهش وزن جنین می شود. برعکس، دیابت کنترل نشده مادر و پرخوری بیش از اندازه او سبب افزایش وزن نوزاد در هنگام تولد خواهد شد.

ه) **سایر علل:** عوامل دیگری که بر وزن نوزاد در هنگام تولد موثر است، عبارتند از:

نارس بودن

جنه ی والدین

ناهنجاری های جنین

زندگی در ارتفاعات

کوتاهی فاصله ی بین حاملگی ها

و سن کمتر از ۱۸ سال مادر

در سن ۱۰-۱۱ سالگی در دختران و ۱۳-۱۲ سالگی در پسران، وزن به طور ناگهانی افزایش می یابد.

و در هر جنس حدوداً ۲ سال جهش وزنی به درازا می کشید و در این دوران، پسران حدود ۲۰ کیلوگرم و دختران حدود ۱۶ کیلوگرم دچار اضافه وزن می شوند.

رشد قدی

برعکس رشد وزن که به سرعت تحت تاثیر تغذیه و عوامل محیطی قرار می گیرد، ماه ها طول می کشید تا تاثیر این عوامل بر قد ظاهر شود. لذا در سال اول زندگی، اندازه گیری وزن برای سن، بسیار مهم است در حالی که در سال دوم زندگی علاوه بر شاخص وزن براساس سن، استفاده از شاخص وزن به قد نیز اهمیت ویژه ای دارد. قد در بدو تولد ۴۵-۵۵ سانتی متر به طور متوسط ۵۰ سانتی متر است و در پایان یک سالگی به ۷۵ سانتی متر میرسد. در سال دوم ۱۲-۱۳ سانتی متر به قد افزوده می شود و از آن پس، رشد قد تا زمان بلوغ به میزان ۵-۶ سانتی متر در سال اضافه می شود. قد در ۴ سالگی ۲ برابر و در ۱۳ سالگی ۳ برابر می شود در دوران رشد جهشی، پسران حدود ۲۰ سانتی متر و دختران حدود ۱۶ سانتی متر به قدشان اضافه می شود. پس از دوران جهش بلوغ، میزان رشد به سرعت کاهش می یابد.

رشد دور سر و سینه

رشد مغز و در نتیجه رشد دور سر کودک در سال های اول زندگی سریع است.

دور سر بدو تولد ۳۷/۲-۳۲/۶ سانتی متر و به طور متوسط ۳۵ سانتی متر است.

در ۶ ماه اول تولد، دور سر حدود ۱۰-۸ سانتی متر افزوده می شود (در ۳ ماه اول حدود ۶-۵ سانتی متر و در ۳ ماه دوم حدود ۳-۲ سانتی متر) و به طور متوسط به ۴۴ سانتی متر می رسد.

در ۶ ماه دوم تولد، دور سر حدود ۳ سانتی متر افزوده می شود و به طور متوسط به ۴۷ سانتی متر می رسد. در سال دوم تولد، دور سر حدود ۲-۳ سانتی متر افزوده می شود و به طور متوسط به ۴۷ سانتی متر می رسد.

دور سر در فرد بالغ حدود ۵۴ سانتی متر است.

هنگام تولد دور سر بیشتر از دور سینه است.

در یک سالگی، دور سینه و سر تقریباً برابر می شود و سپس اندازه ی دور سینه از اندازه ی دور سر بیشتر می شود.

رشد دور بازو

دور بازو در نوزاد حدود ۱۰/۵ سانتی متر و در پایان سال اول حدود ۱۶-۱۴ سانتی متر است.

در سال دوم تا پنجم بیشتر از ۱ سانتی متر به دور بازو اضافه می شود.

در یک کودک یک ساله، شاخص دور بازو کمتر از ۱۲/۵ سانتی متر، نشان دهنده ی رشد کم و بین ۱۴-۱۲/۵ سانتی متر، نشان دهنده رشد متوسط و بین ۱۶/۵-۱۴/۵ سانتی متر، نشان دهنده ی رشد طبیعی است.

مادران بارداری که دور بازوی کمتر از ۲۲/۵ سانتی متر دارند، سوء تغذیه ای محسوب می شوند.

سن استخوانی

در زمان تولد ۵ مرکز استخوان سازی در نوزاد عبارتند از: انتهای تحتانی فمور، انتهای فوقانی تیبیا، کالکانئوس، کوبوئید و تالوس.

معمولاً سن استخوانی با سن تقویمی، همزمان است.

برای بررسی سن استخوانی در نوزاد از زانو و مچ پا، گرافی گرفته می شود.

رشد دندان ها

زمان و ترتیب بیرون آمدن دندان های شیری متفاوت است. رویش دندان های شیری معمولا از ۹-۵ ماهگی شروع می شود تا حدود ۲/۵ سالگی ادامه می یابد. زود یا دیر ظاهر شدن دندان به تنهایی دلیل و نماینده رشد به موقع یا عقب افتادن رشد کودک نیست.

به نظر می رسد که دندان های شیری در دختران زودتر از پسران و در کودکان لاغر زودتر از کودکان چاق ظاهر می شود. برخی از شیرخواران به طور طبیعی، دندان هایشان زودتر و یا دیرتر از معمول ظاهر می شود

اگر شیرخواری از هر نظر طبیعی است، دیر ظاهر شدن دندان ها حتی تا حوالی ۱۵ ماهگی هم ممکن است رخ دهد.

پایش رشد

توزین منظم کودک، رسم منحنی رشد و اقدام های به موقع و لازم جهت بهبود وضعیت رشد کودک را پایش رشد گویند.

این اقدام، آسان ترین شیوه پی بردن به چگونگی رشد و در حقیقت، ارزیابی سلامت کودک است.

منحنی رشد، یک نمودار دیداری از رشد جسمی است و حساس ترین وسیله ای است که خدمات PHC با آن ارزیابی می شود.

در کشور ما منحنی رشد NCHS می باشد.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS

شاخص های سن /وزن قد /وزن سن /قد برای اندازه گیری رشد، بسیار مناسب هستند؛ ولی در منحنی رشد، وزن برای سن مورد توجه قرار گرفته است.

وزن برای سن، مهم ترین و بهترین معیار اندازه گیری رشد است؛ زیرا قبل از هر شاخص رشدی دیگر تحت تاثیر

عوامل محیطی قرار می گیرد و اندازه گیری آن آسان تر است. WHO توصیه می کند که وزن کودکان تا سن ۳۶ ماهگی هر ماه اندازه گیری و میزان رشد آن ها ارزیابی شود. در کشور ما معمولا کودکان را در سال اول زندگی هر ماه یک بار و در سال دوم هر ۲ ماه یک بار و در سال سوم هر ۳ ماه یک بار و از آن پس تا ۶ سالگی هر ۶ ماه یک بار وزن می کنند.

اهمیت پایش رشد

پایش رشد بهترین وسیله برای پی بردن به کفایت تغذیه کودک و بهترین راه برای اطمینان یافتن از سلامت و رشد مطلوب است.

در ضمن اگر هرگونه انحرافی در وضعیت رشد کودک ایجاد شود چون خیلی زود تشخیص داده می شود،

می توان آن را سریع تر اصلاح و از تداوم آن جلوگیری کرد.

تکلیف ۱:

انواع انحرافات از رشد طبیعی (در اندازه گیری وزن، قد، دور سر)، را نام برده و اقدامات لازم در هر یک را شرح دهید.

تکلیف ۲:

شاخص های سوء تغذیه در کودکان را نام برده و توضیح دهید. انواع نمودار ترسیم شده در کارت رشد کودک (طبیعی و غیرطبیعی) را سرچ کرده و در متن جاگذاری نمایید و تفسیر هر منحنی را بیان نمایید.

تکلیف ۳:

پروتکل مراقبت از کودک را مطالعه و سپس بیان نمایید که چه کودکانی نیازمند مراقبت ویژه هستند و در این موارد چه اقدامات و آزمایشاتی لازم است انجام گردد؟

تکلیف ۴:

به پروتکل و بخش ناخوشی های اطفال (مانا-غیر پزشک) مراجعه نموده و انواع مشکلات شایع کودکان و اقدامات لازم در هر یک را مطالعه (یبوست، نفخ، اسهال، دندان درآوردن، استفراغ، اختلال در کنترل ادرار و مدفوع، بیماری های تنفسی، تب، برفک) و خلاصه ای از آن را در این بخش شرح دهید.

پارامترهای تکامل

این پارامترها عبارتند از:

- ۱- حرکت عضلانی یا حرکت های عمده
- ۲- تکلم و زبان
- ۳- مهارت ها و حرکت های ظریف
- ۴- فردی و اجتماعی.

نقش بازی در تکامل کودکان

نقش موثری در رشد حرکتی بدنی ذهنی ایفا می کند.

با محیط زندگی آشنا می کند

با فکر کردن حرف بزند

اعتماد به نفس رشد می یابد.

کنجکاوی تقویت می شود.

هنگام بدرفتاری، جدی با او رفتار کنیم.

کمک های که در بازی کودکان نقش دارد در اختیارش بگذاریم

۱- کمک فیزیکی

۲- همبازی کودک

۳- کمک فکری و پیشنهاد

۴- کمک در تمرکز کردن

۵- آموزش سهیم شدن در وسایل بازی

۶- در انتخاب اسباب بازی توجه به سن کودک و تناسب اسباب بازی اهمیت دارد.

مراحل تکامل کودک

بدو تولد:

مکیدن، بلعیدن، حرکت غیرارادی و رفلکس عطسه

هفته اول:

چشم به نور متمرکز می کند.

۱ ماهگی:

خوابیده به شکم چانه بالا می گیرد

لبخند می زند معنادار نیست

جسم متحرک را با چشم دنبال و گردن را ۹۰ درجه می چرخاند

۲ ماهگی:

خوابیده به شکم سرش را بلند می کند و سینه خیز می شود.

۳ ماهگی:

لبخند معنادار می زند

دستش به طرف اشیاء دراز می کند نمی تواند آنها را بگیرد

چشم تا ۱۸۰ درجه دنبال می کند.

دست ها را به هم می زند

۴ ماهگی:

به کمک دیگران می نشیند

بوی مادرش را تشخیص می دهد

شیئی جلوی کودک بگیریم به دهان می برد و رها می کند

گردن سفت می گیرد

۵ ماهگی:

با صدای بلند می خندد.

صدای ملایم موسیقی گوش می دهد

شکم به پشت برمی گردد

۵-۶ ماهگی می غلتد.

۶-۷ ماهگی:

بدون تکیه گاه می نشیند.

به قیافه های آشنا توجه نشان می دهد.

مادر را کاملاً می شناسد

دا و با می گوید

اشیاء را از دستی به دستی دیگر می دهد

به رفتارها، اخم کردن، لبخند زدن عکس العمل می دهد

از ترک مادر گریه می کند

اشیای آویزان را می گیرد

انگشت شصت را به طور هدف دار حرکت می دهد

افراد بیگانه غریبی می کند

از آینه خوشش می آید

۶ ماهگی از پشت به شکم برمی گردد.

دالی بازی

اولین حرف (م) است

اضطراب جدایی از مادر دارد

۶ ماهگی روی صندلی می نشیند

۷ ماهگی حرف با صدا را تکرار می کند.

۸ ماهگی:

بدون حمایت به راحتی می نشیند

۹ ماهگی:

به کمک اشیا می ایستد.

سینه خیز می رود

دادا بابا ماما تکرار می کند

خدا حافظی می کند

انگشت شصت به کار می برد

۲ مکعب همزمان با دو دست می گیرد

به نامش جواب می دهد

چند قدم با کمک برمی دارد.

۱۰ ماهگی:

چهار دست و پا می رود

می ایستد

دو دستش را بگیرد راه می رود

دالی بازی

۱۱ ماهگی:

به تنهایی می ایستد.

۱۲ ماهگی:

دستش را بگیرد راه می رود

آب و نان می گوید

راه رفتن شروع می کند

بوسه می دهد

داخل کفش را برمی دارد

تا ۱۸ ماهگی ۱۰ قدم راه می رود.

۱۳ ماهگی:

به تنهایی راه می رود

۱۵ ماهگی:

از پله ها بالا می رود.

۲ مکعب روی هم می گذارد.

دو کلمه ای می سازد.

۱۸ ماهگی:

قدم زنان از پله ها بالا می رود.

۲۰ کلمه می داند.

چشم و دهان خود را نشان می دهد.

۳ مکعب روی هم می گذارد.

دفع ادرار و مدفوع را اطلاع می دهد.

۲ سالگی:

میدود.

از پله ها بالا رفتن پایین رفتن می آموزد.

۳ کلمه ای

۶ مکعب روی هم می گذارد.

عبارت کوتاه بیان می کند.

داستان عکس دار گوش می کند.

قاشق در دست می گیرد.

کلمات تکی ادا می کند.

۳ سالگی:

روی یک پا می ایستد

سه چرخه سواری می کند

نام نام خانوادگی، سن و جنس بیان می کند

پوشیدن لباس کمک می کند.

تنهایی می ترسد

دایره و ضربدر کپی می کند

من را با شناخت به کار می برد.

لج بازی می کند

تا سن ۵ سالگی لج بازی از بین می رود.

۴ سالگی:

لی لی می رود

(سر تنه ی پا) آدمک می سازد

مربع کپی می کند

داستان تعریف می کند

به تنهایی توالی می رود

۵سالگی:

مثلث کپی می کند

جسم سنگین تر را می شناسد.

لباس درمی آورد و دکمه می بندد.

۶سالگی:

لوزی کپی می کند

صبح، ظهر، عصر را می شناسد

چپ راست تشخیص می دهد

۷سالگی:

بند کفش را می بندد

تکلیف ۱:

انواع اختلالات تکاملی کودک را نام برده و اقدامات و آموزش‌های لازم در هر یک را شرح دهید (بدین منظور به رفرنس‌های اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

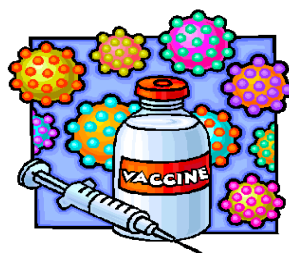
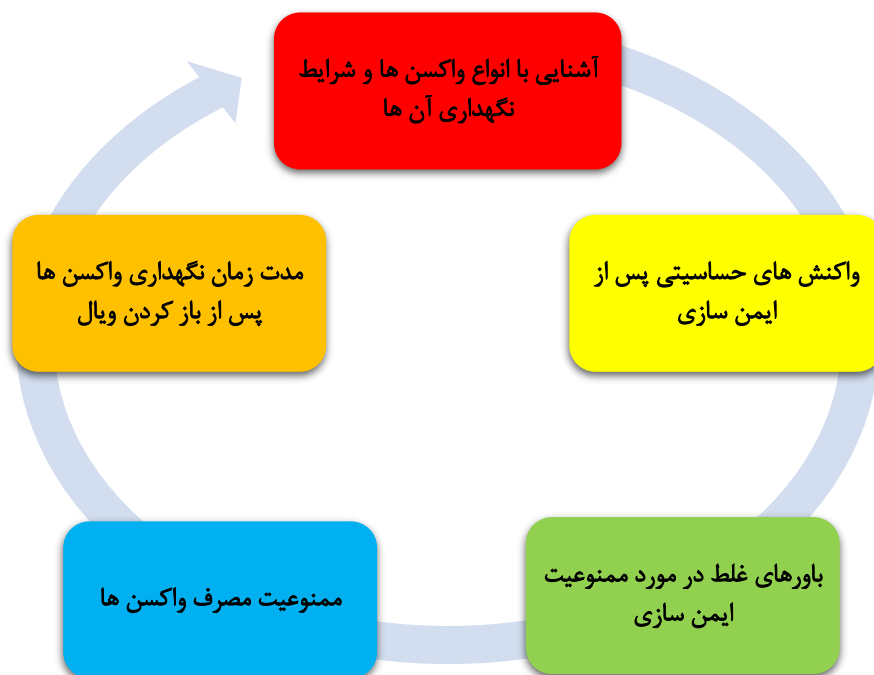
واکسیناسیون Vaccination :

واکسیناسیون یا ایمن‌سازی به تزریق و استفاده واکسن گفته می‌شود که با هدف جلوگیری از ایجاد عفونت یا کاهش عوارض بیماری در شخص یا ایجاد ایمنی طبیعی، با تزریق آنتی‌بادی یا آنتی‌ژن به دست می‌آید. واکسیناسیون با تزریق عضلانی یا وریدی (رگی)، یا چکاندن در دهان (مانند فلج اطفال) انجام می‌شود. دوام این نوع ایمنی‌سازی کوتاه‌مدت است و وابستگی به نیمه عمر آنتی‌بادی در بدن فرد دریافت‌کننده دارد و این مدت در حدود سه تا چهار هفته می‌باشد. در صورت تجویز آنتی‌ژن که شامل میکرو ارگانیسم ضعیف شده، کشته‌شده یا اجزاء آن می‌شود، دستگاه ایمنی فرد

دریافت‌کننده تحریک و به‌طور فعال آنتی‌بادی تولید می‌کند. ایمنی بدست آمده در این حالت را ایمنی فعال گویند. دوام این نوع ایمنی، طولانی‌تر از نوع غیرفعال است.

واکسیناسیون اقدام مهمی است که به وسیله آن با هزینه کم می‌توان از ابتلاء به بیماری‌های عفونی جلوگیری کرد.

اصول کلی واکسیناسیون:



انواع واکسن ها:

- واکسن از باکتری یا ویروس زنده ضعیف شده و یا غیر فعال شده و یا جزئی از آن ها (مانند آنتی ژن سطحی خالص شده یا توکسوئید) ساخته شده است.
- با تزریق واکسن، سیستم ایمنی بدن علیه باکتری یا ویروس وارد شده به بدن، آنتی بادی ساخته و باعث بالا بردن مصونیت بدن در مقابل بیماری ناشی از آن می شود.

واکسن ها به دو گروه واکسن های زنده ضعیف شده و واکسن های غیرزنده (غیرفعال) تقسیم می شوند.

واکسن های باکتریایی شامل واکسن های حاوی باکتری زنده ضعیف شده (مانند ب.ث.ژ)، باکتری کشته شده (مانند سیاه سرفه)، توکسوئید (مانند دیفتتری و کزاز) و واکسن های پلی ساکاریدی (مانند پنوموکوک پلی ساکاریدی و مننگوکوک پلی ساکاریدی) هستند.

واکسن های ویروسی شامل ویروس زنده ضعیف شده (مثل MMR، واکسن خوراکی فلج اطفال و تب زرد)، ویروس کامل غیرفعال (مانند واکسن تزریقی فلج اطفال و هاری) و بخشی از آنتی ژن سطحی ویروس (مانند هپاتیت ب و آنفلوانزا) هستند.

جدول ۳- انواع واکسن های زنده و راه تجویز و مقدار تجویز آن ها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
ب.ت.ز	باسیل زنده ضعیف شده کالمت گرن	داخل جلدی	۰/۰۵ میلی لیتر
فلج اطفال خوراکی	ویروس زنده ضعیف شده	خوراکی	۲ قطره
تب زرد	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی	۰/۵ میلی لیتر
MMR	ویروس زنده ضعیف شده سرخک، اوریون و سرخچه	زیر جلدی	۰/۵ میلی لیتر
آبله مرغان	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی یا عضلانی	۰/۵ میلی لیتر

• واکسن های زنده باکتریایی و ویروسی در طبقه فوقانی یخچال و دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد نگهداری می شوند.

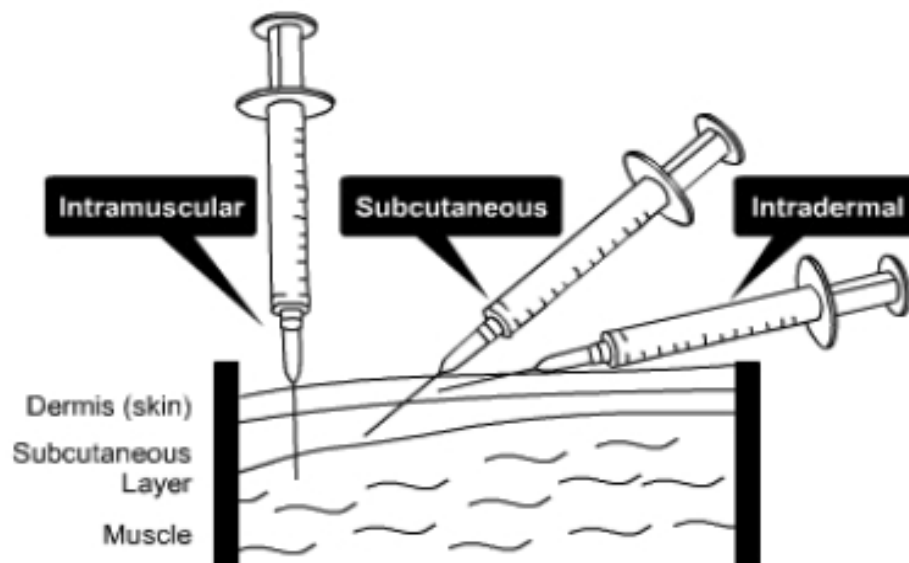
جدول ۴- انواع واکسن های غیر فعال و راه تجویز و مقدار تجویز آن ها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
پنج گانه (پنتاواکسن)	توکسئید کزاز، توکسئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی ژن سطحی ویروس هیپاتیت ب، پروتئین کتزوگه یا پلی ساکارید کیسول هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
سه گانه	توکسئید کزاز، توکسئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
دوگانه	توکسئید کزاز، توکسئید دیفتری	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب	پروتئین کتزوگه یا پلی ساکارید کیسول باکتری	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
توکسئید کزاز	توکسئید کزاز	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
فلج اطفال تزریقی	ویروس غیرفعال	زیر جلدی یا عضلانی (ترجیحاً عضلانی)	۰/۵ میلی لیتر
هیپاتیت ب	آنتی ژن سطحی ویروس	عضلانی	۱۰ سال و کمتر، ۰/۵ میلی لیتر بالای ۱۰ سال، ۱ میلی لیتر (در بزرگسالان دیالیزی و بزرگسالان مبتلا به نقایض سیستم ایمنی یا در ۲ برابر تزریق شود)

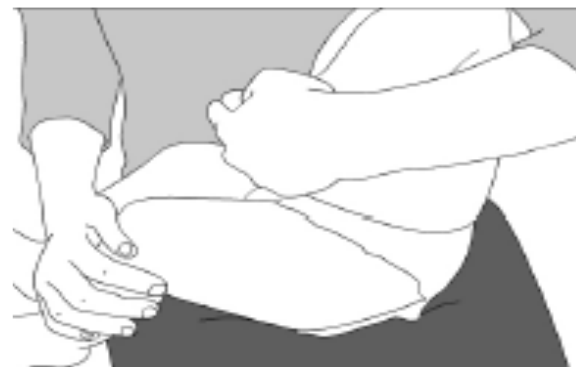
ادامه جدول ۴- انواع واکسن های غیر فعال و راه تجویز و مقدار تجویز آن ها

مقدار تجویز	راه تجویز	ماهیت واکسن	نام واکسن
۰/۲۵ تا ۰/۵ میلی لیتر ماه ۳ تا ۶ ماهه ۰/۲۵ میلی لیتر ماه ۳ تا ۶ و بالاتر.	عضلانی	پروتئین های سطحی ویروس	آنفلوانزا
۰/۵ میلی لیتر	عضلانی	پروتئین کتوزک با پلی ساکارید کپسول باکتری	کتوزک
۰/۵ میلی لیتر	زیرجلدی یا عضلانی	پلی ساکارید کپسول باکتری	پلی ساکاریدی
۰/۵ میلی لیتر	عضلانی	پروتئین کتوزک با پلی ساکارید کپسول باکتری	کتوزک
	زیرجلدی	پلی ساکارید کپسول باکتری	پلی ساکاریدی
۰/۵ میلی لیتر	عضلانی	ویروس غیرفعال	هاری

وضعیت قرارگرفتن سوزن و سرنگ در تزریقات عضلانی، زیرجلدی و داخل جلدی:



تجویز واکسن به کودک در آغوش والدین:



نکته ها:

در خصوص طریقه مصرف واکسن ها چنانچه دستورالعمل مشخصی از طرف مرکز مدیریت بیماری های واگیر ارایه نشده باشد، مراعات دستورالعمل کارخانه سازنده ضروری است.

واکسن های پنج گانه، سه گانه، دو گانه، کزاز، هیپاتیت ب، هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب (Hb)، پنوموکوک و فلج اطفال تزریقی در مقابل یخ زدگی تغییر ماهیت می دهند. در این صورت باید از مصرف آن ها جدا خودداری شود.

واکسن های MMR و ب.ث.ژ در مقابل نور حساس هستند و باید از قرار گرفتن بیش از ۳۰ دقیقه در معرض نور خورشید و نورفلوئورسنت (نئون) محافظت شوند.

حلال واکسن های MMR و ب.ث.ژ نیز در واحد مصرف کننده باید در دمای ذکر شده نگهداری شوند.

کلیه واکسن ها باید تا لحظه تجویز در دمای ذکر شده (۸ - ۲ درجه سانتیگراد) نگهداری شوند.

حساس ترین واکسن در مقابل حرارت، OPV است و پس از آن به ترتیب واکسن های، MMR، تب زرد و ب.ث.ژ به حرارت حساس هستند و از قرار گرفتن این واکسن ها در دمای محیط باید اجتناب شود.

حلال واکسن ها کاملاً اختصاصی هستند و فقط برای آماده سازی همان واکسن و همان تولیدکننده مصرف می شوند.

هر یک از ویال های باز شده در شرایط زیر باید دور ریخته شوند :

الف) اگر شرایط سترونی بطور کامل رعایت نشده باشد.

ب) اگر شواهدی دال بر احتمال وجود آلودگی واکسن (مانند غوطه ور شدن ویال محتوی واکسن پس از باز شدن در یخ آب شده داخل یخدان، ذرات قابل رویت در ویال واکسن، ترک خوردگی ویال واکسن و یا کنده شدن برچسب واکسن) مشاهده شود.

چنانچه این تغییرات در ویال های باز نشده مشاهده شود، باید با حفظ کامل زنجیره سرما، واکسن به رده بالاتر اجرایی برگشت داده شود.



تعریف زنجیره سرما:

واکسنها نسبت به حرارت و یخزدگی حساس هستند بنابراین ضروریست در دمای مناسب نگهداری شوند. به مجموعه تجهیزات و امکاناتی که موجب می شود دمای واکسن از زمان تولید تا زمان مصرف حفظ شود و یا به عبارت دیگر به نظامی مرکب از افراد و تجهیزات که اطمینان می دهد واکسن مؤثر به مصرف کننده برسد زنجیره سرما گفته می شود.

تجهیزات زنجیره سرما که در تسهیلات بهداشتی استفاده میشود به دو قسمت تقسیم میشود: بخش ثابت و بخش سیار.

یخچال

یخچال یکی از اجزای مهم زنجیره سرما در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت است. از یخچال برای نگهداری واکسن در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت استفاده میشود و ممکن است یکی از انواع برقی، نفتی و گازی باشد. یخچال های برقی معمولاً کم خرج و نگهداری آن آسان بوده ولی باید از یک یخچال استاندارد استفاده شود. در مناطقی که برق وجود ندارد میتوان از یخچال های نفتی و یا گازی استفاده نمود. یخچال های نفتی بشرطی که قبلاً بیشتر از ۸ ساعت در روز به طور مداوم روشن بوده باشند دمای مناسب را برای مدت ۱۶ ساعت بدون نیروی برق تأمین می نمایند. استفاده از این نوع یخچالها در مدت طولانی ممکن است واکسنها را در معرض انجماد و خطر قرار دهد، برای جلوگیری از این خطر باید ترموستات آن را روی یک تنظیم کنید و روی صفحه ترموستات را با نوارچسب بپوشانید تا کسی نتواند آن را

تغییر دهد چون در این یخچالها تنظیم درجه حرارت خیلی مشکل است و نگهداری آن نیز مشکل میباشد. یخچالهای گازی واکسنها را در یک درجه حرارت مطلوب نگهداری مینماید و نگهداری این نوع یخچالها نیز آسان میباشد.

نکات مهم در مورد نگهداری واکسن در یخچال :

واکسنها باید طوری در یخچال قرار داده شوند که واکسنهایی که قبلاً تحویل گرفته شدهاند، جلوتر قرار داده شده و زودتر مصرف شوند. واکسنها باید برحسب نام آنها، در داخل سبدهای کوچکی بصورت مجزا از یکدیگر قرار داده شوند. استفاده از سبد باعث خواهد شد که جریان هوای داخل یخچال به طور یکسان به تمامی ویالهای واکسن برسد. برای جلوگیری از یخ زدگی واکسنها (بخصوص سه گانه، دوگانه و هیپاتیت) باید دقت کرد که بادیواره داخلی یخچال در تماس نباشند.

درجه حرارت داخل یخچال را روزی دوبار (در ابتدا و پایان ساعت کار) به وسیله دماسنجی که داخل آن گذارده شده کنترل نموده و در فرم نمودار درجه حرارت یخچال ثبت نمائید.

از گذاردن هر نوع غذا و نوشیدنی در یخچال حاوی واکسن خودداری شود، زیرا این مواد باعث کاهش درجه حرارت یخچال شده و به خرابی واکسنها منجر خواهد شد. از طرف دیگر گذاردن مواد خوراکی در یخچال موجب می شود که به دفعات، درب یخچال باز و بسته شده و در نتیجه حرارت داخل یخچال دائماً تغییر کرده و احياناً بالاتر از $+ 8$ درجه سانتیگراد قرار گیرد. بنابراین از باز کردن درب یخچال جز در مواقعی که نیاز به خارج نمودن واکسن است، خودداری نموده و دقت نمائید که درب یخچال کاملاً بسته شده باشد. (لازم است درب یخچال قفل داشته باشد).

لبه متحرک سینی آبیگیر زیر قسمت فریزر و یخچال بایستی به طرف بیرون باشد تا هوای فریزر بتواند داخل یخچال نفوذ کند برای هر یخچال گازی دو عدد سیلندر گاز باید تهیه شود تا در صورت لزوم تعویض شود و در اولین فرصت نسبت به پرنمودن سیلندر خالی، اقدام گردد.

یخچال را بطور مرتب برفک زدایی نمائید.

در یخچالهای نگهداری واکسن اجرای نکات زیر ضروریست:

واکسن و حلال مخصوص آن رادر طبقه مخصوص همان واکسن نگهداری نمائید - .

کیسه های یخ رادر قسمت فریزر یخچال قرار دهید

ظروف حاوی آب را در قسمت پائین یخچال قرار دهید تا زمانیکه یخچال خاموش می شود

هوای سرد در اطراف واکسنها و حلالها در جریان باشد

یخچال نگهداری واکسن باید فاقد هرگونه نقص فنی باشد

یخچال باید در محلی مناسب و دور از گرما و نور آفتاب قرار گیرد بطوریکه پشت آن با دیوار ۱۵ تا ۲۰ سانتیمتر فاصله داشته باشد.

یخچال باید در جای خود تراز شده باشد.

طریقه چیدن آیس بگ و واکسنها در داخل یخچال:

آیس بگ و واکسنها را باید بشرح ذیل در یخچال قرارداد؛

در قسمت فریزر یخچال آیس بگها باید بصورت ایستاده قرار داده شوند و در صورتیکه امکان ایستاده قرار دادن آیس بگها وجود نداشته باشد، ترجیحاً باید به حالت خوابیده به پهلو قرارداد شوند.

در طبقه فوقانی یخچال واکسنهای فلج اطفال، ب.ث.ژ، MMR و سرخک قرارداد شوند.

در طبقه میانی واکسنهای سه گانه، دوگانه، هیپاتیت و محلول توبرکولین قرارداد شوند

در طبقه تحتانی شیشه های حاوی آب نمک گذاشته شود

در یخچال‌های صندوقی واکسنهای سرخک، MR، MMR، BCG، OPV را در قسمت کف یخچال و با فاصله قرار دهید و واکسنهای حساس به سرما را در سبد مخصوص واکسن که در داخل یخچال میباشد، بگذارید.

کلدباکس (یخدان):

کلدباکس‌ها دارای دیواره و درب ضخیم هستند و از مواد مخصوصی ساخته شده‌اند که گرما را از خود عبور نمی‌دهند. کلدباکس‌ها دارای فضای مجزا برای کیسه‌های یخ بوده و می‌توان واکسنها و حلالها را با آن حمل نمود. کلدباکس جهت نگهداری واکسن برای مدت کوتاه (۲-۷ روز) قابل استفاده میباشد. این وسیله برای حمل و نقل و نگهداری مقدار زیادی واکسن بکار میرود و معمولاً برای توزیع واکسن از مرکز بهداشت شهرستان به مراکز بهداشتی درمانی استفاده میشود، همچنین برای نگهداری واکسن در مرکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی هنگام خرابی یخچال و یا برفک‌زدایی استفاده می‌شود (در اماکن دور از دسترس و سیاری از واکسن کاریرها استفاده میشود).

مدل‌های مختلفی از کلدباکس‌ها وجود دارد که دارای حجم متفاوت میباشند. هر مرکز بهداشتی درمانی به یک کلدباکس نیاز دارد.

جدول واکسیناسیون کودکان

سن	نوع واکسن
بدو تولد	ب.ث.ژ - هیپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی
۲ ماهگی	پنج گانه - فلج اطفال خوراکی
۴ ماهگی	پنج گانه - فلج اطفال خوراکی و فلج اطفال تزریقی
۶ ماهگی	پنج گانه - فلج اطفال خوراکی
۱۲ ماهگی	MMR
۱۸ ماهگی	سه گانه - فلج اطفال خوراکی - MMR
۶ سالگی	سه گانه - فلج اطفال خوراکی

تکلیف ۱:

ایمن سازی کودکانی که در موعد مقرر (تاخیر) برای واکسیناسیون مراجعه ننموده اند به چه صورت است؟ شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۲:

به پروتکل ایمن سازی کودکان مراجعه نمایید و هر آنچه در بخش فوق توضیح داده نشده را در چند پاراگراف اضافه نمایید.

تکلیف ۳:

پس از واکسیناسیون چه آموزشهایی به مادر در مورد عوارض و مراقبت‌های لازم برای کودک داده میشود؟ توضیح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

نمونه سوالات علمی غیر مرتبط با Case

۱- کودک ۸ ساله ای به دنبال زمین خوردن دچار زخم ساق پا و بازو شده و به اورژانس مراجعه کرده است، واکسیناسیون وی مرتب انجام گرفته است، برای پیشگیری از کزاز علاوه بر شستشوی زخم و ترمیم آن کدام اقدام مناسب می دانید؟

الف) تزریق تتابولین + یادآور کزاز
ب) تزریق تتابولین تنها
ج) حتما باید واکسن کزاز تزریق شود.
د) خطر کزاز برای این کودک وجود ندارد.

نکته: در صورت کامل بودن واکسیناسیون کزاز در صورتی که کمتر از ۵ سال از آخرین واکسن گذشته باشد نیاز به یاد آور یا تتابولین ندارد. در صورت ایجاد زخم و مستعد به کزاز (در موارد کامل بودن واکسیناسیون) بعد از گذشت ۵ سال از آخرین یادآور و در زخم تمیز بعد از ۱۰ سال از آخرین یادآور باید توکسوئید کزاز تزریق شود.

۲- وسیله داخل رحمی که لانه گزینی تخم را در مخاط رحم دچار اشکال نموده و مانع از حاملگی میشود کدامست؟

الف- آی یو دی ب- دیافراگم واژنی ج- اسفنج د- حلقه واژینال

۳- کپسول های نور پلانت در کدام قسمت از بدن زنان به منظور جلوگیری از بارداری گذاشته می شود؟

الف. حفره رحم ب. زیر پوست بازو ج. کلاهدک دهانه رحم د. لوله های فالوپ

۴- کدامیک از موارد زیر در مورد توبکتومی صحیح است؟

الف) احتمال هیسترتکتومی بعد از توبکتومی کاهش می یابد

ب) میزان حاملگی بعدی در روش الکترو کواگولاسیون در کمترین حد است

ج) میزان حاملگی یعلی پستگی یه روش توبکتومی ندارد.

د) بهترین زمان برای توبکتومی در هنگام سزارین است

۵- موارد زیر در مورد عمل وازکتومی صحیح است بجز:

الف) با افزایش زمان سپری شده از وازکتومی، احتمال حاملگی در همسر آنان کاهش مییابد

ب) بهترین نتایج برای برگشت پاروری دو افراد وازکتومی شده در مدت ۳ سال است

ج) در اکثر موارد در مردان به دنبال وازکتومی آنتی بادی ضد اسپرم به وجود می آید

د) در مقایسه باتوبکتومی پا میزان شکسته بیشتری همراه است

۶- برای کودک ۱۸ ماهه ای که ۳ روز قبل پالاسما تزریق شده با چه فاصله زمانی واکسن پولیو و تجویز می نمایند؟

الف) ۶ ماه بپ از تزریق ب) در نوبت بعدی واکسیناسیون

ج) در زمان مراجعه د) ۳ ماه بعد از تزریق

۷- همه علائم زیر از نشانه های کفایت شیر عادر دور تغذیه الحصراری شیو خوار است بجز:

الف) ۶-۸ بار دفع ادرار در ۲۴ ساعت بصورت کهنه کاملا خیس

ب) خواب بسیار سبک شیر خوار بعد از تخلیه دو پستان

ج) روزانه ۵-۲ بار دفع و کاهش ان با افزایش سن

د) هوشیاری سلامت سلامتی ظاهری و شادابی پوست

۸- کدام ماده موجود در شیر مادر عامل مهاری Coli-IE در روده کودک است؟

الف) لاکتوفرین ب) ایمونوگلوبولین

ج) امیلاز د) کازادین

۹- نوزاد مادر HTBSAg + که قبل از تشخیص بیماری مادر تزریق واکسن هیپاتیت یادداشت با چه فاصله زمانی بعد از تلقیح ایمونوگلوبولین باید دریافت نماید؟

الف) یک ماه ب) یک هفته ج) نیاز ندارد د) دو هفته داخلی جراحی

نوزاد با وزن ۳-۳/۵ کیلوگرم چند ساعت یکبار میتواند از شیر مادر تغذیه نماید؟

الف- هر یک ساعت ب- هر دو ساعت ج- هر سه ساعت د- هر چهار ساعت

۱۰- کدام گزینه در خصوص ویژگی‌های رشد و تکامل و عوامل موثر در آن غلط است؟

الف- هر فردی معمولاً تمام مراحل تکامل را طی میکند.

ب- رشد عکس العملها ابتدا جنبه اختصاصی دارد، سپس عمومی میشود.

ج- رشد با الگویی معین توأم است.

د- اختلافات فردی در فرآیند رشد کمابیش ثابت است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم ارزشیابی امتحان جامع پایان دوره تحصیلی دانشجویان مامائی حوزه بهداشت مادر و کودک

مکان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

نوع سئو	بسیار خوب	خوب	متوسط (۵۰٪)	ضعیف	بسیار ضعیف	ارزش نمره	موارد ارزشیابی
حیطه عمومی: ۲ نمره							
						1	۱ وضعیت ظاهری، سرعت عمل، دقت، مسئولیت پذیری، برقراری ارتباط
						1	۲ آگاهی نسبت به دستورالعمل‌های کشوری نظیر پاپ اسمیر، ASQ، بهداشت مدارس، مشاوره پیش از ازدواج (ژنتیک، تالاسمی و ...)
حیطه تنظیم خانواده: ۶ نمره							
						1	۱ بررسی پرونده و گرفتن شرح حال
						1	۲ معاینه فیزیکی توجه به فرم معاینات سالیانه الف - مراجعین جدید: نحوه مصرف، مزایا، معایب و موارد منع مصرف روش‌های موجود ب - مراجعین تکراری: رضایت مراجع، مناسب بودن و عوارض روش
						1	۳ کمک به مراجع در تصمیم‌گیری آنان در مورد: انتخاب روش پیشگیری یا تغییر روش پیشگیری و یا ادامه روش پیشگیری الف - مراجعین جدید: توضیح در مورد مصرف، مزایا، علائم خطر، عوارض، تصحیح باورهای غلط ب - مراجعین تکراری: پرسش و پاسخ در مورد نحوه مصرف، مزایا، علائم خطر، عوارض
						1	۴ ثبت اقدامات انجام‌شده و تعیین مراجعه بعدی و ارجاع در موارد لزوم
						1	۵ پاسخ به سؤالات علمی مرتبط با case مربوطه
						1	۶ پاسخ به سؤالات پیرامون روش‌های پیشگیری از بارداری پس از زایمان، با توجه به نوع زایمان و وضعیت شیردهی مادر
مشاوره قبل از بارداری ۴ نمره							
						1	۱ برقراری ارتباط مناسب با مراجع و خانواده وی اخذ تاریخچه، انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی
						1	۲ تجویز مکمل‌های دارویی و آموزش‌های لازم در هر مورد تغذیه، غربالگری پاپ اسمیر، STD، دیابت، کم‌کاری تیروئید...
						1	۳ درخواست و تفسیر آزمایش‌ها و تست‌های پاراکلینیک برحسب نیاز تشخیص موارد پرخطر، اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری

						1	ثابت اقدامات انجام شده و تعیین زمان مراجعه بعدی	۴
مراقبت بعد از زایمان ۶ نمره								
						1	برقراری ارتباط مناسب با مراجع و خانواده وی (اخذ تاریخچه، معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی)	۱
						1	تشخیص و آموزش موارد غیرطبیعی (خونریزی، عفونت، مشکلات ادراری، اجابت مزاج، ترومبوفلیت ...)	۲
						1	بررسی وضعیت پستان (احتقان، ماستیت، آبسه...), در صورت لزوم مشاهده تکنیک شیردهی و ارائه آموزش‌های لازم	۳
						1	آموزش و مشاوره پوزیشن‌های شیردهی، تغذیه مادر حین شیردهی، مراقبت‌های بهداشتی مادر و نوزاد و ...	۴
						1	غربالگری (پاپ اسمیر، دیابت ...) در صورت نیاز و آموزش به مادر	۵
						1	ثابت اقدامات انجام شده و تعیین زمان مراجعه بعدی	۶
مراقبت از کودک: ۹ نمره								
						1	ارتباط با مادر و کودک در مراحل کار، ارزیابی وضعیت کودک با توجه به پرونده	۱
						1	پایش رشد کودک و تشخیص انحرافات (اندازه‌گیری وزن، قد، دور سر)، بررسی وضعیت تکاملی، تشخیص اختلالات رشد و تکامل، انجام اقدامات لازم و آموزش به مادر	۲
						1	رسم نمودار در پرونده و کارت و تفسیر منحنی برای مادر	۳
						1	ارائه آموزش‌های لازم به مادر و خانواده برحسب نیاز نظیر رشد و تکامل، تغذیه، شیردهی، مراقبت‌های بهداشتی، واکسیناسیون، غربالگری فنیل کتونوری، هیپوتیروئیدی، شنوایی، بینایی، آنمی و	۴
						1	تجویز مکمل‌های دارویی و آموزش‌های لازم در هر مورد	۵
						1	بررسی وجود مشکلات شایع (یبوست، نفخ، اسهال، دندان‌درآوردن، استفراغ، اختلال در کنترل ادرار و مدفوع، بیماری‌های تنفسی، تب، برفک) آموزش و اقدامات لازم	۶
						1	درخواست و تفسیر آزمایش‌ها و تست‌های پاراکلینیک برحسب نیاز تشخیص کودکان نیازمند مراقبت ویژه، انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری	۷
						1	آموزش به مادر درباره بیماری‌ها و حوادث تهدیدکننده کودک متناسب با سن	۸
						1	ثابت اقدامات انجام شده و تعیین زمان مراجعه بعدی	۹
واکسیناسیون: ۶ نمره								
						1	ارتباط با مادر و کودک و گرفتن شرح حال	1
						1	چک کردن محل قرار گرفتن واکسن‌ها، خواندن واکسن‌ها، ثبت درجه حرارت یخچال، چیدن واکسن‌ها و وسایل داخل یخچال	2
						1	آماده کردن واکسن (کنترل کیفیت و تاریخ انقضاء، رعایت نکات استریل، دوز، نحوه کشیدن و زنجیره سرما و ...)	3
						1	آشنایی کامل با واکسن، بکارگیری شیوه صحیح تجویز و تزریق	4
						1	آموزش به مادر در مورد عوارض و مراقبت‌های لازم	5
						1	ثابت اقدامات انجام شده و تعیین زمان مراجعه بعدی	6
پاسخ به سؤالات علمی: ۹ نمره								

								۱ پاسخ به سؤالات علمی طراحی شده: ۵ نمره
								۲ پاسخ به سؤالات علمی مرتبط با case: 4 نمره
نمره نهایی: 75								نمره نهایی دانشجو:
امضاء مدرس								امضاء مدیر گروه

منابع:

۱. کتاب بهداشت سوسن پارسا آخرین چاپ
۲. درسنامه بهداشت، تغذیه مادر و کودک و تنظیم خانواده، موسسه علمی آموزشی فرهیختگان راه دانش. تألیف و گردآوری: شکوفه ترکاشوند
۳. مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (خارج بیمارستانی) آخرین چاپ
۴. آخرین پروتکل های وزارت بهداشت در حوزه بهداشت مادر و کودک
۵. سرچ مقالات جدید موجود در پایگاه های اطلاعاتی داخلی و خارجی
۶. آندوکرینولوژی بالینی زنان و ناباروری اسپیروف جلد اول و دوم ویراست جدید ۲۰۲۰
۷. کلیات واکسیناسیون پایگاه اطلاع رسانی پزشکان ایران. «پایگاه جامع اطلاع رسانی پزشکان ایران». دریافت شده در ۲۰ دسامبر ۲۰۱۰.
8. <https://vrhrc.tums.ac.ir/%>
9. https://zums.ac.ir/files/Treatment/lab/8zanjire_sarma.pdf

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه نوزادان و کودکان، استاد کیانی

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه بارداری و زایمان، استاد باغانی

"راهنمای یادگیری"

جهت آمادگی شرکت در آزمون بالینی نهایی لیبر و زایمان

(آزمون فینال)



فهرست عناوین آموزشی آزمون لیبر و زایمان



- ✓ پذیرش مادر باردار
- ✓ انجام معاینات لئوپولد
- ✓ معاینه واژینال
- ✓ مرحله اول زایمان
- ✓ رسم و تفسیر پارتوگراف زایمانی
- ✓ مانیتورینگ خارجی قلب جنین
- ✓ انجام اقدامات لازم جهت کاهش درد زایمان
- ✓ تشخیص زمان مناسب و نحوه انتقال وی به بلوک زایمان

پذیرش



مادر باردار (نحوه ارتباط با زائو، تهیه و اخذ شرح حال از زائو، نحوه معرفی زائو به اساتید و ارائه

گزارشات لازم، آماده سازی محیط جهت انجام معاینات)

تهیه و اخذ شرح حال از مادر باردار می تواند اطلاعات مهمی را درباره وضعیت جسمانی و روحی او ارائه دهد. در زمانی که می خواهید شرح حال مادر باردار را بگیرید، رعایت موارد زیر پیشنهاد می شود:

۱. آماده سازی: قبل از ارائه شرح حال، اطمینان حاصل کنید که مادر باردار نیز آماده است. از او بپرسید که آیا مایل به ارائه شرح حال خود است و آیا دسترسی به اطلاعات و تجربیات خود را دارد.
۲. محیط مناسب: ایجاد یک محیط آرام و خصوصی برای صحبت کردن با مادر باردار بسیار مهم است. اطمینان حاصل کنید که او در یک مکان راحت و خصوصی قرار دارد و هیچ تنش یا مزاحمتی در اطراف وجود ندارد.
۳. احترام به حریم شخصی: پیش از شروع صحبت، به مادر باردار بیان کنید که احترام کامل به حریم شخصی او دارید و هرگونه اطلاعاتی که به اشتراک می گذارد، محفوظ می ماند. این کمک می کند تا او احساس اطمینان و امنیت کند و با صداقت تجربیات خود را به اشتراک بگذارد.
۴. سوالات جهت گیری: از سوالات جهت گیری استفاده کنید تا مادر باردار بتواند به طور جامع درباره وضعیت خود صحبت کند. می توانید سوالاتی در مورد عوارض بارداری، تغییرات جسمانی و عاطفی، سطح انرژی، نیازهای خاص، مشکلات خواب و هرگونه سوالی که به وضعیت او مرتبط است، مطرح کنید.
۵. گوش دادن فعال: هنگامی که مادر باردار درباره تجربیات و وضعیت خود صحبت می کند، به صورت فعال گوش دهید. نشان دهید که به او تمرکز کرده اید و به اطلاعاتی که به اشتراک می گذارد، اهمیت می دهید. به سوالات و نگرانی های او پاسخ دهید و احساسات و نیازهای او را بفهمید.
۶. احترام به ترس و نگرانی: اگر مادر باردار ترس ها و نگرانی های خود را به اشتراک می گذارد، به احساساتش احترام بگذارید. بیان کنید که درک می کنید و همراهی از طریق پاسخ به سوالات و ارائه اطلاعات به او کمک می کند.

۷. ثبت و ذخیره اطلاعات: حین صحبت با مادر باردار، می‌توانید اطلاعات مهم را ثبت کنید. این شامل تاریخچه پزشکی، نشانه‌ها و علائم، وزن، فشار خون و سایر اطلاعاتی است که جهت تشخیص و مراقبت درست نیاز دارید.

برای ارائه شرح حال مادر باردار در کارآموزی، می‌توانید مراحل زیر را دنبال کنید:

۱. سازماندهی شرح حال: قبل از ارائه، بهتر است شرح حال را سازماندهی کنید. می‌توانید از یک قالب مشخص برای ارائه استفاده کنید و بخش‌هایی مانند تاریخچه بارداری، تغییرات جسمانی و عاطفی، محدودیت‌ها یا نیازهای خاص را در آن جای دهید.

۲. در انتهای راهنمای یادگیری یک نمونه فرم شرح حال جهت استفاده و ایده گرفتن موجود می‌باشد

۳. توضیح وضعیت جسمانی و عاطفی: توضیح دهید که مادر باردار با تغییرات جسمانی و عاطفی چگونه مواجه شده است. از مواردی مانند تغییرات وزن، خستگی، ترشحات، نیاز به استراحت بیشتر و تغییر در حال و روحیه صحبت کنید.

توجه داشته باشید که ممکن است استاد شما قبل از ارائه شرح حال، نیاز به مستندات یا گزارش‌های پزشکی داشته باشد. در صورتی که این اطلاعات موجود است، آنها را به استاد ارائه دهید.



تکلیف: به روش role playing نحوه شرح حال گیری از مادری که با شکایت از لکه بینی به

بیمارستان مراجعه نموده است را تمرین کنید و نتیجه شرح حال خود را مکتوب ارائه دهید و مشخص کنید که در چه شرایطی مادر با شکایت لکه بینی بستری می‌شود.

انجام معاینات لئوپولد:



مانور لئوپولد (Leopold maneuver) یک روش بالینی است که برای ارزیابی و تشخیص وضعیت

جنین در رحم مادر استفاده می‌شود. قبل از انجام این مانور مشاهده دقیق شکم باید انجام شود:

- در صورت کشیده و تخم مرغی بودن رحم : ارتفاع رحم نشان دهنده سن حاملگی
- در صورت عرضی بودن شکل رحم: ارتفاع رحم کمتر از سن حاملگی
- در صورت وجود برجستگی در یک سمت نسبت به سمت مقابل: حضور پشت در سمت برجسته تر
- وجود فرورفتگی در ناف : اکسی پوت خلفی
- مشاهده حرکات کوچک جنینی در سطح شکم: نشان دهنده اکسی پوت خلفی

این مانور به صورت چهار مرحله انجام می‌شود:

مرحله ۱: تعیین قسمت فوقانی جنین در این مرحله، مادر در وضعیت خوابیده است و پاهایش را کمی خم میکند. ماما با دست خود بر روی شکم مادر، قسمت بالایی شکم را لمس می‌کند تا مشخص شود قسمت فوقانی جنین کجا قرار دارد؛ آیا سر جنین در بالای شکم یا سر جنین در پایین شکم قرار دارد.

○ صورت فرد معاینه کننده به سمت سر مادر

○ دستها در دو طرف فوندوس و لمس انحنای فوندوس با انتهای انگشتان

۱. بخش لمس شونده سفت و گرد بوده و به راحتی بین شصت و انگشتان جا به جا می‌شود: سر

۲. بخش لمس شونده نامنظم و ناقص است ، از سر نرم تر و به راحتی بالوتمان ندارد: ته

۳. هیچ یک از دو حالت فوق: عرضی

مرحله ۲: تعیین جانب جنین در این مرحله، پزشک با دست خود را روی شکم مادر قرار می‌دهد و فشار می‌آورد. هدف این مرحله تشخیص جانب جنین است؛ آیا جنین در سمت راست یا چپ شکم قرار دارد.

○ صورت فرد معاینه کننده به سمت سر مادر

○ دستها در دو طرف رحم ، و فشار یک دست به سمت دست مقابل و بالعکس:

۱. نرمی قوام و مقاومت و هر گونه توده لمس شونده از باسن تا گردن لمس می‌گردد.

✓ پشت جنین و بسته به چپ یا راست بودن شکم مادر نشان دهنده وضعیت در قرار طولی

۲. توده های گرد و کوچک و گره دار در زیر دست لمس می شود

✓ اندام جنین

۳. احساس پشت جنین مشکل است و حس می شود بخش خلفی شکم لمس می شود

✓ وضعیت OP

مرحله ۳: تعیین قسمت تحتانی جنین در این مرحله، پزشک یک دست خود را در انتهای شکم مادر قرار می دهد و با دست دیگر، بخش پایینی شکم را لمس می کند. هدف این مرحله تشخیص قسمت تحتانی جنین است؛ آیا استخوان های مشرف و محکم پا قابل لمس هستند یا نه.

○ صورت فرد معاینه کننده به سمت سر مادر

○ بخش تحتانی شکم مادر بلافاصله بعد از سمفیز پوبیس بین انگشتان شست و میانی یک دست گرفته شده و

فشار آرام به سمت شکم بین انگشتان وارد می شود

✓ تایید کننده مانور اول است

✓ اگر بخش لمس شونده قابلیت حرکت داشته باشد آنگاه رخ نداده است

مرحله ۴: تعیین قسمت پایینی جنین در این مرحله، پزشک با دو دست خود را روی شکم مادر قرار می دهد و با فشار و لمس مشخص می کند قسمت پایینی جنین کجا قرار دارد؛ آیا سر جنین در پایین ترین نقطه شکم است یا قسمت مشرف پایینی جنین قابل لمس است.

○ صورت فرد معاینه کننده به سمت پای مادر

○ کف دستها بر طرفین رحم در قسمت تحتانی ناف به سمت پایین قرار گرفته و انگشتان به سمت سمفیز فشار ملایمی وارد نمایند.

✓ اکستانسیون و فلکسیون سر

○ تشخیص انگاژمان یا عدم انگاژمان

تکلیف: مقالات موجود در رابطه با مانور لئوپولد را بررسی نموده و نکاتی که می توان با استفاده از مانورهای لئوپولد در بالین استفاده کرد را با توجه به مقالات ارائه دهید.



معاینه واژینال:



۱. مطالعه تئوری:

• مرور آناتومی و فیزیولوژی: مطالعه و درک آناتومی و فیزیولوژی ساختارهای تناسلی زنان، از جمله واژین، رحم و

تخمدانها، اولین قدم در یادگیری معاینه واژینال است.

• مطالعه کتابها و منابع مرتبط: شروع به خواندن کتابها و منابع درسی مرتبط با معاینه واژینال، که شامل فنون معاینه، تجهیزات مورد نیاز، مشکلات رایج و روشهای مدیریت آنها است، کنید.

• مشاهده و تمرین عملی:

• مشاهده معاینات واژینال: سعی کنید در بخشهای مختلف مراکز درمانی، معاینات واژینال را مشاهده کنید. این شامل مشاهده معاینات توسط اساتید و متخصصان مجرب، یا حضور در مراکز آموزشی می شود.

- تمرین معاینه با عملکرد: ابتدا می‌توانید با استفاده از مدل‌های آموزشی و سیمولاتورها، معاینه واژینال را تمرین کنید. سپس، با کسب اجازه از بیمارانی که تمایل داشته باشند، می‌توانید تمرین معاینه واژینال را در موارد واقعی انجام دهید. البته، در همه موارد حتماً باید احترام به حریم خصوصی بیماران را رعایت کنید و توجه لازم به اصول بهداشتی داشته باشید.
 - همکاری با مربیان و همکاران:
 - همکاری با مربیان: با همکاری و راهنمایی مربیان و اساتید مجرب، می‌توانید تکنیک‌ها و روش‌های صحیح معاینه واژینال را فراگیرید. مربیان می‌توانند به شما بازخورد و توصیه‌هایی برای بهبود عملکردتان بدهند.
 - همکاری با همکاران: با تشکیل گروه‌های تمرینی و همکاری با همکاران دیگر، می‌توانید تمرین‌های معاینه واژینال را به صورت عملی و تعاملی تکرار کنید. این روش به شما امکان می‌دهد تا تجربیات خود را با همدیگر به اشتراک بگذارید و از همدیگر یاد بگیرید.
 - مرور و تثبیت مهارت‌ها:
 - مرور مطالب و تمرین سوالات: به مرور مجدد مطالب درسی و حل سوالات مرتبط با معاینه واژینال بپردازید. این کار به شما کمک می‌کند تا مفاهیم را فراموش نکنید و استراتژی‌های حل سوالات را تقویت کنید.
 - تمرین مستمر: برای تثبیت مهارت‌های معاینه واژینال، به مرور منظم و مستمر تمرین کنید. این کار باعث می‌شود تا مهارت‌های شما به صورت ناخودآگاه و صحیح تثبیت شوند
- معاینه واژینال یک فرایند پزشکی است که توسط پزشک متخصص یا ماما انجام می‌شود. این معاینه شامل ارزیابی و بررسی ناحیه تناسلی زنان (واژن و رحم) می‌شود. در زیر مراحل معاینه واژینال توضیح داده می‌شود:
۱. آماده‌سازی: قبل از شروع معاینه، مادر را در جهت راحتی قرار دهید و توضیح دهید که چه اتفاقی خواهد افتاد. مطمئن شوید که دست‌ها شسته شده و دستگاه معاینه ضدعفونی شده است.

۲. استفاده از لوازم بهداشتی: پزشک یا ماما از لوازم بهداشتی مانند دستکش‌های پزشکی، پد واژینال و ژل مرطوب‌کننده استفاده می‌کنند. این لوازم به منظور به حداقل رساندن خطر عفونت و راحتی بیشتر مادر استفاده می‌شوند.

۳. معاینه بیرونی: پزشک یا ماما ابتدا ناحیه بیرونی تناسلی مادر را بررسی می‌کنند. این شامل بررسی لبهای بزرگ و کوچک و منطقه پیرامونی می‌شود. هدف این مرحله ارزیابی وضعیت ظاهری و سلامت ناحیه بیرونی است.

۴. معاینه داخلی: سپس پزشک یا ماما واژن را با انگشتان باز می‌کنند و دو انگشت میانی و اشاره وارد واژن می‌شود. در این مرحله وضعیت واژن، رحم و دیگر ساختارهای داخلی مورد بررسی قرار می‌گیرند



دهانه رحم بسته



افاسمان ۱۰۰ درصد و دیلاتاسیون ۱ سانت



دیلاتاسیون ۵ سانت



دیلاتاسیون ۱۰ سانت

۵. ارزیابی سلامت و آسیب‌شناسی: در طول معاینه، پزشک یا ماما از نظر سلامت و آسیب‌شناسی ناحیه تناسلی مادر، و بررسی میزان دیلاتاسیون و افاسمان، موقعیت سر یا ته جنین، عضه نمایش و وضعیت کیسه آب و همچنین از نظر کفایت لگن استخوانی جهت زایمان انجام می‌شود.

توجه داشته باشید که معاینه واژینال توسط پزشکان و مامای مجرب و با رعایت حریم خصوصی و توافق قبلی با مادر انجام می‌شود.

با مراجعه به لینک زیر در خصوص معاینات واژینال اطلاعات خود را افزایش دهید



مرحله اول زایمان:



کنترل و ثبت انقباضات، تفسیر و تشخیص موارد غیر طبیعی و اداره آن:

به عنوان یک دانشجوی مامایی، شما می‌توانید در کنترل انقباضات رحم در زمان تولد نقش مهمی ایفا کنید. در طول فرآیند تولد، شما مسئول نظارت و ثبت انقباضات رحم خواهید بود. در زیر توصیه‌هایی برای کنترل و ثبت انقباضات رحم برای شما آورده شده است:

آموزش و آشنایی: حتماً با الگوهای انقباضات رحم، نوار قلب جنین و تجهیزات مربوطه آشنا شوید. اطمینان حاصل کنید که با استفاده صحیح از دستگاه‌های نظارتی مانند کارتوگراف آشنا هستید.



نظارت مستمر: در طول فرآیند تولد، باید به طور مداوم انقباضات رحم را نظارت کنید. با استفاده از دستگاه نظارتی، فعالیت‌های رحم را ثبت کنید و نمودار آن را بررسی کنید.

توجه به تغییرات: توجه به هر گونه تغییر در نمودار انقباضات رحم مهم است. در صورتی که انقباضات نامنظم، ضعیف یا بی‌حرکت شوند، باید این موضوع را به پزشک مربوطه گزارش دهید.

ارتباط با تیم درمانی: در اطرافتان تیم درمانی متشکل از پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی وجود دارد. در صورتی که هر گونه نامطلوبی را مشاهده کنید، باید به تیم درمانی اطلاع دهید تا اقدامات لازم را انجام دهند.

بهبود تجربه مادر: در طول فرآیند تولد، حمایت و آرامش به مادر بسیار مهم است. از طریق ارائه اطلاعات، آرامش بخشی و ارتباط موثر با مادر، می‌توانید تجربه تولد او را بهبود بخشید.

مهمترین نکته این است که همواره در حالت آماده باشید و در صورت بروز هر گونه مشکل یا سوال، با تیم درمانی خود در ارتباط باشید. همچنین، تحت نظارت استادان و اساتید خود قرار بگیرید و از توجه و راهنمایی آن‌ها بهره‌برداری کنید. عنوان دانشجوی مامایی، ممکن است در تشخیص انقباضات غیر طبیعی رحم نقشی فعال داشته باشید، اما باید توجه داشته باشید که تشخیص و تعیین علت دقیق انقباضات غیر طبیعی رحم ممکن است نیاز به تخصص و تجربه بیشتر داشته باشد و این مسئولیت عمده پزشکان متخصص است. در هر صورت، می‌توانید در فرآیند تشخیصی زیر نقشی ایفا کنید:

مصاحبه با بیمار: بررسی تاریخچه بیماری، علائم و عوامل مرتبط با انقباضات غیر طبیعی رحم می‌تواند اطلاعات مهمی را فراهم کند. پرسش‌هایی مانند نوع درد، شدت و مدت زمان آن، عوامل تحریک کننده، مشکلات هورمونی و دیگر علائم مرتبط را می‌توانید بپرسید.



نظارت بر انقباضات: با استفاده از دستگاه‌های نظارتی مانند کارتوگراف، انقباضات رحم را ثبت کنید و نمودار آن را بررسی کنید. توجه به الگو، شدت و مدت زمان انقباضات می‌تواند اطلاعات مفیدی در تشخیص مشکلات رحمی ارائه دهد.

همکاری با تیم درمانی: در هر مرحله از فرآیند، همکاری با تیم درمانی بسیار مهم است. با اطلاع‌رسانی به پزشک و ارائه اطلاعات جامع در مورد علائم و نتایج نظارت، می‌توانید به تشخیص و درمان صحیح کمک کنید.

با این حال، توصیه می‌شود همواره با استادان و اساتید خود مشورت کنید و در مراجعه به پزشکان متخصص، راهنمایی آن‌ها را در نظر بگیرید.



تکلیف: چند نمونه از تراسه های موجود در بخش زایمان را چک کنید و سعی کنید در این نوارها

الگوهای انقباضی نرمال و غیر نرمال را شناسایی کنید.



تکلیف: در فاز فعال زایمان میزان شدت کنترکشن که توسط دستگاه برای مادر ثبت می شود را

بررسی نموده و مشخص کنید که آیا شدت انقباض با فاز زایمانی که مادر در آن قرار دارد متناسب است؟

رسم و تفسیر پارتوگراف زایمانی

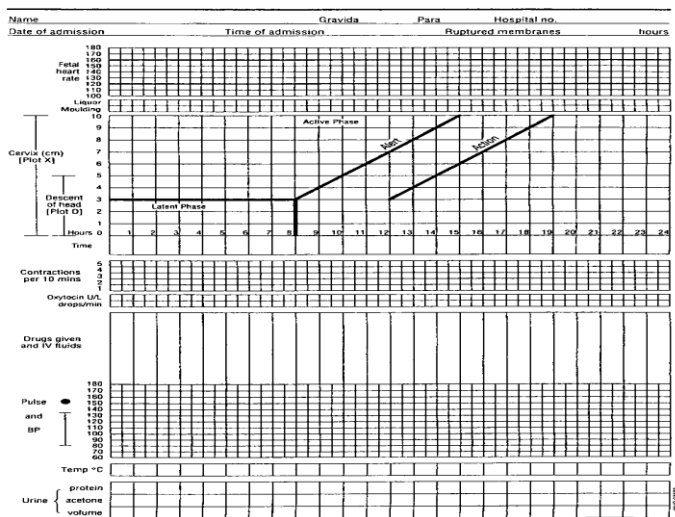


تأمین سیستم زایمان ایمن و سلامت به کمک ارتقاء پایش زایمان و کاربرد نمودار 15 از ترسیم

پیشرفت زایمان یا پارتوگراف مهم‌ترین، مؤثرترین و با ارزشترین مداخلات در جهت ارتقاء سلامت مادر و نوزاد است که این امر تنها به کمک کارکنان آموزش دیده امکانپذیر است.

فریدمن روی تعداد زیادی از زنان آمریکایی، نمودار طبیعی اتساع دهانه رحم را شرح داد. این نمودار در دسامبر ۱۹۷۱ جزئی از اداره فعال زایمان معرفی گردید. در سال ۱۹۸۰ سازمان زایمان بهداشت جهانی برای پیشگیری از طولانی شدن زایمان، پارتوگراف مذکور را برای استفاده در کشورهای در حال توسعه معرفی نمود. نمودار مزبور ابزاری قابل اعتماد برای ارزیابی مادر، جنین و پیشرفت زایمان بوده و سیستمی هشداردهنده برای

تشخیص زودرس مشکلات زایمانی و انجام اقدامات مناسب محسوب میشود. این ابزار برای ارزیابی زایمانهایی که در منزل انجام میشود نیز بسیار مفید است (۹ و ۱۰). پارتوگراف نموداری ساده، مرکب و ارزان بوده که نه تنها بهترین ابزار پایش سیر زایمان و سلامتی مادر و جنین است بلکه وسیلهای بسیار با ارزش در ارتقاء مراقبتهای مادری - نوزادی نیز به شمار میرود. این نمودار از جمله مهارتهای حیات بخش برای ماما محسوب شده و در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است. پارتوگراف یک سیستم اخطار دهنده زود هنگام است که به تصمیم گیری در ارجاع به موقع مادر، تسریع زایمان و ختم حاملگی کمک میکند. برای ثبت تمامی مشاهدات و معاینات انجام شده بر روی زائو در حین درد و زایمان به کار میرود و به ماما اجازه میدهد جزئیات زایمان را به صورت تصویری نمایش دهد. این نمودار سبب افزایش کیفیت و نظم



معاینات جنین و مادر در طی زایمان میشود و مشکلات هر کدام را سریعاً تشخیص میدهد. لازم به ذکر است پارتوگراف ابزاری برای اداره زایمان است یعنی به تعیین عوامل خطرزا قبل از شروع زایمان کمکی نمیکند و تنها زمانی میتواند مورد استفاده قرار گیرد که لزومی به انجام اقدام فوری وجود نداشته باشد.

عدم کاربرد ابزارهای استاندارد پایش سیر زایمان نظیر پارتوگرام، به دلیل ترس از شکایتهای قانونی منجر به تشخیص بیش از حد زایمانهای سخت شده و در نتیجه افزایش میزان سزارین خصوصاً در کشورهای توسعه یافته آینده مامایی را به مخاطره انداخته است.

مطالعات نشان میدهد که ۴۰ درصد زایمانهای سزارین در حالی که به مادر تحمیل شده که به علت قرار داشتن در مرحله ی نهفتگی او فرصت کافی جهت زایمان طبیعی نداشته است. این در حالی است که میزان مرگ و میر مادری در زایمان سزارین ۷ برابر زایمان طبیعی میباشد. فواید کاربرد پارتوگراف را می توان به شرح ذیل اعلام نمود:

- ۱- تشخیص زودرس عوارض زایمانی ۲- کمک به هماهنگی بین خدمات اعضا - ۳- گروه درمانی و انتقال مؤثر اطلاعات ۳- تشخیص زمان صحیح ارجاع و ارتقاء مراقبتهای مامایی حین زایمان ۴- تسهیل برنامه ریزی مداوم مراقبتی ۵- کاهش مرگ و میر و عوارض مادری - نوزادی ۶- کاهش طول مدت زایمان و تعداد توشه های واژینال ۷-

کاهش میزان مصرف اکسیتوسین و طول مدت القاء زایمان ۸- کاهش خستگی مادر به دلیل حمایت مداوم ۹- ثبت مناسب اطلاعات و گزارش کتب - سی ماما در مورد رخداد زایمان، دفاع خوب - سی برای ماما و سند پیگیری تداوم مراقبت از زائو می باشد اجزاء پارتوگرام هر پارتوگراف از سه جزء مهم تشکیل شده است که مشاهدات و موارد ثبت شده در آن به ترتیب ذیل می باشد:

وضعیت سلامتی جنین ♦ ضربان قلب جنین ♦ پرده های جنینی و مایع آمنیوتیک ♦ مولدینگ سرجنین ♦ پیشرفت زایمان ♦ اتساع دهانه رحم ♦ نزول سر جنین لمس شکمی پنجه قسمتی سرجنین که در بالای مدخل لگن احساس میشود ♦ انقباضات رحم - تکرار طی ده دقیقه - زمان (به وسیله سایه های مختلف نشان داده میشود)

بر روی پارتوگراف زیر خط مربوط به زمان ۵ خانه با خطوط سایه زده شده وجود دارد که از طول پارتوگراف میگذرد و در سمت چپ این خانهها، تعداد انقباضات در ۱۰ دقیقه نوشته شده است. هر خانه نمایانگر ۱ انقباض است، بنابراین اگر طی ۱۰ دقیقه ۲ انقباض وجود داشته باشد، دو خانه سایه زده میشود. وضعیت سلامتی مادر ♦ نبض، فشارخون و درجه حرارت ♦ ادرار از نظر مقدار، پروتئین و استون ♦ استفاده از اکسی تو سین ♦ داروهای تجویز شده و مایعات و ویدی (طبق نمودار)

پترسون و همکاران اصول پارتوگرام را موارد زیر اعلام کرده اند - 1: مرحله نهفته کمتر از ۸ ساعت طول میکشد - مرحله فعال از دیلاتاسیون سانتیمتر شروع شده و فاصله های ۴ ساعته از کاهش سرعت زایمان تا نیاز به مداخلات (3 وجود و خط عمل) 2 فاصله بین خط هشدار دارد - 3. در طول مرحله فعال سرعت دیلاتاسیون دهانه رحم نباید کم تر از 1 سانتیمتر در ساعت باشد - 4. توشه واژینال جزء کلیدی اداره زایمان و رسم پارتوگراف است که هر ۴ ساعت یک بار انجام میشود. بنابراین در هر زایمان بیش از 2-3 توشه نیاز نیست (در مواردی که زایمان قریب الوقوع یا دیلاتاسیون ۱۰-۷ سانتیمتر است، در فواصل کمتری انجام میشود - 5. (اگر منحنی دیلاتاسیون دهانه رحم زائو، در سمت چپ پارتوگرام یا روی خط هشدار باشد، پیشرفت زایمان طبیعی تلقی میشود - 6. گاهی خطوطی پیش از خطوط هشدار و عمل رسم میشود که نشان میدهد آن تصمیم گیری می باشد. خط عمل به موازات خط هشدار به فاصله ۴ سانتیمتری از آن رسم میشود. در صورت وجود خط دیلاتاسیون در سمت راست خط هشدار در روی منحنی پارتوگرام، انتقال زائو از مرکز

تسهیلات به بیمارستان ضروری است ولی اگر منحنی دیلاتاسیون، خط عمل را روی نمودار قطع کند، پیشرفت زایمان بسیار کند و خطرناک بوده و ارزشیابی فوری در مورد وضع زائو و مقابله با تأخیر زایمان الزامی است .



تکلیف : برای ۴ مورد از کیس هایی که در اتاق زایمان مسئول کنترل پیشرفت زایمانشان هستید پارتوگراف را رسم کرده و آن را تفسیر نمایید.

کنترل و ثبت صدای قلب جنین ،تشخیص موارد غیرطبیعی واداره آن تکنیک صحیح انجام تست NST ، تفسیر NST



مانیتورینگ خارجی قلب جنین



در این روش از دستگاهی برای شنیدن و ثبت ضربان قلب کودک از طریق شکم مادر استفاده می شود. یک نوع از مانیتورها توسط دستگاه اولترا سوند داپلر است. معمولاً در ویزیت های قبل از تولد جهت شمارش ضربان قلب کودک استفاده می شود. همچنین ممکن است برای بررسی ضربان قلب جنین در حین زایمان استفاده شود. پزشک همچنین ممکن است ضربان قلب کودک را به طور مداوم در طی زایمان و تولد بررسی کند.

برای انجام این کار، پروب سونوگرافی (ترانسدیوسر) به شکم متصل می شود و صدای قلب جنین را به یک کامپیوتر می فرستد. ضربان و الگو ضربان قلب جنین بر روی یک نمایشگر نشان داده شده و بر روی کاغذی چاپ می شود.

مانیتورینگ داخلی قلب جنین



در این روش از یک سیم (الکتروود) نازک استفاده می شود که بر روی سر جنین قرار می گیرد. سیم از طریق دهانه رحم به جنین می رسد. از طرفی دیگر سیم به مانیتور وصل است. این روش اجازه خوانش بهتری را می دهد زیرا عواملی مانند حرکت کردن بر آن تاثیر نمی گذارند. اما این کار را تنها در صورتی می توان انجام داد که کیسه پر از مایعی که در دوران بارداری جنین را احاطه کرده است (کیسه آمنیوتیک) پاره شده باشد و دهانه رحم باز باشد. پزشک ممکن است مانیتور داخلی را در هنگامی استفاده کند که مانیتور خارجی واضح نمی باشد. یا ممکن است از این روش برای بررسی بیشتر نوزاد در نزدیکی زایمان استفاده کند .

در طول زایمان، پزشک انقباضات رحمی و ضربان قلب کودک را تحت نظر می گیرد. اینکه هر چند وقت یکبار انقباضات رخ می دهد و هر کدام چقدر طول می کشد را ثبت می کند. از آنجایی که ضربان قلب جنین و انقباضات به صورت همزمان ثبت می شوند، این اطلاعات می توانند با هم مقایسه و بررسی شوند. در هنگام انجام مانیتورینگ داخلی ضربان قلب، پزشک می تواند فشار داخل رحم را بررسی کند. جهت انجام این کار ، یک لوله نازک (کاتتر) را از طریق دهانه رحم رد کرده و داخل رحم قرار می دهد. کاتتر خوانش فشار رحمی را به یک مانیتور می فرستد.

چرا ممکن است به مانیتورینگ ضربان قلب نیاز داشته باشم؟

مانیتورینگ ضربان قلب جنین مخصوصا در صورتی که بارداری پرخطر باشد، بسیار کمک کننده است. اگر دیابت یا فشار خون همراه بارداری باشد بارداری پر خطر محسوب می شود. همچنین در صورتی که جنین آنگونه که باید، در حال رشد و نمو نمی باشد، بارداری پر خطر محسوب می شود .

ضربان قلب جنین ممکن است جهت بررسی تاثیر دارو های پیشگیری از زایمان زودرس بر جنین استفاده شود. این دارو ها برای جلوگیری از شروع زود هنگام زایمان استفاده می شوند.

مانیتورینگ ضربان قلب جنین ممکن است در تست های دیگری استفاده شود از جمله:

- تست عدم استرس: ضربان قلب جنین را هنگام حرکت نوزاد بررسی می کند.
- تست استرس انقباض: ضربان قلب جنین را همراه با انقباضات رحمی بررسی می کند. انقباضات با دارو یا روش های دیگر آغاز می شوند.
- مشخصات بیوفیزیک (BBP) این تست ترکیبی از تست عدم استرس و سونوگرافی است.
- عواملی که ممکن است بر ضربان قلب جنین در هنگام زایمان تاثیر بگذارد:
- انقباضات رحمی
- دارو های مسکن و بی حسی که در طی زایمان مصرف می شوند
- تست هایی که در طی زایمان گرفته می شود
- فشار رو به جلو در مرحله دوم زایمان

انجام مراقبتهای جسمی ، زائودر مرحله اول لیبر(کنترل علائم حیاتی مادر، توجه به مثانه،تغذیه،مراقبت از دهان وتوجه و تامین شرایط بهداشتی مناسب برای مادر (نظافت لباس ، ملحفه ها ، پوشش مناسب ، درجه حرارت مناسب اتاق ، .



(..

در مرحله اول زایمان، مراقبت های جسمی از مادر بسیار مهم است تا او را در مقابل خطرات و ریسک های مربوط به زایمان محافظت کرده و سلامت جسمی او را حفظ کنید. در زیر تعدادی از مراقبت های جسمی مورد نیاز در مرحله اول زایمان آمده است:

رصد و نظارت: مادر باید تحت رصد و نظارت مستمر قرار بگیرد. ماما و پرسنل پزشکی مسئول بررسی علائم و نشانه های زایمان، فشار خون، ضربان قلب جنین و سایر شاخص های حیاتی مادر هستند.

ارزیابی درد: مراقبت از درد زایمان یکی از اصلی‌ترین نیازهای مادر است. پرسنل درمانی باید درد مادر را مورد ارزیابی قرار داده و روش‌های کنترل و کاهش درد را ارائه دهند، از جمله استفاده از داروها، تکنیک‌های تنفس و تمرینات ریلکساسیون.

تنظیم موقعیت: در این مرحله، ممکن است ماما یا پرسنل پزشکی موقعیت مادر را تنظیم کنند تا در فرآیند زایمان کمک کند. مثلاً، تغییر موقعیت بدنی مادر مانند تغییر وضعیت خوابیدن، نشستن یا ایستادن می‌تواند به فرایند زایمان کمک کند.

حفظ راحتی و بهداشت: توجه به راحتی و بهداشت مادر در این مرحله بسیار مهم است. ارائه پوشش مناسب و تمیز برای مادر، حفظ دست و پاها از زخم‌ها و مسواک‌زنی دهان مادر به مراقبت‌های اساسی می‌باشد.

تغذیه: مادر نیاز به تغذیه مناسب در طول مراحل زایمان دارد. اطمینان حاصل کنید که مادر غذاهای سالم و مناسب را مصرف کرده و هیدراتاسیون مناسب را حفظ کند.

پشتیبانی و همراهی: حضور یک همراه و پشتیبان نزدیک مادر در این مرحله بسیار مهم است. اعتماد و حمایت از مادر، بیان و درک احساسات او و حضور فعال در فرآیند زایمان می‌تواند بهبود تجربه مادر و کاهش استرس و نگرانی‌های احتمالی را فراهم کند.

همواره بهتر است با استادان و اساتید خود در مورد راهکارهای خاص و دستورالعمل‌های مراقبت جسمی در مرحله اول زایمان مشورت کنید، زیرا هر مادر و شرایط زایمان ممکن است منحصر به فرد باشد.

تامین شرایط بهداشتی مناسب برای مادر در اتاق زایمان از اهمیت بالایی برخوردار است تا عمل زایمان به صورت سالم و بدون عوارض احتمالی انجام شود. در زیر تعدادی از مواردی که در تأمین شرایط بهداشتی مادر در اتاق زایمان باید مد نظر قرار بگیرند آورده شده است:

ضدعفونی و تمیزی: اتاق زایمان باید دارای محیطی تمیز و ضدعفونی باشد. ابزارها، تجهیزات و سطوح باید به طور دوره‌ای ضدعفونی شوند و بهداشت دست‌ها حفظ شود.

ایجاد محیط آرام و آرامش‌بخش: محیط اطراف مادر باید آرام و آرامش‌بخش باشد. روشنایی مناسب، صداهای کم و بی‌صدا، همراه با دسترسی به تجهیزات مانند موسیقی آرام و نورهای کم می‌تواند به ایجاد حس آرامش و راحتی برای مادر کمک کند.

حفظ حریم شخصی: حریم شخصی مادر باید در اتاق زایمان حفظ شود. تأمین محیطی خصوصی برای مادر، با توجه به نیازهای او در طول فرآیند زایمان، بسیار مهم است.

استفاده از تجهیزات بهداشتی: اتاق زایمان باید مجهز به تجهیزات بهداشتی مناسب باشد. مثلاً، دستگاه‌های ضد عفونی، پارتوگراف، تجهیزات مورد نیاز برای کنترل عفونت و حفظ بهداشت مادر باید در دسترس باشند.

ارتباط با تیم درمانی: اتاق زایمان باید ارتباط مستقیم با تیم درمانی داشته باشد. پرسنل پزشکی و ماما باید در اتاق حاضر باشند و همکاری و هماهنگی مناسب با یکدیگر را تضمین کنند.

تأمین شرایط بهداشتی مناسب برای مادر در اتاق زایمان نیازمند همکاری بین تیم درمانی، پرسنل پزشکی و ماما است. تأمین این شرایط به عهده تیم مراقبت‌های بهداشتی و پرستاری است که با رعایت استانداردهای بهداشتی و ایجاد محیطی مناسب، به مادر اطمینان می‌دهند.

حمایت روحی و روانی از مادر در مرحله اول زایمان بسیار مهم است و می‌تواند تأثیر بسزایی در تجربه زایمان و سلامت روحی-روانی مادر داشته باشد. در این مرحله، مادر نمی‌تواند از طریق حملات انقباضی و دردهای زایمانی صحبت کند و به حمایت و حضور فردی و حرفه‌ای نیاز دارد. در زیر تعدادی از راهکارهای حمایت روحی و روانی از مادر در مرحله اول زایمان آورده شده است:

اطلاعات کافی: مادر باید درباره مراحل زایمان، تغییرات جسمانی و علائم طبیعی زایمان آگاه باشد. ارائه اطلاعات کامل و دقیق توسط ماما و پزشک، مادر را در درک و مدیریت بهتر عملکرد بدن خود در زایمان یاری می‌کند.

حضور همراه مورد اعتماد: حضور شخصی مورد اعتماد مادر مانند همسر، شریک زندگی یا یکی از اعضای خانواده می‌تواند حس امنیت و حمایت را برای مادر فراهم کند.

ایجاد محیط آرام و خصوصی: اطمینان حاصل کنید که محیط اطراف مادر در اتاق زایمان آرامش بخش است. روشنایی ملایم، موسیقی آرام، کاهش صداها و حفظ حریم شخصی مادر می‌تواند به ایجاد آرامش و آرامش کمک کند.

حمایت و تشویق: با تشویق و انگیزه دادن به مادر، اعتماد به نفس و اعتماد به بدن خود را تقویت کنید. اظهار تحسین برای تلاش‌های مادر در مدیریت درد و زایمان می‌تواند خیلی مؤثر باشد.

استفاده از تکنیک‌های تنفس و آرامش: آموزش و استفاده از تکنیک‌های تنفس و آرامش به مادر کمک می‌کند تا با تسهیل درد و کنترل تنش، زمان زایمان را بهبود بخشد.

ارتباط بصری و کلامی: حفظ ارتباط بصری با مادر، او را به احساس ارتباط و حمایت می‌اندازد. صحبت کردن با لحن آرام و آرامش‌بخش و اطمینان دادن به مادر درباره قدرت و توانایی‌هایش نیز بسیار مؤثر است.

احترام به تصمیمات مادر: احترام به تصمیماتی که مادر ممکن است بخواهد برای راحتی و تجربه زایمان خود بگیرد، اهمیت بالایی دارد. ترجیحات و نیازهای مادر را در نظر بگیرید و در انتخاب‌ها و تصمیمات او احترام قائل شوید.

پشتیبانی پس از زایمان: پس از زایمان، حمایت و پشتیبانی مستمر از مادر بسیار ارزشمند است. اطمینان حاصل کنید که مادر دریافت مراقبت و توجه لازم را بعد از زایمان دریافت می‌کند.

همواره بهتر است با اساتید خود در مورد روش‌های حمایت روحی و روانی در مرحله اول زایمان مشورت کنید، زیرا هر مادر و شرایط زایمان ممکن است منحصر به فرد باشد

تکلیف: اقداماتی که در مرحله اول زایمان برای دو مورد از مادران بستری در بخش انجام داده اید را لیست کنید.



انجام اقدامات لازم جهت کاهش درد زایمان (تکنیکهای تنفسی، ماساژ کمر و..)



روش‌های کاهش درد در هنگام زایمان طبیعی از نوع غیر دارویی خود دارای انواع گوناگونی هستند که به

ترتیب به آنان اشاره می‌کنیم:

۱. آرامسازی یا ریلکسیشن: ترس، اضطراب و نگرانی در زمان انجام زایمان، سبب میشود تا فرد کنترل حال روحی و عملکردش را از دست بدهد و دردهای آزاردهنده تری را نیز تجربه کند. به همین خاطر حفظ آرامش مادر در حین وضع حمل، یک امر بسیار مهم برای طی کردن مطلوب روند زایمان است و با آرام سازی به مادر این امکان داده میشود تا افکار منفی خود را کنترل کند و درد کمتری را احساس نماید، همچنین در زمان آرامش ذهنی هورمونهای موثر در فرایند زایمان به شکل بهتری ترشح شده و فعالیت میکنند و دهانه رحم نیز راحتتر باز میگردد. از جمله راهکارهای آرام سازی مادر استفاده از تکنیکهای تنفسی (یعنی اجرای الگوهای تنفسی خاص در هر مرحله از زایمان) و تکنیکهای روانی (مثل تن آرامی، انحراف ذهن، تصویرسازی و...) است.

۲. تحرک داشتن مادر در زمان زایمان: تغییر وضعیت قرارگیری یا پوزیشن در طول زایمان طبیعی برای طی شدن بهتر روند زایمان بسیار اهمیت دارد. بر اساس مشاهدات، دراز کشیدن کامل در داخل تخت برای تمام مدت زایمان خود میتواند باعث طول کشیدن روند تولد جنین شده و به خستگی و کلافگی مادر بیانجامد. بر همین اساس، مادر در اتاق زایمان تحت نظارت ماما یا پرستار از تخت پایین آمده و راه میروند، بر روی توپ زایمانی مینشینند، حرکات مناسبت فیزیکی را انجام داده و با قرار گرفتن در وضعیتهای مختلف به پایین آمدن جنین و پیشرفت زایمان کمک میکند.



۳. استفاده از آب و گرما: تحقیقات نشان می‌دهند که استفاده از گرما در کاسته شدن از شدت دردها و تنشهای روحی در حین زایمان نقش به‌سزایی دارد. قرارگرفتن در زیر دوش آب گرم یا نشستن در وان آب، باعث آرامش و ترشح هورمون ضد درد طبیعی در بدن می‌گردد، که خود عامل موثری در کاهش درد ناشی از انقباضات رحمی و فشار در ناحیه لگن است. استفاده از کمپرس سرد یا گرم نیز میتواند تا حدودی به کاهش ناراحتی و اضطراب زایمان کمک کند.

۴. لمس و ماساژ: اجرای ماساژ صحیح در مرحله مناسب خود، میتواند باعث کم شدن سفتی و حساسیت عضلات شود و حواس مادر را از درد پرت کند. اگر این ماساژ و لمس توسط فردی که مادر با او رابطه نزدیکی دارد انجام شود، تاثیر بیشتری نیز خواهد داشت علی‌الخصوص که آن فرد شوهر باشد. چرا که آرامش و امنیت مادر نیز در این وضعیت به شدت افزایش می‌یابد.

۵. رایحه درمانی: برخی از گیاهان دارویی مانند اسطوخودوس، گل سرخ، بهارنارنج و یاسمین از خاصیت آرام بخشی برخوردار هستند و مطالعات مختلف در مورد تاثیر استفاده از این گیاهان به صورت روغن در هنگام ماساژ و یا استشمام رایحه شان، حاکی از تاثیر مثبت آنها در کاهش اضطراب و درد مادر در اتاق زایمان بوده است.



۶. موسیقی درمانی: براساس تحقیقات شنیدن آواهای مورد علاقه در کنترل درد در بسیاری از موقعیتهای مثل کارهای دندانپزشکی، دردهای بعد از عمل جراحی، درمان سوختگی و تجربه دردهای زایمانی تاثیر داشته و سبب ایجاد یک محیط امن و آرام برای فرد می‌گردد. این آوای دلپذیر میتواند هر نوع صدایی باشد، از صدای فردی که مادر به او علاقه دارد گرفته تا موسیقی‌ها و نواهای مختلف و حتی آوای قرآنی.

۷. طب فشاری و طب سوزنی: در بدن نقاط مختلفی وجود دارد که ایجاد فشار در آنها میتواند باعث تاثیر بر کانالهای انرژی و بهبود عملکرد در ارگانی از بدن گردد. برای مثال فشار نقاطی در قسمت‌های مختلف پا یا گوش به وسیله انگشت دست یا

فشار سوزن، سبب تسکین درد زایمان و تسهیل خروج جنین میگردد. مهمترین نکته در زمینه این طبها اجرای آن توسط فرد متخصص و ماهر در این حیطة است.



۸. استفاده از دستگاه تنس: تنس (TENS) یک دستگاه کوچک الکتریکی است که با باتری کار میکند و سیمهای نازکی دارد که به کمک برچسب انتهایشان بر روی پوست کمر مادر قرار میگیرد. دستگاه با ایجاد پالسهای الکتریکی کوچک، بدن مادر را تحریک میکند تا بتواند اندورین یا ضد درد طبیعی و داخلی را آزاد کند. شدت و میزان فرکانسهای تولید شده توسط دستگاه به صورت دستی قابل تنظیم است. روشهای اپیدورال و اسپاینال و نیز گاز انتونوکس هم می توانند در کاهش درد زایمان اثر فوق العاده ای داشته باشند.



۹. تنها نبودن مادر در اتاق زایمان و حضور یک همراه صمیمی مثل همسر، مادر و غیره به ایجاد آرامش مادر کمک میکند و به مادر حس امنیت و راحتی ویژه ای میدهد، که منجر به تحمل بهتر دردها میگردد. همچنین تحقیقات زیادی نشان میدهند که حضور مامای همراه یا دولا در اتاق زایمان برای کمک و آموزش به مادر در انجام تکنیکهای گفته شده در بالا و مدیریت شرایط روحی مادر بسیار موثر است.



تشخیص زمان مناسب و نحوه انتقال وی به بلوک زایمان



تشخیص زمان مناسب و نحوه انتقال مادر به اتاق زایمان ممکن است با توجه به شرایط مادر و جنین و نیز دستورالعمل‌های موجود در هر مرکز بهداشتی-درمانی متفاوت باشد. اما در اکثر موارد، می‌توان به موارد زیر توجه کرد:

تشخیص زمان مناسب:

طی مراجعات مامایی: مادر در طول بارداری به طور دوره‌ای به دکتر مراجعه می‌کند و از سلامت خود و جنین مراقبت می‌کند. در این جلسات، ماما و پزشک ممکن است براساس تست‌ها، اندازه‌گیری‌ها، ارزیابی‌ها و علائم بارداری، تشخیص زمان مناسب برای انتقال مادر به اتاق زایمان را بدهند.

مراقبت در بیمارستان: در صورتی که مادر به بیمارستان مراجعه کند، پرسنل پزشکی و مامایی در طول مدت بستری بر اساس رصد، ارزیابی و نظارت بر روی علائم زایمان و وضعیت جنین، زمان مناسب برای انتقال مادر به اتاق زایمان را تشخیص خواهند داد.

نحوه انتقال مادر به اتاق زایمان:



اطلاع از علائم زایمان: مادر باید با علائم زایمان آشنا باشد و در صورت ظهور علائم اصلی مانند تنگی نفس

شدید، درد شدید و مداوم در ناحیه زیر شکم و غیره، به پرسنل درمانی اعلام کند.

اطلاع رسانی و تماس با پرسنل: هنگام ظهور علائم زایمان، مادر باید به پرستاران و پرسنل پزشکی اطلاع دهد تا آنها اقدامات لازم را برای انتقال مادر به اتاق زایمان بگیرند.

استفاده از تجهیزات و روش‌های مناسب: بسته به وضعیت مادر و نحوه حرکت، از تجهیزاتی مانند تخت چرخدار، وسایل نقاله یا نقاله‌های بیمارستانی برای انتقال مادر به اتاق زایمان استفاده خواهد شد.

توجه داشته باشید که این توصیفات عمومی است و هر مرکز بهداشتی-درمانی ممکن است دستورالعمل‌ها و روش‌های خاص خود را داشته باشد. بهتر است همواره با اساتید خود مشورت کرده و آنها را در جریان قرار دهید.

مرور پرونده و اجرای دستورات مندرج در آن بر اساس شرح وظایف



مرور پرونده و اجرای دستورات مندرج در آن بر اساس شرح وظایف دانشجوی مامایی شامل فعالیت‌های

زیر می‌شود:

مطالعه و شناخت پرونده: ابتدا باید پرونده مربوطه را مطالعه کنید و با محتوا و جزئیات آن آشنا شوید. این شامل

اطلاعاتی مانند سابقه بارداری، تاریخچه پیشینه پزشکی و جراحی، نتایج آزمایشات و هرگونه مشکل یا تغییر در سلامت مادر و جنین است.

بررسی و تحلیل نتایج آزمایشات: در صورت وجود نتایج آزمایشات در پرونده، باید آنها را مورد بررسی و تحلیل قرار دهید.

بررسی نتایج آزمایشات از جمله تست‌های خون، بیوفیزیکال و سونوگرافی جنین می‌تواند در ارزیابی وضعیت سلامتی مادر و جنین مفید باشد.

اجرای دستورات مندرج در پرونده: بر اساس شرح وظایف و دستورات مربوطه، باید اقدامات و مراقبت‌های لازم را انجام دهید. این می‌تواند شامل مواردی مانند:

بررسی و ثبت علائم حیاتی مادر (فشارخون، ضربان قلب، دما و غیره) و روند انقباضات رحم.

بررسی و ثبت فعالیت قلبی جنین با استفاده از مانیتور.

ارزیابی و نظارت بر میزان و نوع مایعات دریافتی.

اجرای توصیه‌های پزشک مربوطه در خصوص داروها و مکمل‌ها، محدودیت‌های فعالیت و خواب، تغذیه مناسب و غیره.

ارائه مشاوره و آموزش به مادر درباره مراقبت از خود، تغذیه، تمرینات استراحتی و تقویتی و مسائل مربوط به زایمان.

رصد و ثبت هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت مادر و جنین و گزارش آن به پزشک مربوطه.

ثبت مشاهدات و پیشرفت‌ها: هرگونه تغییرات یا پیشرفت‌های مربوط به وضعیت مادر و جنین را ثبت کنید. این شامل

تغییرات در فعالیت رحم، فعالیت قلب جنین، علائم حیاتی مادر و هرگونه تغییر مهم در وضعیت بالینی مادر است.

مستندسازی و گزارش‌دهی: پس از انجام فعالیت‌ها و اجرای دستورات، باید مشاهدات، ثبت‌ها و پیشرفت‌های مربوطه را

مستندسازی و گزارش کنید. این شامل تکمیل برگه‌های پارتوگراف، نوشتن یادداشت‌های بالینی و تهیه گزارش‌های

مربوطه به پزشک مربوطه می‌شود.

توجه داشته باشید که همواره باید با اساتید خود در ارتباط باشید و آنها را در جریان هرگونه تغییر و مشکل قرار دهید.

همچنین، هرگاه با مواردی مواجه شدید که خارج از صلاحیت و تجربه شماست، به پزشکان متخصص مراجعه کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم ارزشیابی امتحان جامع پایان دوره تحصیلی دانشجویان مامائی حوزه لیبر و زایمان

مکان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

جمع کل	بسیارخو	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار	ارزش نمره	موارد ارزشیابی	رتبه
	۱۰۰٪	۷۵٪	۵۰٪	۲۵٪	۰٪			

ویژگی های فردی: ۳نمره

						۱	رعایت شئون اسلامی و اخلاق حرفه ای	۱
						۱	دقت، سرعت عمل و احساس مسئولیت	۲
						۱	ابتکار عمل و توانایی برخورد مناسب در وضعیت خاص	۳

پذیرش مادر باردار: ۸نمره

							نحوه ارتباط با زائو (ارتباط کلامی و غیر کلامی)	۱
						۱	تهیه و اخذ شرح حال از زائو (براساس فرم شرح حال ارائه شده به دانشجو)	۲
						۱	نحوه معرفی زائو به اساتید و ارائه گزارشات لازم	۳
						۱	آماده سازی محیط جهت انجام معاینات	۴
						۱	انجام معاینات لئوپولد(مشاهده و مانورهای ۱ تا ۴)	۵
						۱	شستشوی پرینه	۶
						۱	بررسی ولو: واریس ادم - وجود ترشحات - خون- مکنونیوم- زگیل تناسلی- اسکار- التهاب- قرمزی قوام و ضخامت پرینه - نیاز به اپیزیاتومی	۷ معاینه واژینال
						۱	بررسی واژن: واریس-گرمی- خشکی- سیستوسل- رکتوسل- رکتوم پر	
						۱	بررسی سرویکس: قوام- وضعیت - افاسمان- دیلاتاسیون	
						۱	وضعیت جنین: پرزانتاسیون- پوزیشن جنین- جایگاه- آماس- مولدینگ، وضعیت کیسه آب (بررسی از نظر عروق، بند ناف)	
						۱	وضعیت لگن: تعیین نوع و کفایت لگن	
						۱	تشخیص موارد نیازمند بستری براساس بررسی های انجام شده	۸

مرحله اول زایمان: ۸نمره

						۱	کنترل و ثبت انقباضات، تفسیر و تشخیص موارد غیر طبیعی واداره آن	۱
						۱	رسم و تفسیر پارتوگراف زایمانی	۲
						۱	کنترل و ثبت صدای قلب جنین، تشخیص موارد غیرطبیعی واداره آن تکنیک صحیح انجام تست NST، تفسیر NST	۳
						۱	انجام مراقبتهای جسمی، زائودر مرحله اول لیبر(کنترل علائم حیاتی مادر، توجه به مثانه، تغذیه، مراقبت از دهان و توجه و تامین شرایط بهداشتی مناسب برای مادر (نظافت لباس، ملحفه ها، پوشش مناسب، درجه حرارت مناسب اتاق، ...)	۴
						۱	حمایت روحی و روانی زائودر مرحله اول لیبر(کنترل استرس و اضطراب و تکنیکهای آرامسازی و آرامبخشی.....)	۵
						۱	انجام اقدامات لازم جهت کاهش درد زایمان (تکنیکهای تنفسی، ماساژ کمر و...)	۶
						۱	تشخیص زمان مناسب و نحوه انتقال وی به بلوک زایمان	۷
						۱	مرور پرونده و اجرای دستورات مندرج در آن بر اساس شرح وظایف	۸
مرحله دوم زایمان: ۱۰ نمره								
						۱	انجام مراقبتهای جسمی، روانی زائودر مرحله دوم(کنترل ضربان قلب جنین، انقباضات رحمی، علائم حیاتی مادر، توجه به وضعیت قرار گیری زائو برروی تخت زایمان، رعایت پوشش، عدم ازدحام، توجه به نحوه تنفس و زور زدن، تشویق مادر به آرامش و اضطراب زدایی، توجه به مثانه، رگ، خونریزی و پیشرفت نزول. و ...)	۱
						۱	رعایت شرایط استریل و تمیز نگه داشتن محیط و آماده شدن برای زایمان (آمادگی عامل زایمان و ست	۲
						۱	ارزیابی پرینه از نظر نیاز به اپیزیوتومی	۳
						۱	تزریق بیحسی و نحوه انجام اپیزیوتومی	۴
						۱	نحوه کنترل پرینه و خروج سر	۵
						۱	انجام مراقبتهای فوری بعد از خروج سر جنین(پوار کردن، کنترل دور گردن و...)	۶

						۱	تکنیک خارج کردن شانه ها و تنه و اندامهای جنین و نحوه گرفتن جنین	۷
						۱	اقدامات لازم پس از خروج جنین (صاف کردن سر مادر ، گزارش زمان زایمان و ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد در لحظه تولد...)	۸
						۱	کنترل کانال زایمان و تشخیص صدمات پرینه	۹
						۱	نحوه ترمیم پرینه	۱۰
پذیرش نوزاد: ۳ نمره								
						۱	گامهای اولیه احیاء (گرم و خشک کردن ، پوآر، کلامپ و پانسمان بندناف ، اعلام جنس نوزاد و نشان دادن نوزاد به مادر)	۱
						۱	محاسبه آپگار دقیقه اول و پنجم	۲
						۱	معاینه نوزاد(تعیین سن تقریبی پس از تولد و وجود آنومالی ظاهری)	۳
مرحله سوم زایمان: ۳ نمره								
						۱	تشخیص علائم جداشدن جفت و توجه به مراقبتهای مرحله سوم	۱
						۱	خارج کردن جفت	۲
						۱	معاینه جفت و پرده ها و گزارش موارد غیرطبیعی	۳
مرحله چهارم زایمان: ۴ نمره								
						۱	انجام مراقبتهای بهداشتی در مرحله چهارم(قرار دادن مادر در پوزیشن مناسب ، مرتب کردن محیط، تعویض شان ، پوشش مناسب ، کنترل مثانه ، تغذیه ، بهداشت فردی و ..)	۱
						۱	کنترل و ثبت(قوام ، ارتفاع و خونریزی رحمی و علائم حیاتی مادر و گزارش موارد غیر طبیعی و ...)	۲
						۱	کمک در شیردهی و آموزش به مادر (پستان ، پرینه ، تنظیم خانواده ، تغذیه ، بهداشت فردی ، ورزش ، فعالیت جنسی، افسردگی بعد از زایمان ، ...)	۳
						۱	مشارکت در اداره موارد پرخطر	۴

پاسخ به سؤالات علمی: ۸نمره

						۵	پاسخ به سؤالات علمی طراحی شده: ۵ نمره
						۳	پاسخ به سؤالات علمی مرتبط با case : 3 نمره

نمره نهایی دانشجو

نمره نهایی: ۴۷

امضاء مدیر گروه

امضاء مدرس

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه بارداری و زایمان، استاد افضلی

راهنمای یادگیری دانشجویان مامایی

ویژه آزمون فاینال واحد زایشگاه

رئوس مطالب

۱- آشنایی با مکان و اهداف آزمون

۲- صلاحیت های عمومی دانشجو (وضعیت ظاهری، سرعت عمل، دقت، مسئولیت پذیری، برقراری ارتباط با مددجو)

۳- اداره مرحله دوم و سوم لیبر و انجام زایمان (نوزاد و جفت)

۴- ترمیم پارگی ها و یا اپی زیاتومی

۵- کنترل خونریزی و موارد غیرطبیعی

۶- گام های اولیه احیا، ادمیت نوزاد و معاینه بالینی

۷- ارائه آموزش های لازم بعد از زایمان (بهداشت و مراقبت از بخیه ها، شیردهی و تغذیه دوران شیردهی، شروع مجدد نزدیکی جنسی، پیشگیری از بارداری برنامه ریزی نشده خصوصا در ۶ ماه اول مراقبت از شیرخوار)

موارد فوق در زایشگاه بیمارستان بهار در اتاق لیبر تابعه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و تحت نظارت مربیان مامایی مطابق با چک لیست های پیوست شده بررسی می گردد.

دانشجویان عزیز سلام

ضمن خیرمقدم ورود شما به مرحله آزمون نهایی جامع مامایی را تبریک عرض نموده و با آرزوی موفقیت روزافزون به معرفی محیط فیزیکی و پرسنل مرکز آزمون و اساتید ممتحن می پردازیم.

معرفی بیمارستان بهار

بیمارستان بهار از بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می باشد که بخش زایشگاه در طبقه اول آن قرار دارد.

بخش زایشگاه/ بلوک زایمان

این بخش شامل اتاق تریاژ در بدو ورود، ۲ رختکن مجزا (یکی برای پرسنل و یکی برای مربی و دانشجویان)، استیشن، اتاق تحت نظر (شامل ۶ تخت)، اتاق های زایمان (شامل ۴ اتاق با تخت مجزا)، اتاق دارو، اتاق کثیف (شستشوی لوازم و ابزار)، اتاق ماما مسئول بخش، اتاق پزشک، آبدارخانه و اتاق استراحت پرسنل می باشد.

تماس با زایشگاه

شماره تلفن: ۰۲۳-۳۲۲۲۹۰۴۱

نشانی: انتهای خیابان ۲۲ بهمن، روبروی پارک کودک

مسیر رفت و آمد با وسیله نقلیه عمومی یا سرویس های دانشگاه می باشد.

معرفی مدیریت بخش زایشگاه

• دکتر سکینه کلاهدوزان

سمت: رییس بخش زایشگاه

تحصیلات: تخصص زنان و زایمان

• نرگس سرکرده ای

سمت: ماما مسئول بخش

تحصیلات: کارشناس ارشد مامایی

منشور اخلاق حرفه ای، مقررات و وظایف کار دانشجو در زایشگاه

منشور اخلاق حرفه ای دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

از دانشجویان این دانشکده انتظار می رود موارد زیر را که با اصول اخلاق حرفه ای و کنترل سلامت می باشد، رعایت نموده و با ظاهری آراسته و رفتاری متناسب با منزلت اجتماعی و شئونات دانشگاهی در دانشکده و بخش ها حضور یابند.

ماده ۱ - مقررات مربوط به پوشش

۱- کلیه دانشجویان در بخش های بالینی، موظف به استفاده از روپوش سفید، مقنعه و شلوار با رنگ مشکی می باشند. روپوش باید تمیز، مرتب با اندازه مناسب و به اندازه کافی گشاد باشد که امکان حرکات آزادانه با دکمه بسته را فراهم نماید و مزین به کارت شناسایی شامل نام و مقطع تحصیلی دانشجو باشد.

۲- مشخصات روپوش و مقنعه از طرف دانشکده اعلام می گردد.

۳ - استفاده از هر نوع پوششی با علائم خاص، دارای پارگی، لکه و ... ممنوع می باشد.

۴ - کفش ها باید ساده، بدون پاشنه و یا پاشنه کوتاه و بدون ایجاد صدا باشد.

۵ - پوشیدن صندل مجاز نمی باشد.

۶ - پوشیدن جوراب با ضخامت مناسب الزامی است

۷ - موها کاملاً پوشیده باشد.

۸ - ناخن ها باید کوتاه شده، تمیز و بدون لاک باشند.

۹ - استفاده از هر گونه آرایش مو و صورت غیرمتعارف ممنوع می باشد.

ماده ۲- بهداشت فردی و نحوه رفتار در بخش

۱- رعایت بهداشت فردی و بهداشت دهان و دندان الزامی است.

۲- استفاده از هر گونه بوی تند جایز نمی باشد.

۳- جویدن آدامس، کشیدن سیگار، شوخی کردن و ایجاد صدای بلند در بخش و محیط های آموزشی و در هنگام درمان بیماران مغایر با رفتار حرفه ای بوده و قابل قبول نمی باشد.

۴- استفاده از موبایل در هنگام کار در بخش مجاز نمی باشد.

ماده ۳- زیورآلات

۱- استفاده از هر گونه زیورآلات به جز حلقه ساده ازدواج ممنوع است.

۲- هر گونه خالکوبی و کاربرد نگین های زینتی ممنوع است.

- رعایت نکردن موارد فوق موجب کاهش نمره صلاحیت عمومی دانشجو میگردد.

مسئولان محترم مربوطه بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت خواهند نمود.

وظایف داشجو: دانشجویان باید در روز امتحان راس ساعت مقرر در مرکز حضور داشته باشند. دانشجویان موظف به گرفتن شرح حال بیماران و نوشتن سیر بیماری و معاینه فیزیکی در دفاتر مخصوص هستند.

دانشجویان باید در حضور استاد خود مراجعین را اداره نمایند. دانشجوی موظف به مشارکت فعال در شرح حال گیری، انجام معاینات بالینی، گرفتن نمونه آزمایشات لازم و تفسیر آن، آموزش و ارائه مشاوره به مراجعین تحت نظارت استاد می باشد.

موضوع امتحان: اداره مرحله دوم زایمان

پیش نیاز: تئوری بارداری و زایمان (۱، ۲، ۳ و ۴)

مدت امتحان: ۴ ساعت

گروه هدف: دانشجویان ترم ۸ مامایی

محل اجرا: اتاق زایمان بیمارستان بهار وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

زمان: نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۲

ممتحن: منصوره افضلی

تحصیلات: کارشناسی ارشد شماره در مامایی

سمت: مربی، طرح تعهد هیئت علمی بالین

هدف کلی

تمرین مهارت های کسب شده در اداره و انجام زایمان طبیعی، تشخیص و اقدامات مورد نیاز در موارد غیرطبیعی (دیستوشی شانه و انواع اختلالات در حین انجام زایمان نوزاد و جفت)، معاینه نوزاد، آموزش ها و مراقبت های لازم در دو ساعت اول پس از زایمان و دوران شیردهی

اهداف اختصاصی درس

دانشجو آزمون مربوط به هر یک از مهارت های مبتنی بر چک لیست پیوست شده را پشت سر میگذراند. این مهارت ها شامل: تمرین مهارت های کسب شده در اداره و انجام زایمان طبیعی، پرپ و درپ زائو، تشخیص اندیکاسیون ها و زمان مناسب انجام اپی زیاتومی، تزریق بی حسی، نحوه کنترل پرینه و خروج سر، تکنیک خارج کردن شانه ها و تنه و اندام ها و نحوه گرفتن نوزاد، کسب مهارت در تشخیص موارد غیرطبیعی (دیستوشی شانه) و انواع اختلالات و اقدامات مناسب در حین انجام زایمان نوزاد و جفت، گام های اولیه احیا نوزاد، محاسبه آپگار، معاینه نوزاد، کنترل کانال زایمان و تشخیص صدمات پرینه، نحوه ترمیم پرینه، دو ساعت اول پس از زایمان، شیردهی، آموزش ها و مراقبت های لازم می باشد.

برنامه حضور اساتید

نحوه ی ارزشیابی فراگیران

- ✓ صلاحیت عمومی
- ✓ حضور فعال در محیط امتحان
- ✓ چگونگی انجام وظایف محوله
- ✓ چگونگی انجام امور مربوط به زایمان و ترمیم پارگی ها
- ✓ پاسخ به سوالات علمی مرتبط با case

❖ عناوین آموزشی اداره مرحله دوم زایمان

۱- آمادگی برای انجام زایمان

توجه به حالات مادر (مطابق با دستورالعمل کشوری):

- ✓ ظاهر شدن عرق سرد بر روی صورت، پشت لب و لرزش انتهاها
- ✓ افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند "دیگر نمی توانم ادامه دهم".
- ✓ تهوع و استفراغ اسپورادیک (در حد یکبار طبیعی می باشد اما اگر ادامه پیدا کند غیرطبیعی است)
- ✓ احساس زور زدن خود بخود و اجابت مزاج، کشیده شدن پرینه و احساس سوزش پرینه

نکته: در صورت وجود هر یک از علائم فوق، قبل از هر اقدامی، کنترل صدای قلب جنین و معاینه واژینال برای تشخیص قریب الوقوع بودن زایمان انجام می شود.

آماده نمودن محیط و تجهیزات لازم جهت اداره و انجام زایمان

- ✓ اطلاع رسانی به پرسنل خدمات جهت جدا سازی و آماده نمودن تخت زایمان
- ✓ اطمینان از دمای مناسب محیط (۲۵-۲۸ درجه سانتی گراد)
- ✓ اطمینان از بسته بودن در و پنجره ها به منظور کاهش جریان هوا در هنگام تولد نوزاد

- ✓ اطمینان از کارکرد صحیح وسایل و ابزار در اتاق زایمان (وسایل احیا از جمله ساکشن، وارمر، کپسول اکسیژن و...)
- ✓ روشن نمودن وارمر و تنظیم آن در فاصله ۵۰ تا ۶۰ سانتی متری از کات نوزاد و تنظیم دمای آن در حد ۲۸ تا ۳۴ درجه سانتی گراد
- ✓ آماده نمودن وسایل حفاظت شخصی از جمله پیش بند (گان پلاستیکی ضدآب)، دستکش استریل، عینک یا شیلد جهت محافظت از چشم و ماسک
- ✓ آماده کردن ترالی زایمان، قرار دادن پک استریل زایمان بر روی آن و کنترل چسب و تاریخ استریل پک
- ✓ آماده نمودن وسایلی از قبیل سوند نلاتون، سوند فولی، دو تا سرنگ ۵ سی سی، سر سوزن، نخ های کرومیک صفر و دو-صفر، پوآر پلاستیکی نوزاد، دو تا کلامپ پلاستیکی، داروها (شامل دو ویال ۵ سی سی از لیدوکائین ۰.۲٪ و ۳ ویال ۱۰ واحدی اکسی توسین)

۲-تشخیص زمان مناسب زایمان

- ✓ اطلاع رسانی به همراه مادر در مورد قریب الوقوع بودن تولد و توضیح نقش وی
 - ✓ اطلاع رسانی به همکار ماما که در هنگام زایمان جهت کمک به عامل زایمان حضور خواهد داشت.
 - ✓ اطلاع رسانی به ماما مسئول کشیک و پزشک مسئول و در صورت لزوم آماده سازی تیم احیای نوزاد
 - ✓ انتقال مادر به تخت زایمان و آماده نمودن وی جهت انجام زایمان
 - ✓ انجام مراقبت های جسمی، روانی زائو (کنترل ضربان قلب جنین، انقباضات رحمی، علائم حیاتی مادر، توجه به وضعیت قرارگیری زائو بر روی تخت زایمان، رعایت پوشش، عدم ازدحام غیرضروری، توجه به نحوه زور زدن، تشویق مادر به آرامش و اضطراب زدایی، توجه به مثانه، رگ، خونریزی و پیشرفت نزول و...)
- توجه: به منظور پیشگیری از سوند زدن روتین مادران در مرحله دوم (یا موقع انجام زایمان) بهتر است زائو در انتهای مرحله اول لیبر به خالی کردن مثانه (در صورت پر بودن آن) تشویق شود. همچنین از زور زدن در توالت اجتناب کند.
- تکلیف ۱: معاینه واژینال را انجام داده و نتیجه آن را به استاد ارزیاب گزارش دهید.
- تکلیف ۲: زمان ورود به مرحله دوم زایمان را تشخیص دهید.
- تکلیف ۳: زمان زایمان را به استاد ارزیاب، مادر و همراه وی اطلاع دهید.
- تکلیف ۴: مادر را برای انجام زایمان آماده کنید.

۳- آماده شدن عامل زایمان

- ✓ پوشیدن ماسک، عینک یا شیلد، چکمه و پیش بند پلاستیکی
- ✓ اسکراب دست ها تا آرنج و خشک نمودن آن ها با حوله یا گاز تمیز
- ✓ باز کردن ست زایمان به روش استریل (لایه اول با دست باز شده و لایه دوم با همان گوشه های لایه اول یا با چیتل فورسپس باز می شود. با استفاده از چیتل قسمت میانی گردن گان بلند شده و با استفاده از دست قسمت داخلی آن گرفته می شود. بدون تماس با قسمت بیرونی پوشیده می شود. برای بستن بند در پشت گان از همکار کمک گرفته می شود.
- ✓ سرنگ ۵ سی سی، کلامپ های پلاستیکی بندناف و پوآر باز شده و داخل ست زایمان انداخته می شود.
- ✓ پوشیدن دستکش به روش استریل توسط عامل زایمان و کشیدن آن بر روی آستین گان
- ✓ جهت انجام پرپ توجه به تعداد و اندازه گلوله های پنبه ای (تعداد ۹ عدد پنبه متوسط) و درخواست از همکار جهت ریختن بتادین در گالی پات
- ✓ قبل از انجام هرکاری از قبیل شستشو، تزریق ماده بیحسی، اپی زیاتومی و.. به مادر اطلاع و برای وی توضیح داده می شود.
- ✓ انجام پرپ (شستشوی پرینه) از خارج به داخل (مطابق با تصویر ۱ و توضیحات آن)

اصل پرپ بر این استوار است که شستشو از قسمت های تمیز شروع شده و به قسمت های آلوده ختم شود. با سوآپ های پنبه آغشته به بتادین، از بخش های فوقانی لب های بزرگ تا قسمت فوقانی مونس پوبیس به صورت زیگزاگ از راست به چپ شستشو داده می شود. سپس قسمت داخلی ران پای نزدیک به ست زایمان از کشاله ران تا یک سوم آن بصورت خطوط زیگزاگ از بالا به پایین موازی و بدون برداشتن سوآپ شستشو داده می شود. با استفاده از چرخش دست از تمامی قسمت های سوآپ برای شستشو استفاده شود. سپس پای مخالف ست به همین روش شستشو داده می شود. بعد لابیای ماژور سمت ست با یک سوآپ از بالا به پایین شستشو داده می شود. سپس لابیای ماژور سمت مقابل، بعد لابیای مینور سمت ست، لابیای مینور مقابل، سپس با یک سوآپ در خط وسط وستیبول را از بالا به پایین شستشو داده و در آخر یک سوآپ بصورت دورانی آنوس را شستشو داده می شود.

✓ درپ نمودن ناحیه پرینه برای انجام زایمان مادر

به منظور درپ ابتدا یک شان استریل در کات نوزاد قرار داده می شود به طوری که قسمت بلند شان در سمت ایستادن عامل زایمان باشد تا بتواند همزمان با انجام دادن کارهای نوزاد مادر را نیز زیر نظر داشته باشد. شان دوم (یا حوله استریل) در کات جهت خشک کردن نوزاد گرم قرار داده می شود. برای ترتیب قرار دادن شان های پرینه مطابق با دستورالعمل می توان در جهت یا خلاف جهت عقربه های ساعت انجام داد. به این صورت که شان استریل سوم را از یک سوم بر روی دست عامل زایمان تا شده و زیر مادر قرار داده می شود. سپس شان پای سمت ست، شان شکم مادر و شان پای مقابل قرار داده

می شود. باید توجه شود شان روی شکم کاملاً دولا و به صورتی که سمت باز آن به سمت عامل زایمان باشد پهن گردد (تا عامل زایمان بتواند بدون نگرانی از آلوده شدن دستکش به شکم مادر دسترسی داشته باشد).

- ✓ در تمام طول انجام کار ارتباط چشمی با مادر حفظ می شود.
- ✓ در هنگام شروع انقباضات مادر به زور زدن تشویق می شود.
- ✓ از دستکاری پرینه در حین انجام زایمان اجتناب شود.
- ✓ توجه شود در حین زور زدن مادر تنفس خود را بیشتر از ۶ تا ۷ ثانیه حبس نکند.
- ✓ توجه به خالی بودن مثانه و همچنین کنترل قلب جنین در این مرحله ضروری است.
- ✓ در صورت پر بودن مثانه خالی نمودن آن با سوند نلاتون انجام می شود.
- ✓ در صورت تشخیص نیاز به اپی زیاتومی بیحسی مادر (با توضیحات در ادامه) انجام می شود.

تکلیف ۱: فیلم زایمان را در سامانه نوید در لینک زیر مشاهده کنید.

<https://shmunavid.smums.ac.ir/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

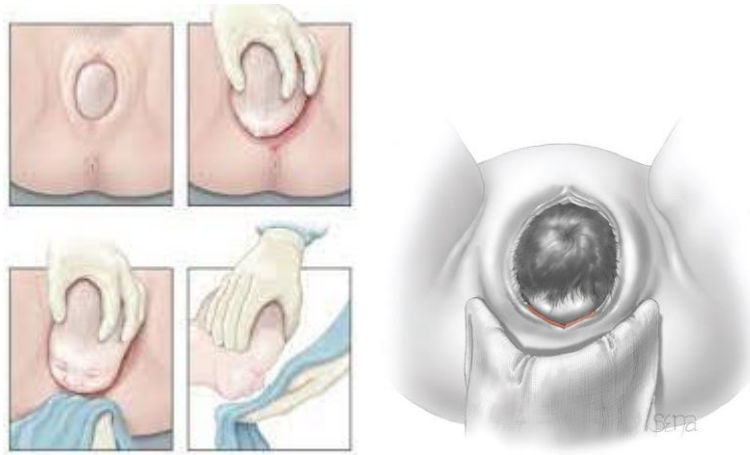
۴- کنترل پرینه

اپی زیاتومی به صورت روتین توصیه نمی شود. شواهدی مبنی بر اثر حفاظتی اپی زیاتومی از پارگی های درجه بالا (حتی در صورت سابقه پارگی های درجه ۳ و ۴) وجود ندارد. در صورتی که مادر بر روی زور زدن خود کنترل داشته باشد، احتمال صدمات پرینه کاهش می یابد. با مادر صحبت و تشویق شود که پس از یک تنفس کوتاه و کم عمق، به آهستگی فشار کوچکی اعمال کند تا از خروج ناگهانی سر و پارگی پرینه پیشگیری شود.

دو روش برای کنترل سر و پرینه در حین زایمان وجود دارد:

۱- با استفاده از دست^۱: یک دست بر روی سر نوزاد قرار داده می شود تا از اکستانسیون ناگهانی آن جلوگیری کند و دست دیگر با استفاده از مانور ریتگن تعدیل شده چانه نوزاد را به آهستگی به سمت خارج شدن از پرینه هدایت می کند و یا به صورت افقی بر روی پرینه قرار داده می شود و با پایین دادن پرینه از روی سر جنین از پارگی آن جلوگیری می کند (مطابق تصویر ۱).

¹ Hands-on



تصویر شماره ۱- حمایت پرینه با دست (مانور ریتگن تعدیل شده)

۲- بدون استفاده از دست^۲: بدون دست زدن به پرینه

برخی از محققان معتقدند عدم استفاده از دست میزان اپی زیاتومی و یا پارگی ها را کاهش می دهد. همچنین منجر به افزایش پارگی های درجه ۳ و ۴ نمی شود.

نکته: RCOG^۳ استفاده از دست برای کنترل پرینه به منظور کاهش صدمات اسفنکتر مقعد را پیشنهاد می کند، اما NICE^۴ توصیه می کند استفاده یا عدم استفاده از دست به تشخیص ماما در هنگام زایمان بستگی دارد و بر اساس آن باید عمل شود.

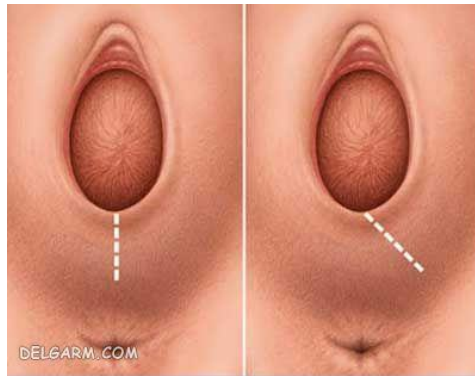
۵- انجام اپی زیاتومی

قبلا این تصور وجود داشت که اپی زیاتومی موجب کاهش درد، صدمات پرینه و یا شلی های کانال زایمان می شود اما طی ۳۰ سال گذشته میزان انجام اپی زیاتومی کاهش یافته است. امروزه تقریبا در ۱۲ درصد از زایمان های واژینال اپی زیاتومی انجام می شود. اعتقاد بر این است که اپی زیاتومی روتین ضرورتی ندارد و عامل زایمان بر مبنای اندازه یا شرایط پرینه مادر تصمیم می گیرد که لازم به انجام آن می باشد و یا خیر (تصویر ۲).

² Hands-off

³ Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

⁴ National Institute for health and Care Excellence



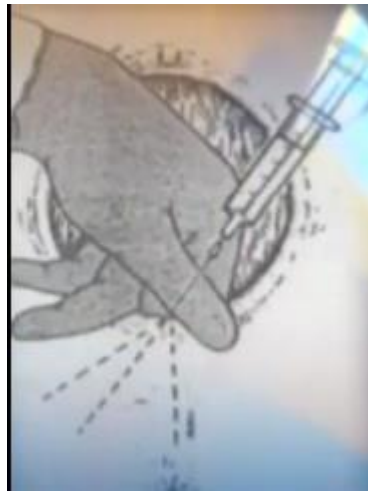
تصویر ۲- بررسی پرینه و تشخیص نیاز به اپی زیاتومی

اندیکاسیون های انجام اپی زیاتومی

- ✓ جنین ماکروزوم
- ✓ پرینه کوتاه مادر
- ✓ اکسی پوت خلفی پایدار
- ✓ زایمان سخت و ابزاری
- ✓ لیبر پره ترم
- ✓ زایمان بریچ

تزریق بیحسی جهت انجام اپی زیاتومی

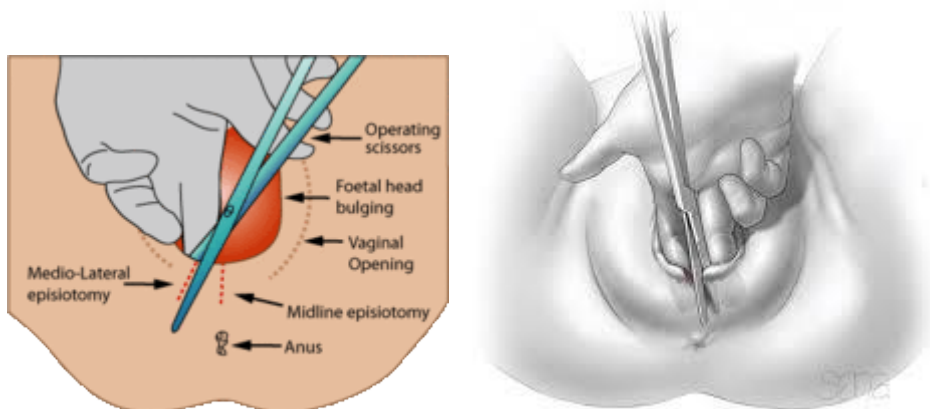
جهت انجام بیحسی از همکار ماما درخواست می شود لیدوکائین را نگه داشته و با سرنگ ۵ سی سی که قبلا داخل ست زایمان گذاشتیم ۵ سی سی از محلول لیدوکائین ۲ درصد را کشیده و در فواصل بین انقباضات رحمی تزریق می کنیم. جهت تزریق دو انگشت اشاره و میانی به منظور حفاظت از سر جنین در داخل واژن قرار داده می شود. سپس تزریق ماده بیحسی پس از هر بار انجام آسپیراسیون در راستای محل اپی زیاتومی و ۱۵ درجه بالاتر و پایین تر از محل برش انجام می شود. به این صورت تزریق در ساعت های ۶، ۷ و ۸ و در هر راستا (با تقسیم به سه قسمت انتهایی، میانی و ابتدایی) و پس از آسپیراسیون انجام می شود. پس از آوردن سرنگ محل ورود آن با گاز به مدت حداقل یک دقیقه پگ می شود تا خونریزی بند بیاید.



تصویر ۳- نحوه انجام بیحسی قبل از انجام برش اپی زیاتومی

نحوه انجام اپی زیاتومی

زمان مناسب اپی زیاتومی بین انقباضات رحمی و زمانی است که پرینه به اندازه ۳ تا ۴ سانتی متر از قطر سر جنین متسع شده و مانند یک کاغذ نازک بین انگشتان لمس می شود. اگر اپی زیاتومی خیلی دیر انجام شود هدف آن که پیشگیری از پارگی های پرینه است محقق نمی شود. زود انجام دادن آن نیز موجب پارگی عمیق تر و از دست رفتن خون بیشتری از مادر می گردد. برای انجام برش ابتدا دو انگشت بین سر جنین و پرینه قرار گرفته و با فشار انگشتان فاصله ایجاد می کنیم. سپس تیغه قیچی از این فاصله ابتدا از ساعت ۶ وارد شده و سپس بطور مایل در ساعت ۷ قرار داده و برشی به طول ۴ سانتی متر با یک حرکت قیچی انجام می شود. در غیر اینصورت برش نامنظم در ناحیه پرینه ایجاد می شود.



تصویر شماره ۴- محل مناسب و نحوه انجام اپی زیاتومی

۶- زایمان نوزاد

در این مرحله کنترل پرینه انجام می شود. پس از اینکه سر به طور کامل از روی پرینه عبور کرد، در غالب موارد صورت به سمت آنوس خم می شود. پس از خروج کامل سر، گردن نوزاد جهت وجود بندناف گردنی جستجو می شود. در صورت

وجود بندناف گردنی اگر شل باشد از سر جنین عبور داده می شود و اگر بسیار محکم باشد و مانع انجام زایمان شود همان جا با دو پنس کوخر کلامپ شده و بین دو کلامپ بریده می شود.



تصویر شماره ۵- کنترل پرینه و زایمان سر

پس از زایمان سر صبر می کنیم تا چرخش خارجی انجام شود و شانه ها در راستای قدامی - خلفی قرار گیرند. سپس با قرار دادن دو دست در دو طرف بالا و پایین سر نوزاد (قرار دادن انگشتان اشاره و میانی بین گوش ها و شصت بر روی جمجمه نوزاد) به سر جنین کشش آرام به سمت پایین داده می شود تا شانه قدامی نمایان گردد. سپس کشش آرام به سمت بالا (سمفیز پوبیس مادر) داده می شود تا شانه خلفی خارج گردد (مطابق تصویر ۶). در ادامه با قرار دادن انگشتان اشاره و میانی در پشت گردن و حمایت سر نوزاد با یک دست، دست دیگر را در پشت نوزاد لیز داده تا به کفل جنین برسد. پس از محکم گرفتن کفل و پاها خروج کامل نوزاد تحت کنترل عامل زایمان قرار خواهد گرفت. نوزاد را روی شکم مادر قرار داده و ضمن تماس پوست با پوست شروع به خشک نمودن با حوله گرم می کنیم.



تصویر شماره ۶- نحوه انجام زایمان شانه ها

تکلیف: فیلم کنترل پرینه و زایمان نوزاد را در لینک های زیر مشاهده نمایید.

<https://www.aparat.com/v/t6wqU>

۷- زایمان جفت

بطور معمول جفت ۵ تا ۱۵ دقیقه پس از خروج نوزاد بصورت فیزیولوژیک جدا و خارج می شود. در منابع جدید ذکر شده نوزاد را روی شکم مادر بگذارید تا تماس پوستی، اکسی توسین خون مادر را زیاد کرده و خروج خود بخود جفت صورت گیرد. بنابراین اقدام اضافه دیگری لازم نیست مگر مواردی که بیش از نیم ساعت از زایمان گذشته و هنوز جفت خارج نشده باشد.

در خروج فیزیولوژیک اقدام خاصی لازم نیست و فقط صبورانه به علائم خروج جفت دقت می کنید.

علامت خروج جفت شامل:

۱- سفت و گلوبولار شدن رحم

۲- خروج ناگهانی خون

۳- افزایش طول بند ناف

۴- افزایش ارتفاع رحم (به دلیل کنده شدن جفت و قرار گرفتن آن در سگمان تحتانی)

اگر این علائم دیده شد یعنی جفت از دیواره رحم کنده شده و برای خروج آن اقداماتی که در ادامه توضیح داده شده را انجام می دهید.

در خروج فعال جفت ابتدا مانور کرسر را جهت بررسی کنده شدن جفت انجام می دهید. به این صورت که چهار انگشت دست غیر غالب بطور عمود بر روی سمفیز پوبیس مادر قرار داده شده و به آرامی به سمت پایین فشار وارد می کند. اگر بندناف به داخل کشیده نشود یعنی جفت جدا شده است.

برای خروج جفت مانور برانت اندروس^۵ یا کرده^۶ اصلاح شده را انجام دهید. به این صورت که با پاشنه دست غیر غالب روی سگمان تحتانی رحم به سمت پایین و همزمان بالا فشار ملایم وارد کرده (انگار که قله رحم را در دست می گیرید) و با دست غالب بندناف را با حرکات آهسته بالا و پایین بکشید تا جفت بیرون بیاید. سپس با وزن خود جفت باقی پرده ها را به آرامی و بدون کشش بچرخانید تا همه پرده ها خارج شود (تصویر شماره ۷).

توجه: هر نوع کشش بی مورد سبب کنده شدن پرده ها و باقی ماندن آن ها در حفره رحم می شود.

⁵ Brant andrews maneuver Placenta

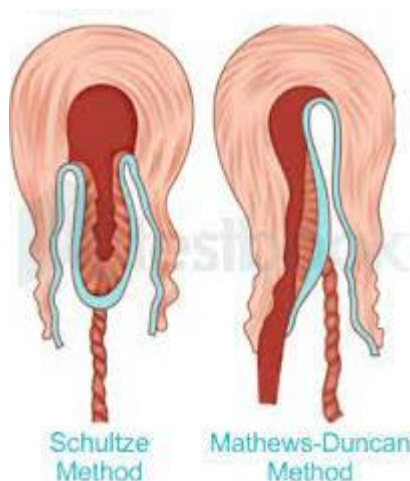
⁶ Crede



تصویر شماره ۷- مانورهای خروج جفت

مکانیسم های خروج جفت

مکانیسم های خروج جفت شامل دو مکانیسم شولتز و دانکن می باشد. جفت بطور شایع تر با مکانیسم شولتز از مرکز کنده شده، در این حالت سمت جنینی مشاهده و خارج می شود. اگر جفت با مکانیسم دانکن کنده شود با خونریزی همراه است و سمت مادری در هنگام خروج دیده می شود (تصویر شماره ۸). در این حالت برای جلوگیری از کنده شدن پرده ها باید کوتیلیدون ها به آرامی در دیسک جفت قرار داده شده و سپس چرخاندن جفت را برای خروج پرده ها انجام داد.



تصویر شماره ۸ - مکانیسم های خروج جفت

تکلیف ۱: اداره مرحله سوم و زایمان جفت را شرح دهید.

تکلیف ۲: علائم خروج جفت را نام ببرید.

تکلیف ۳: مانورهای خروج جفت را شرح داده دهید.

تکلیف ۴: مکانیسم های خروج جفت را توضیح دهید.

معاینه جفت

ویژگی های جفت طبیعی شامل وزنی حدودا یک ششم وزن جنین (به طور متوسط ۵۰۰ گرم)، با اندازه پرده های ۱/۵ برابر و ضخامت ۲/۳ میلی متر و قطر ۱۸۵ میلی متر می باشد. در سطح مادری باید تا به انتها رسیدن کوتیلیدون ها و فقدان خونریزی (که نشانه کنده شدن بخشی از جفت است) توجه کرد. سطح جنینی یا سطح تمیز جفت شامل دو لایه پرده کوریون (دارای عروق خونی) و آمنیون (پرده شفاف) می باشد. همچنین محل اتصال بندناف به جفت (مرکزی، کناری، ولانتوز) و وجود لوب فرعی (در صورت ادامه عروق نافی از کناره آزاد جفت تا پرده ها) نیز بررسی می شود.

بند ناف نیز که با ژله و ارتون پوشیده می شود به طور طبیعی طولی به اندازه ۵۰ سانتی متر با تعداد دو شریان و یک ورید دارد. در بررسی بندناف، گره های حقیقی و یا کاذب بررسی می شود. در صورت غلیظ بودن ژله و ارتون حتما علاوه بر کلامپ زدن، بندناف را با یک نخ بخیه استریل گره زده و کلامپ کنید چون گاهی کلامپ ها باز شده و منجر به خونریزی کشنده در نوزاد می شود.

تکلیف: معاینه و بررسی جفت را شرح دهید.

۸- ترمیم اپی زیاتومی

مهارت ترمیم اپی زیاتومی یکی از جنبه های مهم مراقبت بهداشتی مادران است و ضروری است که ماماها دانش و مهارت لازم برای انجام این روش را به شیوه ای ایمن و موثر داشته باشند. جهت ترمیم باید با بافت ها و عضلات پرونتال درگیر در اپی زیاتومی، از جمله دیواره خلفی واژن، چربی زیر جلدی، لایه پوست پرینه، عضله سطحی (پوبوکاورنوسوس و عضله پرینه ای عرضی) و عضله عمیق تر (پوبوکوکسیژئوس) آشنا باشد.

- ✓ روش کار را برای مادر توضیح داده و رضایت آگاهانه کلامی دریافت گردد.
- ✓ علائم حیاتی مادر و انقباض رحم و میزان خونریزی بررسی شود.
- ✓ مادر در وضعیت راحت قرار بگیرد. بهترین پوزیشن برای میدان دید بهتر و دسترسی بهتر به پرینه در حین انجام ترمیم اپی زیاتومی، پوزیشن لیتاتومی می باشد.
- ✓ از آماده بودن ابزار و تجهیزات مطمئن شوید. (منبع نور کافی و مناسب، دستکش استریل، محلول ضد عفونی کننده، گاز استریل اضافی، سوزن و سرنگ، محلول ۵ سی سی لیدوکائین ۲ درصد، نخ های صفر و دو-صفر، ست اپی زیاتومی)
- ✓ ست اپی زیاتومی را با توجه به رنگ چسب و تاریخ استریل آن آماده کنید.
- ✓ ست را به روش استریل باز نموده و گان را بپوشید.
- ✓ دستکش استریل بپوشید.
- ✓ مجددا بیمار را پرپ و درپ نمایید. (شتشو از داخل به سمت بیرون)
- ✓ تزریق بیحسی در هر چهار ضلع زخم لودی شکل

- ✓ اولین سوچور را با استفاده از نخ کاتکوت کرومیک صفر نیم سانتی متر بالاتر از راس اپی زیاتومی میزنید.
- ✓ نخ کوتاه تر را قیچی کرده و به روش دندان موشی (کانتینیو لاک) بخیه ها را با فاصله نیم سانت می زنید.
- ✓ برای تشکیل رینگ هایمن به روش U یا X از پشت یا زیر کارنکول چپ در خط وسط خارج می شوید.
- ✓ در این مرحله از جلوی کارنکول راست به سمت کارنکول چپ رفته و نخ را با ادامه کوچک آن گره زده و برش می دهیم.
- ✓ برای بافت عضله از روش ساده منقطع استفاده می شود. بافت عضله نسبت به بافت های اطراف تیره تر است و معمولا برای ترمیم آن دو تا سه بخیه کافی است.
- ✓ برای ترمیم فورشت با نخ دو-صفر از سمت راست پارگی به سمت چپ سوچور می زنیم.
- ✓ پس از ترمیم فورشت و گره زدن نخ، نخ کوتاه را می بریم و با نخ بلند آن به صورت کانتینیوی ساده با فواصل نیم سانت شروع به دوختن لایه زیر پوست (فاشیا) می کنیم.
- ✓ در آخرین بخیه زیر پوست سوزن را از راس زخم خارج کرده نخ را کاملا نمی کشیم تا حلقه باقی مانده آن برای گره زدن استفاده کنیم.
- ✓ ترمیم پوست به صورت منقطع و گره ها در یک طرف زخم زده می شود.

تکلیف: فیلم ترمیم اپی زیاتومی در لینک زیر را مشاهده کنید.

<https://www.aparat.com/v/aQz23>

۹- معاینه نوزاد

معاینه و ارزیابی نوزاد بخش لاینفک زایمان است. نخستین معاینه بلافاصله بعد از زایمان و ترجیحا در اتاق زایمان با توجه به آخرین منابع و دستورالعمل های جدید ابلاغی وزارت بهداشت صورت می گیرد. این معاینه عبارتست از:

- ۱- حصول اطمینان از اینکه کودک در فرآیند تولد دچار آسیب نشده باشد.
- ۲- تشخیص مشکلات و ناهنجاری های نیازمند اقدامات حیاتی و ضروری
- ۳- توجه فوری به رنگ پوست نوزاد و تعیین آپگار دقیقه اول جهت تشخیص موارد پرخطر تهدید کننده حیات یا نیاز به احیا (سیانوز ژنرالیزه در مشکلات قلبی، رنگ پریدگی شدید ناشی از کم خونی یا آسفیکسی)
- ۴- توجه به ضایعات مادرزادی مانند ضایعات لوله عصبی، شکاف لب و کام، اختلالات جدار شکم، ناهنجاری های استخوانی، ناهنجاری های دستگاه تناسلی خارجی و باز بودن مجرای مقعد
- ۵- صورت نوزاد باید از نظر شواهدی مبنی بر اختلالات تریزومی ها و کرتینیسم مورد بررسی قرار بگیرد.

نوزاد سالم

- ✓ طبق تعریف نوزادی است که ظاهر، رنگ، فعالیت، علائم حیاتی (تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس و الگوی تنفسی، درجه حرارت، فشارخون) و الگوی تغذیه ای طبیعی دارد و به خوبی شیر می خورد.
- ✓ دامنه طبیعی علائم حیاتی شامل تنفس ۳۰ تا ۶۰ بار در دقیقه، تعداد ضربان قلب ۱۰۰ تا ۱۶۰، دمای آگزیلاری ۳۶/۳۵-۵/۵ درجه سانتی گراد
- ✓ وزن تولد بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم و اندازه متناسب با سن حاملگی (AGA)
- ✓ از نظر سن جنینی باید ترم باشد (در محدوده سن بارداری ۳۷ هفته و صفر روز تا ۴۱ هفته و ۶ روز)
- ✓ عدم سابقه بیماری های مرتبط با بارداری و تاثیرگذار بر جنین در مادر
- ✓ عدم وجود ناهنجاری و یا نقایص در هنگام تولد

نوزاد سالم به طور طبیعی یک دوره گذر سه مرحله ای را طی می کند:

- ۱- مرحله اول شامل ۱۵ دقیقه اول بعد از تولد هست که نوزاد کاملاً هوشیار با حرکات فعال فیزیکی می باشد. حرکات پرشی واکنشی^۷، لرزش (ترمور) و گریه در این زمان شایع است و طبیعی در نظر گرفته می شود. این دوره مناسب ترین زمان برای قرار دادن نوزاد در آغوش مادر جهت برقراری اولین تماس (پوست با پوست) است.
 - ۲- مرحله دوم شامل ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بعدی که نوزاد معمولاً خواب آلود و فعالیتش کم می شود.
 - ۳- مرحله سوم شامل ۲ تا ۶ ساعت اول بعد از تولد و دومین دوره هوشیاری نوزاد می باشد.
- نکته: نوزاد سالم نیاز به مراقبت معمول و پایش متناوب برای شناسایی مشکلات احتمالی دارد.

نوزاد سالم در معرض خطر

این نوزادان آپگار و الگوی تغذیه ای طبیعی دارند اما به دلیل برخی ملاحظات نیازمند توجه و پایش بیشتر می باشند. این موارد شامل:

- ✓ نارس از نظر سن جنینی (قبل از ۳۷ هفته)
- ✓ وزن تولد ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم و یا بالای ۴۰۰۰ گرم
- ✓ LGA یا SGA (کوچک یا بزرگ به نسبت سن حاملگی)
- ✓ شرح حال دوران بارداری و حین زایمان غیرطبیعی مادر مانند خونریزی، بیماری های مزمن (دیابت، فشارخون)، اعتیاد، بیماری های مقاربتی، عفونت های مادر مانند کوریوآمنیونیت و پارگی غشاها، HBV، HCV، HIV، اختلالات انعقادی، بیماری های اتوایمیون و مصرف داروها در بارداری

⁷ Startle reaction

- ✓ شرح حال غیرطبیعی نوزاد مانند آپگار پایین تر از ۷ که به سرعت به احیا پاسخ داد، دیسترس جنینی، مایع آمنیوتیک آغشته به مکونیوم، وجود ناهنجاری های مینور (کوچک).
- ✓ زایمان مشکل با صدمات زایمانی خفیف مانند سفال هماتوم
- ✓ سابقه ی مرده زایی، فوت نوزاد قبلی و یا بیماری های متابولیک در فرزند اول خانواده، سابقه ی سقط در مادر
- ✓ ناسازگاری های گروه خونی / Rh مادر و نوزاد بدون شواهد بالینی زردی
- ✓ مشکلات گذرا و کوتاه تغذیه ای (یکی دو ساعته)

نوزاد پرخطر

در یک نوزاد با علامت خطر، اگر تشخیص و اقدامات زودهنگام صورت نگیرد، در معرض مرگ است. نوزاد دارای عوامل خطر دارای شرایط زیر می باشد:

- همراه آپگار زیر ۷
- تنفس بالای ۶۰ بار در دقیقه
- تو کشیدگی قفسه سینه (رتراکشن)
- هایپو و یا هایپرترمی (دمای پایین تر از ۳۵/۵ یا بالاتر از ۳۵/۵ درجه سانتی گراد)
- عدم داشتن رفلکس مکیدن و یا بلع، عدم تمایل به شیرخوردن یا شیر خوردن ضعیف^۸
- تشنج (حرکات ریتمیک در اندام ها که با نگه داشتن متوقف نمی شود)
- زردی ۲۴ ساعت اول تولد

احیای نوزادان

در تمام نوزادان بلافاصله پس از تولد اقدامات روتینی بصورت گام های اولیه احیاء انجام می گیرد. این اقدامات شامل تماس پوست با پوست با مادر (جهت پیشگیری از هایپوترمی)، خشک و گرم نگه داشتن نوزاد، تحریک با لمس در حین خشک کردن و یا باز کردن راه هوایی با پوآر در صورت لزوم می باشد. در حین انجام این اقدامات آپگار دقیقه اول نوزاد را مطابق جدول ۱-۱ تعیین می کنیم.

جدول ۱-۱ امتیازبندی آپگار (APGAR)

دو	یک	صفر	علامت	آپگار
صورتی	آکروسیانوز	کبود، رنگ پریده	ظاهر (رنگ پوست)	Appearance
بیش از ۱۰۰	زیر ۱۰۰	ندارد	ضربان قلب	Pulse
عطسه یا سرفه	اخم	بدون پاسخ	تحریک پذیری رفلکسی	Grimes

⁸ Poor feeding

حرکات فعال	خمیدگی مختصر اندام ها	شل	تون عضلانی	Activity
گریه خوب	آهسته، کند، نامنظم	ندارد	تنفس	Respiratory

اگر نمره آپگار دقیقه اول نوزاد زیر ۷ بوده و نوزاد دچار مشکلاتی نظیر سیانوز، باز نبودن راه هوایی، هیپوتونی و.. باشد، نیازمند احیاء است. در این موارد نوزاد را زیر وارمر برده و سریعاً عملیات احیاء را شروع می کنیم. نمرات آپگار در دقیقه های ۵، ۱۰، ۱۵ و ۲۰ نشان دهنده موفقیت در عملیات احیاء می باشد.

اقدامات احیاء

A. باز کردن راه های هوایی Air way

در نوزادی که گریه نمی کند، تون عضلانی مناسب ندارند و یا دچار آپنه است، تحریک تنفس با تخلیه ترشحات دهان و بینی توسط پوآر و یا در صورت لزوم با ساکشن انجام می شود. اگر این اقدام موثر واقع نشد، به کف پا چند ضربه آرام زده و یا پشت و اندام ها را با ملایمت ماساژ می دهیم.

در نوزادی که مقداری سیانوزه است (کسب نمره ۹ از ۱۰) در فاصله ای نزدیک جریان اکسیژن آزاد با غلظت ۱۰۰ درصد به میزان ۵ لیتر در دقیقه استفاده می شود و پس از برطرف شدن سیانوز اکسیژن به تدریج قطع می شود.

اگر نوزاد بدحال است، سریعاً لوله گذاری و ساکشن مستقیم تراشه توسط پزشک متخصص اطفال یا بیهوشی باید انجام شود.

B. تهویه تنفسی Breathing

در صورت وجود هر یک از شرایط زیر تهویه با فشار مثبت آغاز می شود:

۱- برطرف نشدن سیانوز علی رغم تجویز اکسیژن

۲- شروع نشدن تنفس و عدم ایجاد پاسخ تمفسی علی رغم تحریکات

۳- ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ بار در دقیقه

۴- تهویه و اکسیژن رسانی با فشار مثبت با کمک آمبوبگ و ماسک (اکسیژن ۱۰۰ درصد) به مدت ۳۰ ثانیه و تا زمان شروع خودبخود تنفس ادامه خواهد یافت. بگ احیاء با سرعت ۴۰-۶۰ بار در دقیقه به مدت ۱۵ ثانیه فشرده می شود.

C. برقراری گردش خون Circulation

در صورت نشانه های دیسترس جنین، نوزاد بدون ضربان قلب و یا ضربان قلب زیر ۶۰ ضربه در دقیقه، وجود آپنه، سیانوز و تون عضلانی ضعیف ماساژ قلبی انجام می شود. این کار به دو روش عمودی بصورت زیر انجام می گردد:

-حلقه کردن انگشت شصت در یک سوم میانی استرنوم (پایین خطی که دو نیپل به هم می رسد) و حمایت قفسه سینه به کمک سایر انگشتان

-روش دو انگشتی: ماساژ به کمک دو انگشت سبابه و میانی و قرار دادن دست دیگر در پشت نوزاد

D. دارو Drug

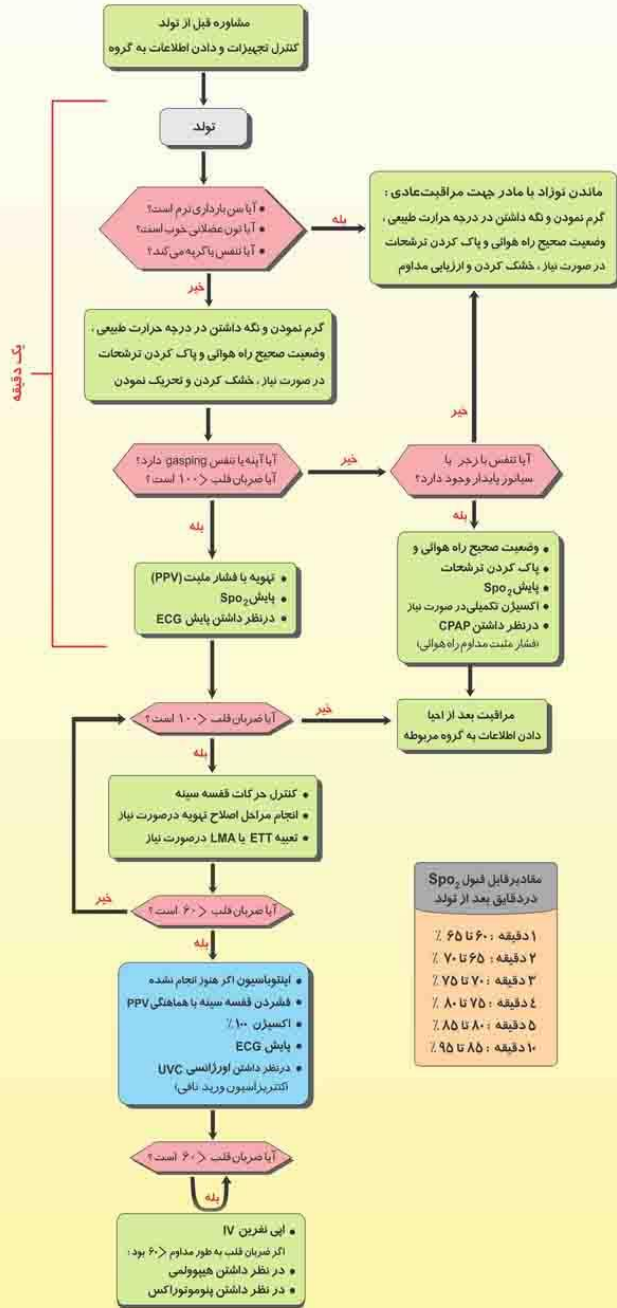
در صورت فقدان ضربان قلب و یا ضربان قلب کمتر از ۶۰ بار در دقیقه علی رغم ۳۰ ثانیه ونتیلاسیون و تهویه مناسب و ماساژ قلبی، تجویز داروهای احیاء صورت می گیرد.

تکلیف ۱: کارگاه و فیلم آموزشی احیا نوزاد را در لینک های زیر مشاهده نمایید.

1. <https://www.aparat.com/v/VYUsE/%D8%A7%D8%AD%DB%8C%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%AF%D8%A7%D9%86%D9%82%D8%B3%D9%85%D8%AA%DB%B1>
2. <https://www.aparat.com/v/zNTy8?playlist=685354>
3. <https://www.aparat.com/v/wRNjn?playlist=685354>
4. <https://www.aparat.com/v/ziwkJ/%D8%A7%D8%AD%DB%8C%D8%A7%DB%8C%D9%86%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%AF%D8%A7%D9%86>

Neonatal Resuscitation

(AHA 2015 CPR&ECC guidelines)



نکات مهم و دوز داروها در احیای نوزادان

- این دستورالعمل برای نوزادان بد تولد و نوزادانی است که در هفته‌های اول بعد تولد بستری می‌باشند.
- محدوده درجه حرارت طبیعی در نوزادان بعد از تولد ۳۶/۵-۳۷/۵ درجه سانتیگراد می‌باشد.
- نیپویه مؤثرترین اقدام در احیای نوزادان می‌باشد و نسبت به اقدامات دیگر در اولویت می‌باشد.
- تعداد نیپویه مصنوعی در نوزادانی که فقط نیپویه به نیپویه کمکی دارند، ۴۰-۶۰ بار در دقیقه همراه با سانگش مکونیموم در صورت نیاز می‌باشد.
- در حدود ۴۰ ثانیه یک دقیقه طلایی جهت ارزیابی اولیه نوزاد، بررسی مجدد و شروع نیپویه مصنوعی در صورت نیاز مورد تاکید می‌باشد.
- جهت انجام PPV در نوزادان می‌توان از BVM یا یک خودمتنج شونده، یک متنج شونده یا خیران یا T-piece به همراه ماسک شماره صفر یا یک استفاده شود.
- جهت بررسی نبض در نوزادان از شریان برکیال و جهت شمارش تعداد نبض گوش کردن صداهای جلیوی قلبی استفاده می‌شود.
- جهت لبتومیاسیون نوزادان پره نرم از لوله تراشه با اندازه ۲/۵ میلیمتر و در نوزادان نرم براساس وزن نوزاد از لوله شماره ۳، ۳/۵ یا ۴ میلیمتر استفاده می‌گردد.
- در صورت نیاز به استفاده از ماسک لرتزیال LMA، می‌توان از شماره ۱ آن برای نوزادان زیر ۵ کیلوگرم و در برخی موارد از شماره ۱/۵ جهت نوزادان بالغتر از ۵ کیلوگرم استفاده نمود.
- نسبت فشردن قفسه سینه به نیپویه در نوزادان ۱ به ۳ همراه با وقفه جهت نیپویه می‌باشد.
- فشردن قفسه سینه در نوزادان باید با سرعت ۹۰ بار در دقیقه همراه با ۳۰ بار نیپویه مصنوعی انجام گردد. به طوریکه مجموع تعداد فشردن قفسه سینه و نیپویه مصنوعی ۱۲۰ بار در دقیقه شود.
- فشردن قفسه سینه در نوزادان باید با عمق ۴ سانتیمتر یا یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه و اجازه برگشت کامل قفسه سینه انجام شود.
- فشردن قفسه سینه در نوزادان به دوروش انجام می‌گیرد؛ مثل ۱ و ۲.
- ۱. روش Two finger؛ با انگشتان وسط و حلقه یک دست فشردن و با دست دیگر حمایت راه هوایی
- ۲. روش Two thumb؛ با دو شصت فشردن و با انگشتان دیگر احاطه قفسه سینه
- روش Two thumb به علت ایجاد پرفیوژن کرونری بهتر و خشکی کمتر برای احیاگران ارجحیت دارد.
- محل فشردن قفسه سینه نوزادان زیر خطی است که دو نوک سینه را به هم متصل می‌کند. ۱/۲۰ تا ۱/۳۰ عمقی است.
- جهت باز کردن راه هوایی نوزاد، سر در وضعیت Sniffing قرار داده می‌شود.
- برای این منظور یک مگالاف زیر شانه‌های نوزاد قرار می‌گیرد.
- دارو درمانی و دوزها؛ دسترسی عروقی در نوزادان شامل روش IV با داخل وریدی از جمله ورید نافی و روش IO با داخل استخوانی می‌باشد.
- دوز IV این نفرین: ۰.۰۱-۰.۰۳ mg/kg؛ ۰.۰۱-۰.۰۳ ml/kg از محلول یا غلظت ۱:۱۰۰۰۰؛ و دوز ETT آن: ۰.۰۵-۰.۱ mg/kg
- دوز IV دکسروزول: ۱۰-۱۵ mg/kg؛ دوز IO/IVET نالوکسان: ۰.۱ mg/kg
- دوز IV مایعات حجم دهنده (محلول‌های کریستالوئید یا کلوئید): ۱۰ ml/kg
- استفاده از افزایش دهنده‌های حجم عروقی در موارد لزوم دادن خون بطور مشخص یا در موارد مشکوک که باعث پوست رنگ پریده، خورسالی نافی بافتی و نبض ضعیف شده است و یا در سایر مواردی که ضربان قلب پاسخ مناسبی به اقدامات احیاء نمی‌دهد در نظر گرفته می‌شود. بهترین محلول‌های کریستالوئید جهت این منظور، رینگر لاکتات یا نرمال سالین می‌باشد. دوز توصیه شده ممکن است در صورت نیاز تکرار شود.
- در نوزادان نارس به علت احتمال خونریزی داخلی می‌بایست از تزریق سریع مایعات پرهیز نمود.
- برقراری هیپوترمی درمانی ۳۲.۱ الی ۳۴ درجه (از ۲۲ تا ۲۴ ساعت بعد از احیاء توصیه می‌شود).



شکل ۲. روش Two thumb؛ در صورت احیاء دو نفره



شکل ۱. روش Two finger؛ در صورت وجود یک احیاگر

Medical Publications
77252327-09122791577
www.majidsehat.ir
Education: 09124035319 www.amirsaifali.ir

بازدید
مراقبت‌های ویژه نوزادان
هنگامه گینز بارداری از این بوستر بهره‌مند شوید.

American Heart Association
2015 CPR&ECC Guidelines

Compiled & Designed by: M.Sehat (Master of science in critical care)
A.Safari (PhD in disaster & emergency health)

۱۰- اداره مرحله چهارم زایمان

مرحله چهارم زایمان بعد از زایمان جفت شروع می‌شود و تا ۴ ساعت اول بعد از زایمان ادامه دارد.

مراقبت های بعد از زایمان

دوره بعد از زایمان دوره ای از تطابق فیزیولوژیک مادر می باشد که با خروج کامل جفت و پرده ها شروع شده و تا شش هفته (۴۲ روز) ادامه دارد و طی این مدت بسیاری از تغییرات ایجاد شده در دوران بارداری به وضعیت قبلی برمیگردد. وجود اصول صحیح مراقبت پس از زایمان چه در بیمارستان و چه در منزل و توجه به بهداشت شخصی، استراحت، خواب، اجابت مزاج، وضع ادرار، ترشح دستگاه تناسلی در مادر، مراقبت از پستان ها و معاینات مرتب پس از زایمان تأثیرات کاملاً مثبتی بر سلامت مادر و کودک دارد.

دوره بلافاصله بعد از زایمان: ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

دوره زودرس بعد از زایمان: از روز دوم تا هفتم پس از زایمان

دوره دیررس بعد از زایمان: روزهای ۸ تا ۴۲ پس از زایمان

در این مرحله مراقبت و پایش مدام مادر و نوزاد مطابق با دستورالعمل کشوری (جدول زیر) انجام می شود.

نحوه بررسی وضعیت مادر پس از زایمان

موارد مورد بررسی	ساعت اول	ساعت دوم	ساعت سوم تا ترخیص
وضعیت پرینه و علائم شوک	پایان ساعت اول	-	یکساعت قبل از ترخیص
انقباض رحم و میزان خونریزی	هر ۱۵ دقیقه	هر نیم ساعت	هر ساعت
وضعیت عمومی مادر	هر ۱۵ دقیقه	هر نیم ساعت	هر ساعت
فشارخون	هر ۱۵ دقیقه	هر نیم ساعت	هر ساعت
نبض	هر ۱۵ دقیقه	هر نیم ساعت	هر ساعت
تنفس	هر ۱۵ دقیقه	هر نیم ساعت	هر ساعت
درجه حرارت	یکبار طی ۱۵ دقیقه اول	-	یکساعت قبل از ترخیص
دفع ادرار مادر	-	یکبار حداقل	طی ۶ ساعت

علائم خطر مرحله چهارم لیبر

۱-هیپوتانسیون

۲-تاکیکاردی

۳-خونریزی شدید

۴-رحم نرم و خمیری

نکته: معمولا این علائم همراه با خونریزی هستند و باید گزارش شوند.

خونریزی های پس از زایمان

خونریزی پس از زایمان به خونریزی برابر یا بیش از ۵۰۰ میلی لیتر پس از زایمان طبیعی و ۱۰۰۰ میلی لیتر یا بیشتر پس از سزارین و یافت هماتوکریت به اندازه ۶ درصد حجمی و یا به صورت نیاز به انتقال خون تعریف می شود. علل آن که شامل موارد زیر می باشد باید مورد بررسی قرار بگیرد.

آتونی رحم: رحم نرم و خمیری شکل که در بالای ناف لمس می شود و شایع ترین (عامل ۸۰ درصد) علت خونریزی بیش از حد پس از زایمان می باشد. اداره آن به صورت ماساژ رحم و تجویز داروهای منقبض کننده رحم از جمله اکسی توسین و متیل ارگونوین است.

پارگی ها: پارگی های شناسایی شده در گردن رحم، واژن، پرینه، خونریزی روشن و شدید (عامل ۱۵ درصد موارد خونریزی ها) در صورت وجود لمس رحم منقبض است که اداره ی آن شامل ترمیم و جراحی می باشد.

باقی ماندن جفت: وجود کوتیلدون جفتی (لوب فرعی جفت) یا بخشی از پرده ها در رحم منقبض (۵ درصد موارد) که اقدام به خروج دستی جفت و یا کورتاژ رحم تحت هدایت سونوگرافی می شود.

وارونه شدن رحم^۹: مشاهده توده خونی ظاهرا گوشتی در واژن و عدم لمس شکمی رحم نشانه وارونگی رحم است که یک عامل نادر اما کشنده و جزو اورژانس های پس از زایمان می باشد. ضعف عضلات رحم، کشش شدید بندنافی که محکم به فوندوس رحم چسبیده، سابقه وارونگی رحم، چسبندگی های غیرطبیعی جفت، میوم رحمی و عفونت ها جزو عوامل خطر آن می باشد.

اداره وارونگی رحم به صورت اعمال فشار رو به بالا بر فوندوس توسط کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، برگرداندن رحم به وضعیت آناتومیک قبلی خود و تجویز اکسی توسین متعاقب آن می باشد.

معیارهای خونریزی پس از زایمان

۱- جزئی^{۱۰}: میزان خون و لوشیا در حد ۱۰ سی سی و یا کمتر از ۵ سانتی متر از پد آغشته به خون

۲- کم^{۱۱}: میزان خون و لوشیا در حد ۱۰ تا ۲۵ سی سی و یا کمتر از ۱۰ سانتی متر از پد آغشته به خون

۳- متوسط^{۱۲}: میزان خون و لوشیا در حد ۲۵ تا ۵۰ سی سی و یا کمتر از ۱۵ سانتی متر از پد آغشته به خون

⁹ Inversion

¹⁰ Scant

¹¹ Light

¹² Moderate

۴- شدید^{۱۳}: میزان خون و لوشیا در حد ۵۰ تا ۸۰ سی سی و یا یک پد در مدت ۲ ساعت آغشته به خون گردد.

۵- بیش از اندازه^{۱۴}: میزان خون و لوشیا در حد بیش از ۸۰ سی سی و یا یک پد در مدت ۱۵ دقیقه کاملاً به خون آغشته گردد.

تکلیف ۱:

نحوه اداره هریک از موارد غیرطبیعی بعد از زایمان را شرح دهد (خونریزی های پس از زایمان، هماتوم، احتباس ادراری، نیپل فرو رفته و مشکلات شیردهی، ترومبوفلیت، عفونت ها و از هم گسیختگی بخیه ها و...). بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید.

تکلیف ۲:

آموزش های لازم در زمینه مراقبت های بهداشتی مادر و نوزاد در دوران بعد از زایمان را شرح دهد. بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید.

¹³ Profuse

¹⁴ Excessive

نمونه سئوالات علمی غیرمرتبط با Case:

۱- خانم G3 ۳۶ هفته، با پارگی کیسه آب بیش از ۱۹ ساعت مراجعه می کند. در معاینه واژینال دیلاتاسیون ۲ سانتی متر و افسمان ۵۰٪ می باشد. اقدام مناسب کدام است؟

الف) سزارین (ب) القای زایمان واژینال (ج) درمان انتظاری و استراحت در بستر تا ترم (د) اینداکشن

۲- خانمی ۳۸ ساله، G4 هنگام زایمان واژینال دچار افت فشارخون و تنفس منقطع شده، سیانوز در لب وی همراه با انعقاد درون عروقی منتشر مشاهده می شود. تشخیص احتمالی شما؟

الف) سپتی سمی (ب) آمبولی مایع آمنیوتیک (ج) نارسایی گردش خون (د) ادم ریه

۳- در دکولمان جفت کدام الگوی ضربان قلب شایع تر است؟

الف) Acceleration (ب) Beat to beat variation (ج) Variable deceleration (د) Late deceleration

۴- کدام بیماری با بزرگ شدن جفت همراه است؟

الف) جفت سر راهی (ب) نارسایی جفت (ج) سیفلیس (د) پلی سیتی

۵- کدام یک از موارد به عنوان اتیولوژی قرار عرضی مطرح نیست؟

الف) آنسفال (ب) افزایش مایع آمنیون (ج) تنگی لگن (د) جنین پره ترم

۶- خانمی با حاملگی اول در ۴۱ هفته مراجعه کرده، در معاینه واژینال $E=50\%$, $Dill=2cm$, $St=0$ و قوام سرویکس نرم و در وضعیت میانی است. امتیاز Bishop چقدر محاسبه می کنید؟

الف) ۷ (ب) ۸ (ج) ۹ (د) ۱۰

۷- در حاملگی پست ترم کدام عارضه افزایش نمی یابد؟

الف) پلی هیدرامنیوس (ب) ماکروزومی (ج) آسپیراسیون مکنونیوم (د) خونریزی پس از زایمان

۸- در مراقبت های بعد از زایمان کدام عبارت غلط می باشد؟

الف) چنانچه دفع ادرار تا ۲۴ ساعت انجام نشود، به مدت ۲۴ ساعت سوند ثابت گذاشته می شود.

ب) مادری که ۶ ساعت بعد از زایمان درجه حرارت $38/5$ درجه سانتی راد دارد و دچار تب نفاسی شده است.

ج) تب مداوم بعد از درمان وریدی متریت می تواند حاکی از فلگمون پارامتر یا آبسه لگن باشد.

د) درمان پریتونیت ناشی از نکروز انسزیونی رحم یا ضایعه روده، جراحی همراه با آنتی بیوتیک است.

۹- کدام مورد از علل اصلی خونریزی بعد از زایمان در ۲۴ ساعت اول نیست؟

الف) هیپوتونی رحم (ب) باقی ماندن بقایای جفت (ج) اختلال انعقادی (د) هماتوم

۱۰- کدام اقدام برای پروفیلاکسی از خونریزی بعد از زایمان توصیه می شود؟

الف) انجام ماساژ رحمی بعد از خروج جفت (ب) اداره فعال مرحله سوم و خروج دستی جفت

ج) تجویز میزوپروستول بعد از زایمان (د) تجویز اکسی توسین بعد از خروج جفت

۱۱- خانم G1 با Dill=6cm، نیم ساعت قبل Demeral دریافت کرده، چه توصیه ای به وی می کنید؟

الف) می تواند راه برود (ب) تنها به حالت سوپاین استراحت کند

ج) روی پاها نباید بایستد (د) در هر پوزیشن که راحت است قرار بگیرد

۱۲- در معاینه خانم باردار در جریان لیبر $Station = +1$ همه جملات صحیح است، بجز؟

الف) فاصله خارهای ایسکیال مناسب است (ب) قطر عرضی Inlet لگن مناسب است

ج) انگاژمان صورت گرفته است (د) کونژوگه دیاگونال ۱۲ سانتی متر یا بیشتر است

۱۳- جنین در نمای Face از کدام قطر برای عبور از لگن استفاده می کند؟

الف) اکسیپوتو فرونتال (ب) اکسیپوتو منتال (ج) بای پاریتال (د) ساب اکسیپوتو برگماتیک

۱۴- در خانم باردار با دیابت بارداری همه عوارض ممکن است دیده شود بجز:

الف) ماکروزومی (ب) افزایش احتمال سزارین (ج) افزایش احتمال آتونی (د) افزایش آنومالی جنین

۱۵- در صورتی که پس از گرم و خشک کردن نوزاد و دادن پوزیشن مناسب سر نوزاد، همچنان سیانوز ادامه یابد، اقدام بعدی کدام است؟

الف) CPAP (ب) ماساژ قلبی (ج) PPV (د) اپی نفرین

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم ارزشیابی عملکرد دانشجویان مامایی در واحد زایشگاه (امتحان جامع پایان دوره تحصیلی)

نام و نام خانوادگی دانشجو: نام مربی: زمان: مکان:

ج: مرحله دوم زایمان							ردیف	موارد ارزشیابی	ارزش نمره
جمع کل	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف	نمره			
	نمره /۱۰۰٪	نمره /۷۵٪	نمره /۵۰٪	نمره /۲۵٪	نمره /۰٪				
						۲	انجام مراقبت های جسمی، روانی زائو (کنترل ضربان قلب جنین، انقباضات رحمی، علائم حیاتی مادر، توجه به وضعیت قرارگیری زائو بر روی تخت زایمان، رعایت پوشش، عدم ازدحام غیرضروری، توجه به نحوه زور زدن، تشویق مادر به آرامش و اضطراب زدایی، توجه به ممانه، رگ، خونریزی و پیشرفت نزول و...)	۱	
						۲	رعایت شرایط استریل و تمیز نگه داشتن محیط و آماده شدن برای زایمان (آمادگی عامل زایمان و ست)	۲	
						۱	ارزیابی پرینه از نظر نیاز به اپیزیوتومی	۳	
						۲	تزریق بیحسی و نحوه انجام اپیزیاتومی	۴	
						۴	نحوه کنترل پرینه و خروج سر	۵	
						۱	انجام مراقبت های فوری بعد از خروج سر جنین (پوآر کردن، کنترل دور گردن و...)	۶	
						۴	تکنیک خارج کردن شانه ها و تنه و اندام های جنین و نحوه گرفتن جنین	۷	
						۲	اقدامات لازم پس از خروج جنین (صاف کردن سر مادر، گزارش زمان زایمان و ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد در لحظه تولد...)	۸	
						۲	کنترل زایمان و تشخیص صدمات پرینه	۹	
						۴	نحوه ترمیم پرینه	۱۰	

د: پذیرش نوزاد							ردیف	موارد ارزشیابی	ارزش
جمع کل	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف	نمره			

		نمره /۱۰۰	نمره /۷۵	نمره /۵۰	نمره /۲۵	نمره /۰		
۱	گام های اولیه احیاء (گرم و خشک کردن، پوار، کلامپ بندناف، اعلام جنس نوزاد و نشان دادن نوزاد به مادر)						۲	
۲	محاسبه آپگار دقیقه اول						۱	
۳	معاینه نوزاد (تعیین سن تقریبی پس از تولد و وجود آنومالی ظاهری)						۲	
و: مرحله سوم زایمان								
۱	تشخیص علائم جدا شدن جفت و توجه به مراقبت های مرحله سوم						۲	
۲	خارج کردن جفت						۴	
۳	معاینه جفت و پرده ها و گزارش موارد غیرطبیعی						۲	
ز: مرحله چهارم زایمان								
۱	انجام مراقبت های بهداشتی در مرحله چهارم (قرار دادن مادر در پوزیشن مناسب، مرتب کردن محیط، تعویض شان، پوشش مناسب، کنترل مثانه، تغذیه، بهداشت فردی و...)						۱	
۲	کنترل و ثبت (قوام، ارتفاع و خونریزی رحمی و علائم حیاتی مادر و گزارش موارد غیر طبیعی و..)						۲	
۳	کمک در شیردهی و آموزش به مادر (پستان، پرینه، تنظیم خانواده، تغذیه، بهداشت فردی، ورزش، فعالیت جنسی، افسردگی بعد از زایمان و..)						۲	
۴	مشارکت در اداره موارد پرخطر						۴	
۵	پاسخ به سوالات علمی مرتبط با Case مربوطه						۱۲	
۶	ویژگی های فردی (آراستگی ظاهر و حجاب، سرعت عمل و دقت، احساس مسئولیت و همکاری مناسب با سایر دانشجویان و پرسنل، ابتکار عمل و توانایی برخورد مناسب در وضعیت خاص)						۴	
	جمع						۱۰۰	
منبع: بارداری و زایمان ویلیامز، راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و ارائه روش های غیردارویی کاهش درد زایمان وزارت بهداشت، راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان								
امضاء مدرس:								
توضیح رسیدگی به اعتراض دانشجوی پس از اعلام نمره توسط مدیر گروه و مدرس مربوطه:								
امضاء مدیر گروه:								

توضیح ۱: جمع کل نمره بر عدد ۵ تقسیم گردید و نمره نهایی دانشجو تعیین می گردد.

توضیح ۲: در صورتیکه امکان بررسی برخی از گزینه ها بر حسب Case مربوطه وجود نداشت نمره آن گزینه از مجموع نمرات حذف و نمره نهایی دانشجو به تناسب تعیین می گردد.

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه پره ناتال، استاد دست رس

راهنمای یادگیری دانشجویان مامایی،

ویژه آزمون فاینال واحد پره ناتال

رئوس مطالب

۱۱. آشنایی با مکان و اهداف آزمون
۱۲. صلاحیت‌های عمومی دانشجوی (وضعیت ظاهری، سرعت عمل، دقت، مسئولیت‌پذیری، برقراری ارتباط)
۱۳. پذیرش مددجو و تشکیل پرونده
۱۴. شرح حال (تهیه و ثبت شرح و حال مادر باردار، تشخیص و گزارش موارد غیر طبیعی از طبیعی در شرح حال مادر)
۱۵. آزمایش، سونوگرافی و واکسیناسیون (درخواست آزمایش‌های موردنیاز متناسب با هفته بارداری و در موارد خاص و تفسیر آنها، درخواست سونوگرافی لازم متناسب با هفته بارداری و در موارد خاص و تفسیر آن، بررسی وضعیت واکسیناسیون مادر باردار (دوگانه و آنفلانزا) و توصیه‌های لازم، توصیه به تزریق آمپول روگام در مادران ارهاش منفی بر حسب مورد)
۱۶. انجام معاینات فیزیکی (اندازه‌گیری قد، وزن و شاخص توده بدنی مادر، کنترل علائم حیاتی مادر، بررسی کلی مادر از نظر ادم، رنگ‌پریدگی، بشورات پوستی، تیروئید، واریس و حال عمومی، انجام معاینه شکمی و مانورهای لئوپولد متناسب با هفته بارداری، تعیین ارتفاع رحم و تخمین میزان رشد و وزن جنین، سمع، شمارش و تفسیر ضربان قلب جنین، انجام معاینه لگنی در موارد لزوم و زمان مناسب و تخمین ابعاد آن برای زایمان طبیعی، گزارش موارد غیرطبیعی پس از معاینه)
۱۷. مراقبت‌های معمول (محاسبه سن بارداری بر اساس آخرین قاعدگی، سونوگرافی و ارتفاع رحم، بررسی نمودار وزن‌گیری مادر باردار، توجه به شکایات شایع مادر باردار و علائم خطر، بررسی سلامت روانی مادر باردار، غربالگری مشکلات روانشناختی خانواده، اعم از خشونت خانگی، رفتارهای پرخطر و ارجاع در موارد لزوم، بررسی وضعیت تغذیه ای مادر باردار بر اساس هرم غذایی، تجویز داروهای مکمل موردنیاز بارداری، یادآوری و یادداشت تاریخ ویزیت بعدی مادر باردار)
۱۸. مراقبت‌های ویژه (تشخیص و اقدام لازم در مادر مبتلا به مشکلات طبی مانند آنمی، تالاسمی، مشکلات ادراری، دیابت و قلبی، تشخیص و اقدام لازم در مادر مبتلا به مشکلات مامایی مانند پره اکلامسی، پره ترم، کاهش حرکات، عدم تناسب سن بارداری با ارتفاع رحم، خونریزی و پست ترم، ارجاع مادر باردار پرخطر به واحد مربوطه و انجام مراقبت‌های ویژه، انجام مراقبت‌های ویژه موردنیاز با توجه به فرم پس‌خوراند دریافت شده)
۱۹. آموزش‌ها و توصیه‌ها (آموزش بهداشت فردی، روانی، جنسی، تغذیه و دهان و دندان، آموزش فعالیت‌های بدنی در طی بارداری، آموزش علائم خطر دوران بارداری، آموزش تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری، توصیه به شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان، آموزش صحیح شیردهی و مراقبت از نوزاد).
۲۰. مراقبت بعد از زایمان (ثبت و تکمیل فرم مراقبت پس از زایمان برای مادر بر اساس دستورالعمل کشوری، تشخیص علائم خطر طبی - مامایی پس از زایمان و ارجاع مادر به واحد مربوطه، تشخیص اختلالات روانشناختی پس از زایمان (غم بعد زایمان، افسردگی و...) و ارجاع به واحد مربوطه، بررسی وضعیت شیردهی مادر و تشخیص موارد غیرطبیعی، ارائه آموزش‌های لازم به مادر مختص دوره پس از زایمان)

دانشجویان عزیز سلام

ورود شما را به مرحله آزمون نهایی جامع مامایی تبریک عرض می‌کنیم. با آرزوی موفقیت روز افزون برای شما عزیزان قبل از هر چیزی به معرفی محیط فیزیکی و پرسنل مرکز آزمون و اساتید ممتحن می‌پردازیم.

معرفی درمانگاه فاطمیه

از مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

بخش‌های درمانگاه فاطمیه

مشمول بر بخش‌های مامایی، زنان، اطفال، دندان پزشکی و پزشک متخصص

تماس با درمانگاه فاطمیه:

تلفن: ۰۲۳۳۱۱۶

دورنگار: ۰۲۳۳۲۲۷۶۰۷

نشانی: شاهرود خیابان ۲۲ بهمن

مسیر رفت و آمد از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به درمانگاه فاطمیه:

با وسیله نقلیه عمومی

یا سرویس‌های دانشگاه.

معرفی مدیریت درمانگاه فاطمیه:

نام و نام خانوادگی: سرکار خانم کاظمی

سمت: مدیر درمانگاه

رشته تحصیلی: کارشناس پرستاری

منشور اخلاق حرفه‌ای، مقررات، وظایف کار دانشجویان در درمانگاه فاطمیه:

منشور اخلاق حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود:

از دانشجویان این دانشکده انتظار می‌رود موارد زیر را که با اصول اخلاق حرفه‌ای و کنترل سلامت می‌باشد، رعایت نموده و با ظاهری آراسته و رفتاری متناسب با منزلت اجتماعی و شئونات دانشگاهی در دانشکده و بخش‌ها حضور یابند.

ماده ۱- مقررات مربوط به پوشش:

۱- کلیه دانشجویان در بخش‌های بالینی، موظف به استفاده از روپوش سفید، مقنعه با رنگ‌های مشخص می‌باشند. روپوش باید تمیز، مرتب با اندازه مناسب و به اندازه کافی گشاد باشد که امکان حرکات آزادانه با دکمه بسته را فراهم نماید و مزین به کارت شناسایی شامل نام و مقطع تحصیلی دانشجویان باشد.

۲- مشخصات روپوش و مقنعه از طرف دانشکده اعلام میگردد.

۳- استفاده از هر نوع پوششی با علائم خاص، دارای پارگی، لکه و ... ممنوع می باشد.

۴- کفش ها باید ساده، بدون پاشنه و یا پاشنه کوتاه و بدون ایجاد صدا باشد.

۵- پوشیدن صندل مجاز نمی باشد.

۶- پوشیدن جوراب با ضخامت مناسب الزامی است.

۷- موها کاملاً پوشیده باشد.

۸- ناخن ها باید کوتاه شده، تمیز و بدون لاک باشند.

۹- استفاده از هر گونه آرایش مو و صورت غیرمتعارف ممنوع می باشد.

ماده ۲- بهداشت فردی و نحوه رفتار در درمانگاه:

۱- رعایت بهداشت فردی و بهداشت دهان و دندان الزامی است.

۲- استفاده از هر گونه بوی تند جایز نمی باشد.

۳- جویدن آدامس، کشیدن سیگار، شوخی کردن و ایجاد صدای بلند در بخش و محیط های آموزشی و در هنگام درمان بیماران مغایر با رفتار حرفه ای بوده و قابل قبول نمی باشد.

۴- استفاده از موبایل در هنگام کار در بخش مجاز نمی باشد.

ماده ۳- زیورآلات:

۱- استفاده از هر گونه زیورآلات به جز حلقه ساده ازدواج ممنوع است.

۲- هر گونه خالکوبی و کاربرد نگین های زینتی ممنوع است.

رعایت نکردن موارد فوق موجب کاهش نمره صلاحیت عمومی دانشجو میگردد.

مسئولان محترم مربوطه بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت خواهند نمود.

وظایف داشجو:

دانشجویان باید در روز امتحان راس ساعت مقرر در مرکز حضور داشته باشند.

دانشجویان موظف به گرفتن شرح حال بیماران و نوشتن سیر بیماری و معاینه فیزیکی در دفاتر مخصوص هستند.

دانشجویان باید در حضور استاد خود مراجعین را اداره نمایند.

دانشجو موظف به مشارکت فعال در شرح حال گیری، انجام معاینات بالینی، گرفتن نمونه آزمایشات لازم و تفسیر آن، آموزش و ارائه مشاوره به مراجعین تحت نظارت استاد می باشد.

موضوع امتحان: کارآموزی پرناتال

پیشنیاز: تئوری مراقبت های بارداری

مدت امتحان: ۲ تا ۳ ساعت – بخش مامایی و زنان

گروه هدف: دانشجویان ترم ۸ کارشناسی مامایی

محل اجرا: درمانگاه فاطمیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

زمان: نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۲

ممتحن: عادلہ دست رس کارشناس ارشد آموزش مامایی

هدف کلی:

تمرین مهارتهای کسب شده در انجام معاینات بالینی، تشخیص و مداوای مشکلات شایع مادر باردار و کسب مهارت در تشخیص و اجرای روشهای درمانی انواع اختلالات در دوره از بارداری.

اهداف اختصاصی درس:

دانشجو آزمون مربوط به هر یک از مهارتهای مبتنی بر چک لیست پیوست شده را پشت سر می گذراند.

برنامه هفتگی دانشجویان

برنامه حضور اساتید

نحوه ی ارزشیابی فراگیران

- ✓ صلاحیت عمومی
- ✓ حضور فعال در محیط امتحان
- ✓ چگونگی انجام وظایف محوله
- ✓ چگونگی انجام امور مربوط به مراجعه کننده (مادر باردار)
- ✓ پاسخ به سوالات علمی مرتبط با case

مشاوره و مراقبت‌های قبل از بارداری

برای داشتن نوزاد سالم مراقبت دوران بارداری به تنهایی کفایت نمی‌کند. گاهی برخی شرایط جسمی، روحی و اجتماعی در مادر وجود دارند که اگر قبل از لقاح مورد شناسایی، اصلاح یا حذف قرار نگیرند، باعث اثرات نامطلوب بر بارداری می‌شوند.

متأسفانه بسیاری از مادران دو هفته پس از به تاخیر افتادن قاعدگی متوجه بارداری خود می‌شوند یعنی زمانی که جنین شروع به شکل گرفتن کرده است. بنابراین زمان طلایی برای مراقبت از دست رفته است (به عنوان نمونه مصرف اسید فولیک). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، مشاوره قبل از لقاح همراه با بیان عوامل خطر و توصیه‌های عملی لازم برای زنان بایستی انجام شود.

لینک <https://shmu.ac.ir/file/download/download/۱۶۶۶۵۰۴۴۴۳-۰۱۴۰۱۰.pdf>

سن والدین

زنانی که در دو انتهای سنین باروری باردار می‌شوند باید مورد توجه ویژه واقع شوند. بارداری در نوجوانان با خطر کم خونی، زایمان زودرس و پره اکلامپسی همراه است. از سویی بارداری در سن بالا خصوصاً در صورت وجود مشکلات زمینه‌ای در مادر با افزایش خطر دیابت، افزایش فشارخون، زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین همراه است. افزایش ناهنجاری‌های کروموزومی جنین در مادران سنین بالا به کارگیری آزمایش‌های غربالگری جنین را ضروری می‌نماید. البته طبق مطالعات اخیر، در صورت سلامت روانی و فیزیکی مادر، حاملگی در سن بالای ۳۵ سالگی بیشتر از آنچه قبلاً تصور می‌شد با پیامد مطلوب همراه است.

در رابطه با سن بالای پدر در هنگام لقاح، اگرچه گزارش‌هایی مبنی بر جهش‌های ژنی اتوزوم غالب و ناهنجاری جنین مطرح شده، ولی میزان آن پائین است

تغذیه

میزان نیاز به کالری در زنان سنین باروری به طور متوسط ۲۰۰۰ کیلو کالری در روز است. رژیم غذایی سالم شامل پروتئین، کربوهیدرات‌ها و حداقل پنج واحد میوه یا سبزیجات در روز است. مواد غذایی حاوی چربی زیاد و یا شیرینی زیاد باید در مواقع خاص و نادر مصرف شوند.

تغذیه خوب یک نیاز اساسی در راه دستیابی به یک بارداری و زایمان موفق است. ذخایر کافی ویتامین‌ها و مواد معدنی در بدن مادر برای تولد یک نوزاد سالم ضروری است. کم وزنی مادر قبل از حاملگی ممکن است باعث پیامدهای نامطلوب بارداری از جمله کم‌وزنی نوزاد و زایمان زودرس شود. از سویی چاقی مادر با افزایش پیامدهایی مانند افزایش فشارخون، پره اکلامپسی، دیابت حاملگی، زایمان مشکل، سزارین، عوارض جراحی و مشکلات ساختاری جنین همراه است. بنابراین باید به خانم‌ها توصیه شود قبل از حاملگی در تعدیل وزن خود بکوشند.

گروه‌های دیگری از زنان هم نیاز به توجه ویژه از نظر تغذیه دارند که شامل موارد زیر است:

فاصله کم بین حاملگی‌ها: مخصوصاً اگر کمتر از یک سال باشد، خطر زایمان زودرس و یا نوزاد کم وزن افزایش می‌یابد. دو تا سه سال فاصله به مادر اجازه می‌دهد تا ذخایر ویتامینی و معدنی خود را بازسازی کند.

گیاهخواران: عدم مصرف گوشت و مواد لبنی حتماً باید با مواد غذایی و مکمل‌های حاوی کلسیم، آهن و ویتامین B12 جبران شود.

حاملگی در نوجوانان: از آنجا که نوجوانان در سن رشد هستند، نیاز به مصرف رژیم‌های مکمل برای کمک به رشد جسمانی مادر و نیز جنین در حال رشد ضروری می‌باشد.

افراد کم در آمد: تحقیقات زیادی نشان داده که این مادران غذای کمتری می‌خورند تا برای بقیه اعضای خانواده غذای کافی باقی بماند. **بیماری‌های زمینه‌ای مادر:** مواردی مانند دیابت، صرع، حساسیت به مواد غذایی، سندرم‌های سوء جذب مثل کرون و کولیت اولسروز باید مدنظر باشند.

اختلالات عصبی: بی‌اشتهایی عصبی و یا پرخوری عصبی ممکن است منجر به آریتمی قلبی و مشکلات گوارشی در مادر و نیز کم‌وزنی و یا میکروسفالی نوزاد شود.

محل سکونت: زنانی که در مناطق کم آفتاب زندگی می‌کنند باید از مکمل‌های حاوی ویتامین D استفاده کنند.

توصیه‌ها برای زنانی که قصد بارداری دارند:

دریافت روزانه میزان ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تا هفته ۱۲

خوردن غذاهایی مثل: سبزیجات، دانه‌ها، غلات غنی شده با فولات، مصرف اسید فولیک از اختلالات عصبی جنین پیشگیری می‌کند.

ویتامین دی: چون در ساخت استخوان‌های جنین و سیردهی لازم است مصرف ۱۰ میکروگرم روزانه توصیه می‌شود.

روغن ماهی غنی از چربی‌های امگا ۳ و سایر محصولات است که تاثیر زیادی در رشد سیستم عصبی مرکزی و رشد شبکه جنین دارد. توصیه می‌شود زنان قبل از لقاح دو قطعه ماهی در هفته (۱۴۰ گرم پخته) میل کنند.

الکل: در سه ماهه اول می‌تواند با سندرم الکلی جنین همراه باشد و باید از آن اجتناب ورزید.

سبک زندگی

سبک زندگی تأثیر بسزایی بر سلامت افراد دارد. زوج‌هایی که برای بارداری تدارک می‌بینند ممکن است نیاز به مشاوره جهت تغییر سبک زندگی داشته باشند. هدف از مراقبت قبل از لقاح این است که زوجین حداقل ۳-۴ ماه قبل از اقدام به بارداری با تغییر سبک زندگی، خود را برای یک حاملگی و زایمان موفق آماده کنند. موارد زیر باید مورد توجه واقع شوند:

- **شاخص توده بدنی:** چاقی بیش از حد ممکن است موجب کاهش باروری در مردان و زنان شود و در صورت حاملگی با پیامدهای ناگواری همراه شود. بنابراین خصوصاً در زنان توصیه به کاهش وزن قبل از اقدام به بارداری ضروری خواهد بود.
- **تأثیرات محیط:** برخی مشاغل ممکن است میزان باروری را در زن و مرد کاهش دهند مانند تماس با حرارت بالا، اشعه X، حشره کش‌ها و برخی حلال‌های شیمیایی. همچنین تماس زیاد با جیوه یا سرب در بارداری می‌تواند باعث مشکلات تکاملی در سیستم عصبی مرکزی شود. در رابطه با میدان‌های الکترومغناطیسی و مایکروویو تا کنون خطری مشاهده نشده است.
- **مصرف سیگار و مواد مخدر:** زنانی که سیگار می‌کشند نسبت به افراد غیر سیگاری ۴۰ درصد شانس کمتری برای بچه دار شدن دارند. در مردان سیگاری هم به علت کاهش تحرک و آسیب دیدن مورفولوژی اسپرم‌ها احتمال ناباروری افزایش می‌یابد. مصرف سیگار و مواد مخدر در بارداری خطر کم‌وزنی نوزاد، زایمان زودرس، جفت سر راهی و دکولمان را افزایش می‌دهد. احتمال ناهنجاری جنین با مصرف سیگار در مردان و زنان نیز مطرح شده است. در طی حاملگی هم باید توصیه شود در اولین فرصت ممکن مصرف سیگار قطع شود.

- **مصرف الکل:** عوارض الکل ارتباط مستقیم با میزان مصرف آن دارد. کسانی که بیش از ۱۰ واحد الکل در روز می‌نوشند نسبت به میزان کمتر از ۵ واحد خطر سقط بیشتری دارند. مصرف زیاد الکل در بارداری منجر به سندرم الکلیسم جنینی می‌شود که با محدودیت رشد، اختلالات تکاملی عصبی و ناهنجاری‌های فیزیکی خصوصاً در صورت همراه است. بنابراین باید به قطع مصرف آن قبل از بارداری توصیه اکید شود.
- **خشونت‌های خانگی:** این خشونت‌ها سبب عوارض حاملگی شامل افزایش فشارخون، خونریزی واژینال، سقط، زایمان زودرس و نوزاد کم وزن می‌شود. مشاوره قبل از حاملگی جهت شناسایی و حتی مداخله جهت پیشگیری از این خشونت‌ها و عوارض حاصله در بارداری اهمیت ویژه‌ای دارد.

تکلیف:

تغذیه صحیح و مکمل‌های دارویی ویژه دوره قبل از بارداری را شرح دهید.

با مراجعه به پروتکل غربالگری‌های ویژه دوره قبل از بارداری (پاپ اسمیر، STD، دیابت، کم‌کاری تیروئید...) را نام برده و توضیح دهید.

درباره هر یک از موارد غیرطبیعی قبل از بارداری (کم‌خونی، هیپوتیروئیدی،مطالعه نموده و نحوه اداره هر یک را شرح دهید .

آزمایش‌ها، تست‌های پاراکلینیک و اقدامات لازم در هر یک از موارد پرخطر قبل از بارداری را توضیح دهد.

تشکیل پرونده و اخذ شرح و حال مادر باردار و معاینه فیزیکی مادر باردار

دانشجو باید بتواند از مادر باردار بدون عارضه شرح و حال تهیه نماید و آموزش‌ها و مراقبت‌های لازم را در هر سه ماهه به مددجو ارائه دهد هم چنین باید بتواند شرح و حال و ارزیابی کامل روانی اجتماعی و مراقبت جامع را به مادران پرخطر (بیماران قلبی، کلیوی، عفونی، تنفسی، دیابت، پره اکلامپسی و بیماری‌های تیروئیدی، آنمی و غیره) و دارای سوابق نامطلوب باروری شامل (سقط، مرده زایی، پره ترم لیبر، UGR، او غیره) ارائه دهد، علاوه بر موارد ذکر شده باید بتواند معاینه فیزیکی مادر باردار شامل کنترل علائم حیاتی، مانورهای لئوپولد و تخمین سن بارداری از طریق تعیین ارتفاع رحم، سمع صدای قلب جنین و غیره را انجام دهد و موارد پرخطر در معاینه را به درستی تشخیص داده و گزارش نماید.

تکلیف:

نحوه اخذ شرح حال و انجام معاینات فیزیکی را در مادر باردار شرح دهید.

درخواست و تفسیر آزمایشات سونوگرافی دوران بارداری

دانشجو باید با آزمایشات روتین قبل از بارداری و دوران بارداری به تفکیک سن بارداری که جزئیات آن در دستورالعمل کشوری ذکر شده است آشنایی داشته باشد و در مواقع لزوم درخواست نماید هم چنین باید بتواند آزمایشات درخواست شده را بر طبق پروتکل کشوری و رفرنس‌های بین‌المللی موجود تفسیر و موارد پرخطر را شناسایی و پیگیری نماید. ضمناً باید تعداد سونوگرافی‌های روتین بارداری را بداند و در مواقع مقتضی درخواست نماید و نتایج را تفسیر کرده و موارد پرخطر را به سطح بالاتر ارجاع دهد.

<https://shmu.ac.ir/file/download/download/۱۶۶۶۵۰۴۴۴۳-۱۴۰۱-۱.pdf> لینک فایل

تجویز داروها و مکمل های مورد نیاز در بارداری

دانشجو باید بتواند مکمل های مورد نیاز بارداری که جزییات آن در دستورالعمل کشوری قید شده است را تجویز نماید و در مورد ضرورت استفاده از هریک از مکمل های مورد نیاز قید شده در دستورالعمل کشوری با مادر باردار مشاوره کند و مصرف صحیح مکمل ها را به مادر باردار آموزش دهد.

لینک <http://healthab.kaums.ac.ir/UploadedFiles/files/tajviz.mokamel.pdf>

شکایات شایع دوران بارداری و مدیریت آن

حاملگی طبیعی با رضایت و خشنودی مادر همراه است اما گاهی ممکن است وی از ناراحتی هایی که برای وی در دوران بارداری ایجاد می شود شکایت داشته باشد. که شامل موارد زیر می باشد.

تهوع و استفراغ :

از شکایت شایع زنان در نیمه اول حاملگی است که به غلط بیماری صبحگاهی نام گرفته است. علائم آن بین اولین و دومین قاعدگی فراموش شده ایجاد و تا هفته های ۱۶-۱۴ ادامه می یابد. معمولاً هنگام صبح شدیدتر است و ممکن است در سرتاسر روز ادامه یابد. تهوع و استفراغ در نیمی از موارد تا هفته ۱۴ و در ۹۰٪ موارد تا هفته ۲۲ برطرف می شود. زنانی که برای بار اول حامله می شوند بیشتر دچار این عارضه می شوند.

توصیه های مفید به منظور بهبود تهوع و استفراغ :

درمان تهوع و استفراغ حاملگی به ندرت به حدی موفقیت آمیز است که مادر مبتلا به بهبودی کامل دست یابد. اما می توان توصیه هایی به مادر در جهت کاهش این مشکل کرد که شامل :

- خوردن غذاهای کم حجم در دفعات بیشتر
- اجتناب از بوئیدن و یا خوردن غذاهای محرک تهوع
- استفاده از غذای خشک حاوی کربوهیدرات قبل از بلند شدن از بستر مثل بیسکوئیت
- تغییر وضعیت آهسته از نشسته به ایستاده و خوابیده (تغییر وضعیت ناگهانی ایجاد تهوع می کند)
- خوردن یک ماده غذایی پر پروتئین مثل پنیر قبل از خواب
- اجتناب از مصرف غذاهای چرب و پرادویه و نفاخ
- زودتر از ۳۰ دقیقه بعد از مصرف غذا نوشیدنی مصرف نکنند.
- بلافاصله بعد از مصرف غذا مسواک نکند زیرا باعث تحریک تهوع می شود.
- دوری از اضطراب و آشفتگی زیرا باعث اختلال دستگاه گوارش و در نتیجه تهوع می شود.
- جلوگیری از گرسنگی و خالی بودن معده زیرا خود باعث تهوع می شود.
- تغذیه مکرر با فاصله های نزدیک تا از خالی بودن معده جلوگیری شود.
- بیسکوئیت و نان حتماً جزء رژیم غذایی باشد.
- جویدن یخ
- به جای کره در صبحانه مربا یا عسل بخورد زیرا مواد چرب تهوع را بیشتر می کند (خصوصاً صبحانه).
- کاهش مصرف شکلات، چای و قهوه به دلیل داشتن کافئین قبل از خواب
- به علت ایجاد حالت تهوع از خوردن بعضی سبزیجات مثل کلم و اسفناج پرهیز کند.
- در ساعات اولیه خارج شدن از بستر، از انجام حرکات شدید پرهیز کند.
- به محض احساس اولین نشانه های تهوع دراز بکشد زیرا باعث کاهش تهوع می شود.
- به طور منظم ۲۰ دقیقه بعد از مصرف غذا دراز بکشد تا از تهوع جلوگیری شود.
- در صورت ادامه حالت تهوع می توان کیف یخ یا حوله سرد روی ناحیه معده قرار داد.

- توصیه به مصرف زنجبیل، زیرا باعث بهبود شدت تهوع و دفعات استفراغ می شود.
- کاهش مصرف غذاهای شیرین
- گذاشتن حوله سرد بر روی گردن
- مصرف رژیم غذایی از کربوهیدرات مثل گندم کامل، موز، ماکارونی، سبزیهای سبز رنگ باعث کاهش تهوع می شود.
- اگر هیچکدام از این توصیه ها مفید واقع نشد و مادر همچنان تهوع و استفراغ شدید داشت می توان از درمان دارویی استفاده کرد. مصرف آنها در سه ماهه اول بی خطر است.
- تهوع و استفراغ مزمن و شدید در سه ماهه اول ممکن است نیاز به مراجعه پزشک و بستری داشته باشد.

سوزش سردل :

- از شکایت بسیار شایع زنان حامله است که معمولاً در پایان سه ماهه دوم شروع و در سه ماهه سوم افزایش می یابد. علت آن برگشت اسید به داخل قسمت تحتانی مری است. برگشت مواد اسیدی باعث سوختن گلو و مزه بد در دهان و سوزش سر دل می شود.
- ناراحتی فوق گاهی به صورت درد در ناحیه قلبی نیز حس می شود بدون اینکه بیماری قلبی وجود داشته باشد.
- توصیه های مفید به منظور کاهش سوز سردل :
- توصیه به کم تر خوردن اما با دفعات بیشتر و دوری از پرکردن زیاد معده
- دوری از آشامیدنی ها همراه با غذا، باید آشامیدنی ها بین وعده های غذایی مصرف شود.
- اجتناب از خوردن غذاهای سرد
- اجتناب از مصرف غذاهای تند و پر ادویه
- پرهیز از خم شدن یا صاف خوابیدن بعد از مصرف غذا
- پوشیدن لباس های آزاد و غیر تنگ
- عدم انجام فعالیت های شدید (ورزش) حداقل ۲ ساعت بعد از غذا
- بالاتر قرار دادن سر هنگام خواب
- برقراری یک وضعیت خوب که فضای بیشتری برای معده ایجاد کند.
- دوری از چاقی زیرا خود یک عامل ایجاد کننده است.
- اجتناب از غذاهای سنگین قبل از خواب
- پرهیز از غذاهای سرخ کرده و بسیار چرب و تند
- خوردن یک قاشق مرباخوری خامه و یا نوشیدن یک لیوان شیر ۲۰ دقیقه قبل از غذا (زیرا چربی موجود در شیر باعث کاهش ترشح اسید معده و کاهش فعالیت روده ها می شود).
- گاهی جویدن آدامس هم سوزش ناشی از ترش کردن را برطرف می کند.
- استفاده از فرآورده های آنتی اسید (می تواند بسیار مؤثر باشد).
- بهترین درمان یک قاشق چایخوری شیرمنیزیم مفید است.
- آهسته خوردن غذا و نشستن بعد از غذا تا ۱ ساعت (اجتناب از دراز کشیدن بلافاصله بعد غذا)
- مصرف شیر و ماست در تسکین علائم مفید است.

یبوست :

- یبوست مشکلی است که در سه ماهه دوم و سوم بارداری برای مادر بوجود می آید.
- توصیه های مفید به منظور بهبود یبوست :
- انجام فعالیت روزانه کافی جهت جلوگیری از یبوست (مثل پیاده روی)
- مصرف ۲ لیوان آب سرد قبل از صبحانه (آب سرد باعث تحریک لوله گوارش می شود).
- استفاده از مربا در صبحانه، خصوصاً مربای پوست پرتقال (بطور مکانیکی روده را تحریک می کند).
- استفاده از آب آلو یا آلو خشک یا سایر میوه ها خصوصاً انجیر، گلابی، کشمش، خرما و برگه ها
- مصرف مقادیر مناسب چربی با غذا
- مصرف غذاهایی حاوی فروکتوز مثل عسل و آب سیب

- تغییر مکمل آهن

- مصرف حداقل ۸-۶ لیوان مایعات در طول روز (نیم ساعت قبل از غذا و ۲/۵ ساعت بعد از غذا)

- داشتن دوره های استراحت در طول روز و فعالیت و ورزش مناسب

- افزایش مصرف مایعات گرم مثل چای در طول روز

- مصرف غذاهایی که حاوی مواد سلولزی می باشد مثل خورش کرفس، کاهو

- انجام دادن حرکات شکمی و انقباض عضلات دیواره شکم در طول روز

- داشتن یک برنامه منظم جهت اجابت مزاج در طی روز

- عدم مصرف روغن کرچک و مسهل های قوی و داروهای ملین

- در صورت ادامه داشتن یبوست با اجازه پزشک می توان یک قاشق غذاخوری شیر منیزیم یا روغن زیتون قبل از خواب مصرف نمود.

- مصرف غذاهایی حاوی اسیدهای آلی مثل مرکبات

هموروئید (بواسیر) :

چون در دوران بارداری یبوست شایع است بواسیر هم زیادتر دیده می شود. بواسیر در زنان چندزا شایعتر است. هموروئید ممکن است برای

اولین بار طی حاملگی دیده شود و یا هموروئید قبلی بدتر شود یا عود کند.

توصیه های مفید به منظور بهبود هموروئید :

- اولین قدم در درمان بواسیر جلوگیری از یبوست با رژیم غذایی صحیح است.

- جلوگیری از احتباس طولانی مدفوع

- استفاده از کیف سرد جهت تقلیل دادن درد

- مرتباً تمریناتی که عضلات باسن را تقویت می کند (در روز چند بار عضله کف لگن و مقعد را سفت و شل نماید) انجام دهد.

- در صورت ابتلا به بواسیر دردناک ، به پشت بخوابید و باسن خود را به کمک یک بالش بالا نگهدارید و اطراف مقعد را با یک گاز یا پنبه

کمپرس آب سرد یا گرم کرده و این عمل را چند بار تکرار کنید.

- جهت جلوگیری از بواسیر در یبوست های مقاوم یک قاشق غذاخوری ماده ملین بعد از هر وعده غذا توصیه می شود.

- در مواردی که دفع مدفوع به سختی انجام می شود میتوان مقداری وازلین روی مقعد مالید.

- جهت کاهش حجم خون هموروئید به یک پهلو بخوابید و پاها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید.

- سعی کنید به مدت طولانی سرپا نایستید.

- می توان از یک نرم کننده در ناحیه هموروئید استفاده کرد.

افزایش بزاق (پتالیسم) :

افزایش بزاق یک مسئله در دسر ساز بوده و اغلب باعث ایجاد حالت تهوع بارداری می شود. علت آن مشخص نیست و خود به خود بدون درمان

بعد از مدتی بهبود می یابد.

جویدن آدامس و ازدیاد دفعات خوردن غذا گاهی باعث کاهش بزاق می شود.

گاهی علت پتالیسم می تواند تحریک غدد بزاقی توسط نشاسته باشد که در این حالت با برطرف کردن علت اولیه می توان مشکل را برطرف

کرد.

توصیه های مفید به منظور بهبود افزایش بزاق:

- دفعات مصرف غذا بیشتر و با حجم کمتر می تواند مفید باشد.

- چند بار در روز مسواک بزنید و از دهان شویه استفاده کنید.

- آب بیشتری بنوشید.

- آبنبات سفت بمکید و یا آدامس بدون قند بجوید.

ویار (پیکا) :

تمایل زن باردار به غذاهای غیر عادی و گاهی مواد غیر غذایی مثل خاک و نشاسته و غیره می باشد که از دیدگاه برخی به علت انمی فقر آهن

ایجاد می شود ، اما تمام زنان با ویار لزوما فقر آهن ندارند و گاهی جایگزینی این مواد غذاها به جای تغذیه اصلی باعث فقر آهن می شود ، گاهی

علت ویار می تواند اختلالات هیجانی و روحی همراه با بارداری باشد . ویار در عده ی معدودی از زنان باردار دیده می شود ویار به ترشی جات

بیش از سایر مواد است. و یار در خانمهایی که قبل از بارداری رژیم غذایی صحیح و تغذیه ی کافی داشته و در طول بارداری هم انرا ادامه داده اند کمتر دیده می شود. و یار بارداری معمولا بعد زایمان برطرف می شود. و یار به مواد غذایی تا انجایی که لطمه ای به رژیم غذایی وارد نکند اشکال ندارد. و یار غالبا با تهوع شدید و ایجاد اسید در دهان همراه است و باعث تشدید پوسیدگی های دندان می شود.

کمر درد:

اکثر زنان چندزا و برخی از خانم هایی که برای اولین بار حامله شده اند، از کمر درد شکایت دارند و کمر درد با پیشرفت حاملگی افزایش پیدا می کند. کمر درد در صورت شل بودن عضلات شکم کمر درد تشدید می شود (عدم حمایت مناسب رحم بزرگ) و بدین علت در زنان چندزا کمر درد بیشتر رخ می دهد. کمر درد ممکن است در نتیجه ی خم شدن بیش از حد، قدم زدن بدون وقفه، بلند کردن اجسام سنگین باشد.

توصیه های مفید جهت بهبود کمر درد:

- اجتناب از بلند کردن اجسام سنگین
- استفاده از عضلات رانها هنگام بلند کردن اجسام از زمین
- وضعیت صحیح بدن
- تکیه کردن به نیمکت و صندلی در هنگام انجام کار روزانه
- استفاده نکردن از کفش های پاشنه بلند انجام پیاده روی در طول روز
- در طول روز چندین بار به پهلو بخوابد تا فشار از روی کمر برداشته شود
- گذاشتن یک بالش زیر شکم و یک بالش مابین زانوها هنگام خوابیدن
- کفش های با پاشنه های کوتاه و کلفت و پهن استفاده شود
- گاهی در طول روز پاها بالاتر از سطح زمین قرار گیرند
- استفاده از کمپرس اب گرم یا کیسه اب گرم در محل درد
- خوابیدن روی تخت چوبی کمک کننده است
- جلوگیری از افزایش وزن بیش از حد
- انجام ورزش هایی که باعث تقویت عضلات پشت می شود (بهترین روش جلوگیری از کمر درد)

خستگی:

در ابتدای بارداری (سه ماهه ی اول) بسیاری از زنان از خستگی شدید و نیاز به دوره های طولانی خواب شاکی اند که تا ماه چهارم حاملگی خود به خود از بین می رود.

توصیه ها:

- به اندازه کافی استراحت نماید
- بهترین روش جلوگیری از خستگی دوران بارداری خواب منظم شبانه و بعد از نهار است.
- اطمینان دادن به مادر که این حالت طبیعی است.
- انجام ورزش های ملایم و تغذیه ی خوب (جهت تامین انرژی برای مادر)
- در صورت احساس خستگی مقداری اب میوه یا یک برش میوه میل شود
- زمانی که احساس خستگی می کنیم در هر مکانی که هستیم حتی اگر شده ۵ دقیقه بخوابید (بسیار موثر است) مثلا داخل اتومبیل - روی صندلی و پشت میز کار.

بی خوابی:

در ماههای اخر بارداری برعکس ابتدای بارداری فرد دچار بی خوابی میشود. بی خوابی ما در این دوران می تواند به هر علتی مثل نگرانی و هیجان و انتظار روز بعد و رحم بزرگ و ناراحتی های آن و حرکت جنین در رحم خصوصا اگر فعال باشد و گرفتگی عضلات پا و شکم و تنگی نفس و کم خونی و بی اشتها باشد.

توصیه ها:

- خوابیدن به پهلو چپ در حالی که بالشهایی در پشت و زیر پاها قرار دارند.
- گرفتن دوش اب گرم و خوردن یک لیوان شیر گرم قبل از رفتن به رختخواب
- انجام حرکات نرمشی قبل از خواب (تکنیک های relaxation)

- قدم زدن در فضای آزاد
- خوردن مایعات گرم فاقد کافیین (کافین دار مثل چای و قهوه)
- انجام فعالیت روزانه
- گرم کردن پاها با کیسه آب گرم می تواند تسهیل کننده باشد.
- مطالعه قبل از خواب
- آماده کردن محیطی آرام و خلوت جهت خواب
- کوشش برای تسکین درد کمر و پشت در صورت وجود
- گذاردن چند بالش زیر سر

لکوره :

لکوره به معنی افزایش میزان ترشحات واژن که در بیشتر موارد به علت عفونت و بیماری نیست. باید به مادر آموزش داد که اگر ترشحات دارای بوی نامطبوع و سوزش و خارش و قرمزی و تورم و چرک الود و کف مانند و زرد رنگ و سفید پنیری بود حتما به پزشک مراجعه کند .

اقدامات درمانی :

- در صورت افزایش ترشحات می توان از دوش واژینال با محلول رقیق سرکه استفاده کرد
- به مادر توصیه می شود هر روز لباس زیر خود را عوض کرده و در افتاب خشک کند
- استفاده از لباس زیر نخی
- به خانم توصیه می شود زود به زود دوش بگیرد

تکرر ادرار :

تکرر ادرار یک مشکل شایع در طی حاملگی است که اغلب در سه ماهه اول و سوم اتفاق می افتد.

اقدامات درمانی :

- انجام ورزش های تقویت عضلات کف پریینه (۱۰ بار در روز)
- محدود کردن مصرف مایعات در طول شب (مصرف مایعات در روز باید کافی باشد)
- هر ۲ تا ۳ ساعت در طول روز دستشویی بروند
- اگر هنگام ادرار کردن و درد یا سوزش و یا ادرار خونی وجود داشت حتما به پزشک مراجعه شود

تنگی نفس :

تنگی نفس در سه ماهه سوم ایجاد می گردد.

توصیه ها :

- استفاده از وضعیت صحیح هنگام ایستادن
- تکیه کردن به بالش هنگام نشستن
- دستها را بالای سر قرار داده و عضلات شکم را کشیده و نفس عمیق بکشد
- اگر در حالت استراحت دچار تنگی نفس می شود حتما به پزشک مراجعه شود (ممکن است به علت بیماری قلبی _ ریوی باشد)

واریس :

ورید های بزرگ واریسی در اثر ایستادن طولانی مدت و حاملگی و سن بالا تشدید می شود و با پیشرفت حاملگی و افزایش وزن و طولانی شدن مدت سر پا ایستادن واریس ها برجسته تر می شوند .

اقدامات درمانی :

- اجتناب از پوشیدن لباس های تنگ
- اجتناب از ایستادن طولانی مدت و یا آویزان نگه داشتن طولانی پاها
- داشتن دوره های استراحت همراه با بلند کردن پاها در فواصل معین در روز
- زمان زیادی در طول روز با زاویه ی ۱۸۰ درجه (صاف) دراز بکشد.
- انجام پیاده روی و تمرین های متوسط در طول روز جهت افزایش گردش خون

- پوشیدن کمربند یا شکم بند که رحم را نگه دارد و باعث کاهش فشار روی ورید لگنی شود
- انجام دادن ورزش‌های تقویت کف پرینه در صورت وجود واریس در ناحیه فرج
- گرم کردن محل واریس جهت کاهش درد
- استفاده از جوراب‌های الاستیک (جوراب واریس)
- بالاتر قرار دادن پاها از سطح بدن چندین بار در طی روز
- جهت کاهش اتساع وریدها در شب به پهلو خوابیده و با چند بالش باسن را بالاتر قرار دهید.
- در حالت نشسته پاها را روی یکدیگر نیندازید.
- جوراب‌الاستیک را صبح قبل از خارج شدن از رختخواب بپوشید.
- عدم استفاده از دامن‌های تنگ و جوراب‌های پلاستیکی که تا کمر بالا می‌آیند.
- جراحی واریس (در صورت نیاز) باید به از بعد زایمان موکول شود (زیرا بعد از زایمان، واریس یا بهتر می‌شود و یا به کلی از بین می‌رود).

نفخ شکم :

نفخ شکم در دوران بارداری شایع است. و گاهی با سوزش سردل و ترش کردن همراه است. بهترین راه برای جلوگیری از ایجاد نفخ، اجابت مزاج منظم است.

توصیه‌های درمانی :

- داشتن یک رژیم غذایی مناسب
- اجتناب از خوردن مواد غذایی پر حجم و نفاخ مثل لوبیا و نخود و هویج، پیاز، کلم، خیار، بادمجان، گوجه فرنگی، غلات
- اجتناب از مصرف غذاهای سرخ کرده
- جویدن کامل و بدون عجله مواد غذایی سفت
- در صورت استفاده از حبوبات چندین ساعت خیسانده شوند و آب آنها دور ریخته شود.

سردرد :

شکایت از سردرد در اوایل حاملگی شایع است. در اواسط حاملگی اکثر سردردها خفیفتر می‌شوند و یا از بین می‌روند.

اقدامات درمانی :

- داشتن یک برنامه منظم استراحت در طول روز
- داشتن یک تغذیه مناسب (زیرا گاهی علت سردرد گرسنگی است).
- دریافت کافی مایعات در جهت جلوگیری از سردرد کمک کننده است.
- سردرد را علامتی برای رسیدن زمان استراحت بدانید.
- در صورت بروز سردرد دراز کشیده و دستمال خیس و سردردی روی پیشانی قرار دهید.
- در صورت لزوم می‌توان از استامینوفن با دوز پایین استفاده کرد.

سرگیجه :

سرگیجه هم مانند سردرد گاهی به دلیل کمبود استراحت در روز است. می‌تواند به دلیل گرسنگی هم باشد. علل دیگر سرگیجه می‌تواند : کاهش فشار خون، کاهش قند خون، کاهش آهن خون یا کم خونی، حرکت سریع از وضعیت نشسته به ایستاده، باشد.

اقدامات درمانی :

- اجتناب از تغییر وضعیت‌های ناگهانی (مثلاً از حالت نشسته ناگهان ایستاده)
- اجتناب از دوره‌های طولانی ایستادن
- خوابیدن به پهلو بهتر از خوابیدن به پشت است.
- هنگام سرگیجه، سریع بنشینند و صورت را ما بین زانوها قرار دهد.

گرفتگی عضلات پا (کرامپ پا) :

کرامپ پا در نیمه دوم بارداری شایع است. به احتمال زیاد به علت اضافه وزن حاملگی است. معمولاً در سه ماهه دوم شروع می‌شود و با ادامه حاملگی بدتر می‌شود. بیشتر در شب اتفاق می‌افتد، ممکن است در روز هم اتفاق بیافتد.

اقدامات درمانی :

- عدم ایستادن طولانی یا نشستن طولانی در حالی که پاها را روی هم انداخته اید.
- در طول روز و چند بار قبل از خواب عضلات پشت ساق پا را بکشید.
- به پهلوی چپ دراز بکشید تا جریان خون پاها بهتر شود.
- مصرف مایعات به میزان کافی
- اگر عضله پا گرفت بلافاصله عضلات پشت ساق را بکشید.
- مصرف مکمل‌های غذایی حاوی منیزیم و مولتی ویتامین در دوران حاملگی می تواند کمک کننده باشد.
- تشویق به انجام ورزش و وضعیت خوب مکانیکی جهت بهبودی گردش خون پاها
- استفاده از آب گرم قبل از خواب جهت شل شدن عضلات
- در صورت ایجاد کرامپ می توان با تغییر وضعیت، جابجا کردن پا، خم کردن و مالش پا یک ماده چرب مثل روغن زیتون و یا گذاشتن کیسه آب گرم انقباض عضلات را برطرف کرد.
- چون انقباض بیشتر وقتی که پا دراز کشیده است اتفاق می افتد زانوها را با زاویه ۱۵۰ درجه قرار دهید.
- کشش آرام ساق پا هنگام ایستادن و فشار دادن ملایم کف پا به زمین و مستقیم کردن زانو
- استفاده از حوله گرم برای تسکین درد و ناراحتی
- در حال نشسته، هنگام شام، تماشای تلویزیون، مچ پا را بچرخانید و انگشتان پاهایتان را تکان دهید.
- هر روز مقداری پیاده روی کنید مگر اینکه پزشک منع کرده باشد.

ورم (ادم) :

ادم پاها یکی از عوارض شایع بارداری است به خصوص در روزهای گرم تابستان.

اقدامات درمانی :

- اجتناب از ایستادن های مداوم روی پاها
 - پاها را ۲۰ دقیقه در آب گرم ماساژ دهید.
 - استراحت و بالا نگه داشتن پاها نسبت به سطح بدن در طول روز
 - استفاده از رژیم غذایی کم نمک
 - پوشیدن جوراب الاستیک و کفش راحت که پاها تحت فشار نباشد.
 - خوابیدن به پهلوی چپ تا فشار رحم از روی ورید اجوف تحتانی برداشته شود و بازگشت وریدی برقرار شود.
 - اجتناب از پوشیدن لباس های تنگ و چسبان
 - حمایت و نگه داری مختصر شکم و کمر که ممکن است فشار از روی ورید لگنی برداشته شود.
 - در صورتی که ادم شدت گرفت و یا به دستان و تنه رسید حتماً به پزشک مراجعه شود.
- تکلیف** شکایات شایع بارداری و توصیه های لازم برای مدیریت این شکایات را به طور خلاصه بیان نمایید.

انجام و تفسیر NST

تست بدون استرس (NST) شایعترین تست بررسی سلامت جنین قبل از زایمان می باشد که در موارد احتمال دیسترس جنین انجام می شود این تست یک تست غیر تهاجمی در دوران بارداری است و معمولاً در بارداری های پرخطر مانند دیابت و فشار خون بالا و چندقلویی ، بارداری پس از موعده، سابقه مرده زایی، اختلالات مایع آمنیوتیک و غیره و مواردی که کاهش حرکت جنین توسط مادر گزارش می گردد و یا ضربان قلب جنین در سمع غیر طبیعی باشد استفاده میشود که نتایج آن به صورت واکنشی و غیر واکنشی است به طور کلی میتوان گفت که با حرکت جنین افزایش ضربان قلب جنین افزایش می یابد که پایه و اساس تست بدون استرس را تشکیل می دهد تست واکنشی تستی است که در مدت بیست دقیقه حداقل دو بار ضربان قلب جنین در پاسخ به حرکت جنین (حداقل پانزده ضربه نسبت به خط پایه نرمال) افزایش یابد و حداقل پانزده ثانیه طول بکشد و در این مدت افت ضربان قلب جنین مشاهده نگردد. در غیر این صورت تست غیر واکنشی است و مجدداً باید تکرار شود. اگر کماکان غیر واکنشی باشد باید سونوگرافی بیوفیزیکی انجام گردد. که تصمیم نهایی با توجه به نتیجه سونوگرافی می باشد.

توانایی اداره کلاس های آمادگی برای زایمان طبیعی

می دانیم بیشترین دردی که یک خانم باردار حین زایمان احساس می کند، درد ناآگاهی از زایمان و روند انجام آن می باشد، زیرا ناآگاهی از هر مسئله ای باعث افزایش نگرانی و اضطراب می شود. لذا با شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان می توان به عدم آگاهی از این موضوع غلبه کرد و زایمان را با کمترین استرس و نگرانی انجام داد. برای رسیدن به این موضوع مهم و با اهمیت می توان خانم باردار را به این کلاس ها (کلاس های آمادگی برای زایمان) راهنمون کرد.

مطالبی که در این کلاس ها می آموزند، نه تنها تحمل مادران را نسبت به درد زایمان افزایش می دهد، بلکه از بروز عوارض ناشی از زایمان نیز جلوگیری می کند.

به عبارت دیگر، با اعتماد بر بدن خود زایمان شان را هدایت می کنند و بر درد و ترس و نگرانی خود غلبه نموده و عوارض ناشی از زایمان را به حداقل رسانده می شود.

کلاس های آمادگی برای زایمان آسان در ۸ جلسه از هفته بیستم بارداری شروع می شود. مدت زمان هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه است. در هر جلسه ابتدا مطالب شفاهی و سپس مهارت ها به صورت عملی آموزش داده می شود.

لازم به ذکر است این کلاس ها مکمل مراقبت هایی است که به طور معمول در بارداری باید انجام شود.

مادر باردار می تواند یک نفر از بستگان، خانواده یا دوستان خود را انتخاب کند و به کلاس بیاورد. این فرد همزمان با مادر باردار مطالب و مهارت ها را می آموزد و می تواند به فرد در انجام تمرین ها کمک کند.

مطالب شفاهی

این مطالب با توجه به جلسات متنوع خواهد بود که به طور اختصار شامل موارد زیر است:

جلسه اول: در این جلسه که در هفته ۲۰ تا ۲۳ بارداری تشکیل می شود مادر باردار با اهداف و اصول کلاس ها و نحوه برگزاری کلاس ها آشنا میشود. همچنین با دستگاه تناسلی یا دستگاه تولید مثل زنانه و نام و عملکرد برخی اعضاء که در روند بارداری و زایمان دخیل هستند، بهداشت فردی، سازگار شدن با تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری آشنا می شود. با شکایات شایع و نحوه بر خورد با آن آشنا شده و تمرینات اسکلتی و کششی، تنفس و تن آرامی آشنا می شود و پس از پایان جلسه می تواند تمرینها را انجام دهد.

جلسه دوم: در این جلسه که در هفته ۲۴ تا ۲۷ بارداری تشکیل می شود، مطالبی در مورد تغذیه دوران بارداری، توزیع هرم غذایی، اصلاح وضعیت دربارداری، تمرینات اسکلتی کششی، تنفس و تن آرامی آشنا می شوید و پس از پایان جلسه می تواند تمرینها را انجام دهد.

جلسه سوم: این جلسه در هفته ۲۸ تا ۲۹ بارداری تشکیل می شود. مادر باردار و همسروی در این جلسه با بهداشت روانی، نقش همسر، تغییرات خلق و خو در بارداری و رشد و تکامل جنین، نحوه ارتباط با جنین و اصلاح وضعیت دربارداری، تمرینات اسکلتی کششی، تنفس و تن آرامی آشنا می شود و پس از پایان جلسه می تواند تمرینها را انجام دهد.

جلسه چهارم: این جلسه در هفته ۳۰ تا ۳۱ بارداری تشکیل می شود. علایم هشدار/تشخیص درد های طبیعی و غیر طبیعی دوران بارداری خونریزی* لکه بینی* سردرد* حرکات جنین* ابریزش* پارگی کیسه اب* ورم دست و پا* اصلاح وضعیت در بارداری* تمرینات اسکلتی و عضلانی* در این جلسه شما با تغذیه و حفظ یک رژیم غذایی مناسب، نحوه مصرف مکملها، زایمان و روشهای کاهش درد، تمرینهای کششی، تنفس و تن آرامی آشنا می شود و پس از پایان جلسه می تواند تمرینها را انجام دهد.

جلسه پنجم: این جلسه در هفته ۳۲-۳۳ بارداری تشکیل می شود برنامه ریزی برای زایمان/انتخاب نوع زایمان/انواع روش های کم دردی و بی دردی در فرایند زایمان/انتخاب محل زایمان و وسایل لازم برای زایمان/بازدید از اتاق زایمان یک بیمارستان در صورت امکان/اصلاح وضعیت در بارداری/تمرینات اسکلتی وعضلانی/تمرینات تنفسی و تن آرامی

جلسه ششم: این جلسه در هفته ۳۴-۳۵ بارداری تشکیل می شود. آشنایی با فرایند و علائم درد زایمان/آشنایی بامرحل اول و دوم و سوم زایمان و چگونگی خود مراقبتی در هریک از مراحل زایمان/نقش هورمونهای بارداری در مراحل زایمان/سازگار شدن با درد زایمان/نمایش فیلم یا انیمیشن زایمان/اصلاح وضعیت در بارداری/تمرینات اسکلتی وعضلانی/تمرینات تنفسی و تن آرامی

جلسه هفتم: این جلسه در هفته ۳۶ بارداری تشکیل می شود. بهداشت و مراقبت پس از زایمان/اعلایم هشدارپس از زایمان/آندوه و افسردگی پس از زایمان/آموزش شیردهی/ورزش های پس از زایمان/اصلاح وضعیت در بارداری/تمریناتاسکاتی و عضلانی/تمرینات تنفسی و تن آرامی

جلسه هشتم: این جلسه در هفته ۳۷ بارداری تشکیل می شود.بهداشت نوزاد با تاکید بر خصوصیات عمومی نوزاد هنگام تولد و دوره نوزادی/مراقبت از نوزاد< نحوه ی حمام دادن وتعویض پوشاک و...>/آموزش شیر دهی/اعلایم خطر برای نوزاد/نمایش فیلم شیردهی و مراقبت از نوزاد/اصلاح وضعیت در بارداری/تمرینات اسکلتی و عضلانی/تمرینات تنفسی و تن آرامی

تمرینات عملی

این تمرینات که در نیم ساعت آخر هر جلسه انجام می شود شامل تمرین های کششی، تن آرامی، ماساژ و الگوهای تنفسی است و به مادر باردار کمک می کند با هماهنگ نمودن بدن خود با تغییرات دوران بارداری مشکلات احتمالی ناشی از این تغییرات را به حداقل رساند.

ویژگی کلاسهای آمادگی برای بارداری و زایمان :

شرکت در این کلاسها کامل کننده ی مراقبت های معمول دوران بارداری است. شرکت در این کلاسها سبب افزایش اعتماد به نفس در مادر و آگاهی از توانایی های بدن خویش می شود. شرکت در این کلاسها سبب کاهش ترس واضطراب و کسب آرامش هرچه بیشتر مادر و ارتباط عاطفی و روحی موثر با جنین و متعاقبا تضمین سلامت روانی نوزاد در آینده خواهد شد. شرکت در این کلاسها به پذیرش آسانتر نقش مادری و توانمندی هر چه بیشتر والدین در امر مراقبت از نوزاد کمک میکند. شرکت در این کلاسها سبب کاهش اختلالات شایع و نگران کننده در طی بارداری و بعد از آن بدلیل تعلیم تکنیک های اصلاح وضعیت و ورزشها خواهد شد. تکلیف هر دانشجو یک جلسه از کلاس آمادگی برای زایمان که در درمانگاه فاطمیه برگزار می شود را اداره نماید لطفا نام و نام خانوادگی و تاریخ جلسه ای که هر دانشجو تمایل به اداره ان را دارد را به اینجانب اراییه نمایید تا با مسئول درمانگاه و کلاس آمادگی برای زایمان هماهنگی به عمل آید باتشکر.

مراقبت های دوران بعد از زایمان

در غالب کشورهای پیشرفته، میزانهای مرگ ومیر کودکان به دلیل مراقبت های ویژه به نحو بارزی کاهش شدید داشته است. ولی متأسفانه در اکثر ممالک در حال توسعه، اغلب زایمان ها به شیوههای سنتی و بدون توجه و رعایت اصول بهداشتی انجام می پذیرد. در ایران در بسیاری از موارد زایمان ها در بیمارستان و توسط ماماها ی دوره دیده در شرایط مطلوب و بهداشتی انجام می گیرد. با این حال بهبود مراقبت های حین زایمان و پس از آن به منظور پیشگیری از خونریزی های ناشی از زایمان و عفونت های پس از آن، یکی از مسائلی است که می بایست ارائه دهندگان خدمات بهداشت مادر و کودک به آن توجه کنند. چرا که بسیاری از سهل انگاری ها در حین زایمان و پس از آن باعث بروز عوارض

بسیار وخیمی می شود. گرچه ممکن است بعضی از این عوارض مختصر باشند و در خیلی از موارد به کلی بهبود یابند، ولی برخی اوقات نیازمند جراحی های سخت و زحمات بسیاری هستند و متأسفانه گاهی نیز به مرگ منجر می گردند.

وجود اصول صحیح مراقبت پس از زایمان چه در بیمارستان و چه در منزل و توجه به بهداشت شخصی، استراحت، خواب، اجابت مزاج، وضع ادار، وضع ترشح دستگاہ تناسلی در مادر، مواظبت از پستان ها و معاینات مرتب پس از زایمان تأثیرات کاملاً مثبتی بر سلامت مادر و کودک دارد.

تکلیف:

درباره هر یک از موارد غیرطبیعی بعد از زایمان (خونریزی، عفونت، مشکلات اداری، اجابت مزاج، ترومبوفلیت ...) مطالعه نموده و نحوه اداره هر یک را شرح دهید .

لینک فایل <https://fnm.tums.ac.ir/userfiles/MscStudentsReports/>



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم ارزشیابی امتحان جامع پایان دوره تحصیلی دانشجویان مامائی حوزه پره ناتال

نام و نام خانوادگی دانشجو: تاریخ: مکان:

ردیف	موارد ارزشیابی		ارزش نمره	بسیار ضعیف					جمع کل
	بسیار خوب	خوب		متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف	بسیار خوب ۱۰۰% نمره	خوب ۷۵% نمره	
1	شرح حال: ۵ نمره								
	1	برقراری شرایط مناسب جهت پذیرش مادر باردار	۱						
	2	گرفتن شرح حال و معاینه‌ی مادر باردار	۱						
	3	معرفی خود و برقراری ارتباط مناسب با مادر باردار	۱						
	4	تشکیل پرونده و ثبت شرح حال مادر باردار	۱						
	5	تشخیص و گزارش موارد غیر طبیعی از طبیعی در شرح حال مادر	۱						
2	آزمایش، سونوگرافی و واکسیناسیون: ۸ نمره								
	۱	درخواست آزمایش‌های مورد نیاز متناسب با هفته‌ی بارداری و در موارد خاص	1						
	۲	تفسیر آزمایش‌های دوران بارداری	1						
	۳	درخواست سونوگرافی لازم متناسب با هفته‌ی بارداری و در موارد خاص	1						
	۴	تفسیر سونوگرافی‌های دوران بارداری	1						
	۵	تفسیر غربالگری‌های سه ماهه اول و دوم بارداری	1						
	۶	بررسی وضعیت واکسیناسیون مادر باردار (دوگانه و آنفولانزا) و توصیه‌های لازم	1						
	۷	توصیه به تزریق آمپول روگام در مادران اره‌اش منفی بر حسب مورد	1						
	۸	تشخیص موارد غیر طبیعی و گزارش آن	1						
انجام معاینات فیزیکی: ۹ نمره									

						1	اندازه‌گیری قده، وزن و شاخص توده بدنی مادر	۱	3
						1	چک علائم حیاتی مادر	۲	
						1	بررسی کلی مادر از نظر ادم، رنگ‌پریدگی، بثورات پوستی، تیروئید، واریس و حال عمومی	۳	
						1	انجام معاینه پستان و تشخیص موارد غیر طبیعی بویژه برای شیردهی صحیح	۴	
						1	انجام معاینه شکمی و مانورهای لئوپولد متناسب با هفته بارداری	۵	
						1	تعیین ارتفاع رحم و تخمین میزان رشد و وزن جنین	۶	
						1	سمع، شمارش و تفسیر ضربان قلب جنین	۷	
						1	انجام معاینه لگنی در موارد لزوم و زمان مناسب و تخمین ابعاد آن برای زایمان طبیعی	۸	
						1	گزارش موارد غیرطبیعی پس از معاینه	۹	
مراقبت‌های معمول: ۹ نمره									4
						1	محاسبه سن بارداری بر اساس آخرین قاعدگی، سونوگرافی و ارتفاع رحم	۱	
						1	بررسی نمودار وزن گیری مادر باردار	۲	
						1	تفسیر علائم حیاتی مادر باردار	۳	
						1	توجه به شکایات شایع مادر باردار و علائم خطر	۴	
						1	بررسی سلامت روانی مادر باردار	۵	
						1	غربالگری مشکلات روانشناختی خانواده، اعم از خشونت خانگی، رفتارهای پرخطر و ارجاع در موارد لزوم	۶	
						1	بررسی وضعیت تغذیه ای مادر باردار بر اساس هرم غذایی	۷	
						1	تجویز داروهای مکمل موردنیاز بارداری	۸	
						1	یادآوری و یادداشت تاریخ ویزیت بعدی مادر باردار	۹	
مراقبت ویژه: ۵ نمره									5
						1	تشخیص و اقدام لازم در مادر مبتلا به مشکلات طبی (آمی، تالاسمی، مشکلات ادراری، دیابت قلبی...)	۱	
						1	تشخیص و اقدام لازم در مادر مبتلا به مشکلات مامایی (پره اکلامسی، پره ترم، کاهش حرکات، عدم تناسب سن بارداری با ارتفاع رحم، خونریزی و پست ترم)	۲	
						1	ارجاع مادر باردار پرخطر به واحد مربوطه و انجام مراقبت‌های ویژه	۳	
						1	انجام مراقبت‌های ویژه موردنیاز با توجه به فرم پس‌خوراند دریافت شده	۴	
						1	تکمیل فرم پس‌خوراند	۵	
آموزش‌ها و توصیه‌ها: ۱۱ نمره									6
						1	آموزش بهداشت فردی	۱	
						1	آموزش بهداشت روانی	۲	

						1	آموزش بهداشت جنسی و تنظیم خانواده	۳
						1	آموزش فعالیت‌های بدنی در طی بارداری	۴
						1	آموزش بهداشت دهان و دندان	۵
						1	آموزش تغذیه	۶
						1	آموزش علائم خطر دوران بارداری	۷
						1	آموزش تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری	۸
						1	توصیه به شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان	۹
						1	آموزش صحیح شیردهی	۱۰
						1	آموزش مراقبت از نوزاد و علائم خطر	۱۱
مراقبت بعد از زایمان: ۵ نمره								7
						1	ثبت و تکمیل فرم مراقبت پس از زایمان برای مادر بر اساس دستورالعمل کشوری	۱
						1	تشخیص علائم خطر طبی- مامایی پس از زایمان و ارجاع مادر به واحد مربوطه	۲
						1	تشخیص اختلالات روانشناختی پس از زایمان(غم بعد زایمان، افسردگی و...) و ارجاع به واحد مربوطه	۳
						1	بررسی وضعیت شیردهی مادر و تشخیص موارد غیرطبیعی	۴
						1	ارائه آموزش‌های لازم به مادر مختص دوره پس از زایمان	۵
ویژگی‌های فردی: ۸ نمره								8
						1	وضعیت ظاهری و بهداشت شخصی	۱
						1	معرفی خود و برقراری ارتباط مناسب با مراجع	۲
						1	رعایت مقررات و آداب حرفه‌ای	۳
						1	اخلاق مداری	۴
						1	سرعت و دقت در عملکرد	۵
						1	قدرت بیان و انتقال اطلاعات به مادر	۶
						1	توانمندی در ارائه مشاوره و راهنمایی به مادر	۷
						1	بکارگیری درست دانش در عملکرد بالینی (ترجمان دانش)	۸
پاسخ به سؤالات علمی طرح شده: ۱۰ نمره								9
						6	پاسخ به سؤالات علمی مرتبط با case	
						4	پاسخ به سؤالات علمی غیر مرتبط با case	
نمره نهایی: 70								
نمره نهایی دانشجو:								

منابع:

۱۰. مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (خارج بیمارستانی) آخرین چاپ
۱۱. آخرین پروتکل های وزارت بهداشت در حوزه سلامت مادران
۱۲. سرچ مقالات جدید موجود در پایگاه های اطلاعاتی داخلی و خارجی

۱۳.

<https://shmu.ac.ir/file/download/download/1666504233-.pdf>

<https://shmu.ac.ir/file/download/download/1666504286-.pdf> 5

<https://shmu.ac.ir/file/download/download/1666504387-.pdf> 6

راهنمای یادگیری امتحان نهایی بالینی در حوزه نوزادان ، استاد مرادی

راهنمای یادگیری دانشجویان مامایی،

ویژه آزمون فاینال واحد نوزادان



آنچه که از واحد کارآموزی نوزادان انتظار می رود:

۲۱. آشنایی با بخش نوزادان
۲۲. صلاحیت‌های عمومی دانشجو (وضعیت ظاهری، سرعت عمل، دقت، مسئولیت‌پذیری، برقراری ارتباط)
۲۳. مشخصات اتاق زایمان و وسایل مورد نیاز نوزاد(وارمر-انکوباتور-امبوبگ-وسایل احیا)
۲۴. اهداف نخستین مراقبت های نوزادی
۲۵. تشکیل پرونده و اقدامات اولیه ادمیت
۲۶. شرح حال و معاینات فیزیکی (تشخیص و گزارش موارد غیر طبیعی از طبیعی در شرح حال نوزاد).
۲۷. گزارش موارد غیرطبیعی پس از معاینه
۲۸. ارزیابی نمره آپگار دقیقه ۵و۱
۲۹. انجام گام های اولیه احیا شامل گرم کردن، خشک کردن، ماساژ نوزاد در صورت لزوم
۳۰. به کارگیری صحیح دستگاه وارمر، پالس اکسیمتری
۳۱. انجام اکسیژن تراپی به روشهای مختلف (اکسی هود، ماسک و ...).
۳۲. نحوه بکارگیری لارنگوسکوپ و لوله گذاری داخل تراشه
۳۳. آشنایی با لوله تراشه ، ایروی و NGT
۳۴. توضیح محدوده طبیعی علائم حیاتی نوزاد سالم
۳۵. کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی نوزاد
۳۶. انجام صحیح تماس پوست با پوست مادر و نوزاد
۳۷. توضیح مشخصات و اندازه گیری فیزیکی نوزاد (محدوده نرمال قد، وزن، اندازه دور سر، دور سینه)
۳۸. تزریق ویتامین K ، واکسن های بدو تولد.
۳۹. توضیح چگونگی حفظ و نگهداری علائم در محدوده‌ی طبیعی (توضیح عوامل مؤثر در شروع تنفس، علل وقوع هیپوترمی و هیپوترمی، تظاهرات بالینی و علل وقوع هر کدام ، راه‌های پیشگیری از آنها).
۴۰. تفکیک نوزاد ترم و نارس با توجه به معاینات کامل عصبی -عضلانی و تطبیق با سن حاملگی

۴۱. توضیح و بررسی کامل رفلکس‌های دوره نوزادی

۴۲. توضیح در مورد انواع بیماری‌های شایع دوره نوزادی مثل ایکتر، اختلالات دستگاه تنفس، دستگاه ادراری تناسلی، عفونت‌های شایع دوره نوزادی، دستگاه گوارش)

۴۳. آموزش و مشاوره کامل شیردهی به همراه دریافت بازخورد مثبت از مادر: وضعیت صحیح شیردهی، پوزیشن‌های مختلف شیردهی، مشکلات شایع پستان طی شیردهی، نحوه دوشیدن و ذخیره شیر، تغذیه مادر شیرده .

۴۴. آموزش کامل مزایای هم‌اتاقی مادر و نوزاد به همراه دریافت بازخورد مثبت از مادر

۴۵. توضیح معایب تغذیه مصنوعی و عوارض آن

۴۶. بررسی روش شیردهی مادر و رفع مشکلات موجود و توضیح و آموزش درباره مشکلات شایع شیردهی

۴۷. مشاوره در مورد واکسیناسیون و انجام تست‌های غربالگری و تفسیر آزمایش‌های دوره نوزادی

۴۸. ارائه آموزش‌های لازم به مادر در مورد مراقبت‌های پس از ترخیص

فراگیر محترم چکیده ای از فصول معرفی شده، گرد آوری شده است . جهت تکمیل اطلاعات مرتبط با سرفصل‌ها می‌توانید به منابع معرفی شده رجوع کنید.



دانشجویان عزیز سلام

ورود شما را به مرحله آزمون نهایی جامع مامایی تبریک عرض می‌کنیم. با آرزوی موفقیت روز افزون برای شما عزیزان قبل از هر چیزی به معرفی محیط فیزیکی و پرسنل مرکز آزمون و اساتید ممتحن می‌پردازیم.

معرفی بخش نوزادان

از بخش‌های بیمارستان بهار علوم پزشکی شاهرود

بخش‌های بیمارستان بهار

مشتمل بر بخش های اتاق زایمان ، بعد زایمان ، نوزادان ، واحد مراقبت های ویژه، کودکان و داخلی-جراحی

تماس با بیمارستان بهار :

پست الکترونیکی:

تلفن: ۰۲۳۳۲۲۴۷۶۴۶

دورنگار: ۰۲۳۳۲۳۱۲۶۶۶

نشانی: سمنان- شاهرود-انتهای خیابان ۲۲ بهمن-روبه روی پارک کودک -بیمارستان بهار

مسیر رفت و آمد از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به بیمارستان بهار:

با وسیله نقلیه عمومی

یا سرویس های دانشگاه.

معرفی مدیریت بیمارستان بهار

نام و نام خانوادگی: دکتر حمید نام آور

سمت: ریاست بیمارستان

رشته تحصیلی: متخصص طب سنتی ایرانی- طب تلفیقی

منشور اخلاق حرفه‌ای، مقررات، وظایف کار دانشجو در واحد نوزادان:

منشور اخلاق حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود:

از دانشجویان این دانشکده انتظار می‌رود موارد زیر را که با اصول اخلاق حرفه‌ای و کنترل سلامت می‌باشد، رعایت نموده و با ظاهری آراسته و رفتاری متناسب با منزلت اجتماعی و شئونات دانشگاهی در دانشکده و بخش‌ها حضور یابند.

ماده ۱- مقررات مربوط به پوشش:

۱- کلیه دانشجویان در بخش های بالینی، موظف به استفاده از روپوش سفید، مقنعه با رنگ‌های مشخص می‌باشند. روپوش باید تمیز، مرتب با اندازه مناسب و به اندازه کافی گشاد باشد که امکان حرکات آزادانه با دکمه بسته را فراهم نماید و مزین به کارت شناسایی شامل نام و مقطع تحصیلی دانشجو باشد.

۲- مشخصات روپوش و مقنعه از طرف دانشکده اعلام میگردد.

۳- استفاده از هر نوع پوششی با علائم خاص، دارای پارگی، لکه و ... ممنوع می‌باشد.

۴- کفش ها باید ساده، بدون پاشنه و یا پاشنه کوتاه و بدون ایجاد صدا باشد.

۵- پوشیدن صندل مجاز نمی‌باشد.

۶- پوشیدن جوراب با ضخامت مناسب الزامی است.

۷- موها کاملاً پوشیده باشد.

۸- ناخن‌ها باید کوتاه شده، تمیز و بدون لاک باشند.

۹- استفاده از هر گونه آرایش مو و صورت غیرممتعارف ممنوع می‌باشد.

ماده ۲- بهداشت فردی و نحوه رفتار در بخش:

۱- رعایت بهداشت فردی و بهداشت دهان و دندان الزامی است.

۲- استفاده از هر گونه بوی تند جایز نمی‌باشد.

۳- جویدن آدامس، کشیدن سیگار، شوخی کردن و ایجاد صدای بلند در بخش و محیط‌های آموزشی و در هنگام درمان بیماران مغایر با رفتار حرفه‌ای بوده و قابل قبول نمی‌باشد.

۴- استفاده از موبایل در هنگام کار در بخش مجاز نمی‌باشد.

ماده ۳- زیورآلات:

۱- استفاده از هر گونه زیورآلات به جز حلقه ساده ازدواج ممنوع است.

۲- هر گونه خالکوبی و کاربرد نگین‌های زینتی ممنوع است.

رعایت نکردن موارد فوق موجب کاهش نمره صلاحیت عمومی دانشجو میگردد.

مسئولان محترم مربوطه بر حسن اجرای این آیین‌نامه نظارت خواهند نمود.

وظایف دانشجو:

دانشجویان باید در روز امتحان راس ساعت مقرر در مرکز حضور داشته باشند.

دانشجویان موظف به گرفتن شرح حال بیماران و نوشتن سیر بیماری و معاینه فیزیکی در دفاتر مخصوص هستند.

دانشجویان باید در حضور استاد خود مراجعین را اداره نمایند.

دانشجو موظف به مشارکت فعال در شرح حال‌گیری، انجام معاینات بالینی، گرفتن نمونه آزمایشات لازم و تفسیر آن، آموزش و ارائه مشاوره به مراجعین تحت نظارت استاد می‌باشد.

موضوع امتحان: کارآموزی واحد نوزادان

پیشنیاز: تئوری نوزادان

مدت امتحان: ۳ تا ۴ ساعت - بخش نوزادان و اتاق زایمان

گروه هدف: دانشجویان ترم ۸ کارشناسی مامایی

محل اجرا: بیمارستان بهار وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

زمان: نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۲

ممتحن: سارا مرادی

هدف کلی:

تمرین مهارت‌های کسب شده در انجام معاینات بالینی، مشکلات شایع نوزاد و کسب مهارت در تشخیص و اجرای روش‌های مراقبت‌های پرستاری نوزاد، شیردهی، واکسیناسیون و غربالگری نوزاد می‌باشد.

اهداف اختصاصی درس:

دانشجو آزمون مربوط به هر یک از مهارت‌های مبتنی بر چک لیست پیوست شده را پشت سر می‌گذراند.

برنامه هفتگی دانشجویان

برنامه حضور اساتید

نحوه‌ی ارزشیابی فراگیران

- ✓ صلاحیت عمومی
- ✓ حضور فعال در محیط امتحان
- ✓ چگونگی انجام وظایف محوله
- ✓ چگونگی انجام امور مربوط به مراقبت از نوزاد
- ✓ پاسخ به سوالات علمی مرتبط با case

اهداف نخستین مراقبت‌های نوزادی:

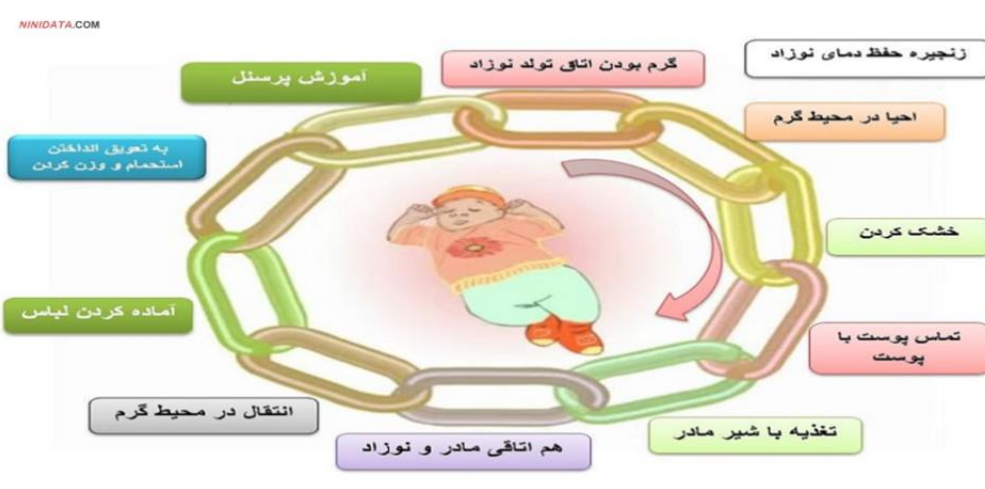
۱. حفظ و ایجاد اعمال قلبی - ریوی
۲. پایه گذاری رژیم تغذیه ای رضایت بخش
۳. حفظ دمای بدن
۴. جداسازی و درمان زود هنگام ناهنجاری های مادر زادی
۵. دوری از عفونت

نکته: عفونت‌های مادر زادی که بوسیله توکسوپلاسموز، سرخجه، ویروس هرپس انسانی، سیتومگالو ویروس و سیفیلیس (سندرم تورچ) ایجاد می‌شود، با میزان بالای مرگ و میر نوزادان مرتبط است.

- نوزاد بلافاصله بعد از تولد با یک حوله استریل که از پیش گرم شده خشک می‌شود و در یک محیط گرم؛ در تماس پوست با پوست با مادر و یا در صورت وجود مورد منع پزشکی، در زیر یک منبع تابشی حرارت که از قبل روشن شده قرار می‌گیرد.

نکته: اغلب موارد هیپوترمی در دقایق اول عمر روی می‌دهد. حرارت بدن نوزاد رسیده طی ده تا بیست دقیقه اول عمر ممکن است ۲ تا ۴ درجه سانتیگراد کاهش یابد.

- بلا فاصله نوزاد را در یک حوله تمیز و گرم پیچیده و خشک کنید. حین خشک کردن نوزاد با مالش، نوزاد را تحریک حسی کنید. قفسه سینه پشت و پای او را مالش دهید. حوله خیس را کنار گذارده نوزاد را در حوله ای پاکیزه، خشک و گرم بپیچید.



- ضمن خشک کردن، نوزاد را از نظر نیاز به احیاء ارزیابی کنید. این عمل با پاسخ به سؤالات زیر انجام می شود:
 ۱. آیا نوزاد گریه میکند و تنفس دارد؟
 ۲. آیا تون عضلانی خوب است؟
 ۳. آیا نوزاد ترم یا رسیده است؟

- اگر پاسخ به همه این سؤالات مثبت است، نوزاد تنها به مراقبت های معمول یا روتین است. حدود ۹۰ درصد نوزادان در این شرایط قرار دارند. آنهایی که نیاز به احیاء ندارند، بهتر است از مادر جدا نشوند.
- در صورت نیاز، ترشحات داخل دهان نوزاد را بوسیله یک پوار یا یک پارچه استریل از ترشحات تخلیه کنید. معمول نوزادانی که با زایمان طبیعی متولد می شوند ترشحات کمتری دارند.

در صورت هوشیاری و آمادگی مادر، و عدم نیاز به احیاء، حوله خیس را کنار گذاشته، و جهت تماس پوست به پوست بروی سینه مادر قرار دهید

نمره آپگار:

- نمره دهی ضریب آپگار یکی از ساده ترین راه های تعیین وضعیت بالینی نوزاد بوده پاسخ به فرایند احیاء را تعیین می کند.
- برای کلیه نوزادان ضریب آپگار در دقیقه اول و پنجم بعد از تولد، با توجه به وضعیت بالینی نوزاد محاسبه و ثبت می گردد.

نکته: هیچگاه نباید شروع عملیات احیاء را تا زمان شمارش ضریب آپگار دقیقه اول به تعویق انداخت.

- اگر در دقیقه ۵ زندگی جمع امتیاز همچنان پائین تر از ۷ بماند باید شمارش ضریب را هر ۵ دقیقه حد اکثر تا ۲۰ دقیقه - و یا تا زمان دسترسی به ضریب آپگار بالاتر از ۷ تکرار کرد.

جدول آپگار

دو	یک	صفر	علامت	آپگار
صورتی	آکروسیانوز	کبود، رنگ پریده	ظاهر (رنگ پوست)	Appearance
بیش از ۱۰۰	زیر ۱۰۰	ندارد	ضربان قلب	Pulse
عطسه یا سرفه	اخم	بدون پاسخ	تحریک پذیری رفلکسی	Grimes
حرکات فعال	خمیدگی مختصر اندام ها	شل	تون عضلانی	Activity
گریه خوب	آهسته، کند، نامنظم	ندارد	تنفس	Respiratory

نمره (ضریب) آپگار ۱ دقیقه پس از تولد و مجدداً ۵ دقیقه پس از تولد اندازه گیری می شود.

امروزه حذف اندازه گیری نمره آپگار یک نوزاد بخصوص نوزادان کم وزن یک سهل انگاری محسوب می شود.

نمره کامل باید ۹ تا ۱۰ باشد.

نمره ۳-۰ نشان دهنده آنست که کودک به شدت غیر فعال است و نمره ۶-۴ نشان دهنده حال عمومی متوسط است.

نمره زیر ۵ نیازمند امداد فوری است

نکته: نوزادان با ضریب آپگار پائین پس از گذشت ۵ دقیقه از عمرشان در معرض خطر زیاد عوارض بعدی و مرگ در خلال دوران نوزادی می باشند.

عواملی سبب کاهش امتیاز در ضریب آپگار می گردند عبارتند از:

(۱) دیسترس جنینی که به دلیل هیپوکسی قبل و/ یا حین زایمان ایجاد شده است

(۲) بیهوشی عمومی یا درمان دارویی که مادر برای کاهش درد طی ۴ ساعت اخیر در یافت کرده باشد

(۳) وزن کم تولد و نارسی نوزاد (وزن زیر ۱۵۰۰ گرم)

(۴) زایمان سخت یا تروماتیک

(۵) ساکشن شدید و مکرر حلق بعد از زایمان (باعث بروز اختلال در شروع تنفس نوزاد می شود)

(۶) دیسترس تنفسی شدید

نکته: وقتی ضریب آپگار در دقیقه اول عمر کمتر از ۷ است، لازم است که در ساعات بعدی نوزاد با دقت بررسی شود. این مراقبت بسته به شرایط نوزاد ممکن است در کنار مادر انجام شود.

نکته: ضریب آپگار کمتر از ۷ در دقیقه پنجم عمر احتمال آسفیکسی حوالی زایمان را مطرح می کند. چنین نوزادی در گروه نوزاد بیمار جای دارد.

- پشت نوزاد را با یک حوله گرم بپوشانید و دقت کنید که حوله سر و صورت وی را نپوشاند. با استفاده از کاله برای پوشش سر نوزاد از اتلاف حرارت به نحو قابل توجهی پیشگیری کنید.

نکته: طبق دستورالعمل کشوری بسته خدمات نوزاد سالم زمان مناسب برای بستن بند ناف بین ثانیه ۳۰ تا ۱۲۰ بعد تولد است.

نکته: طبق کتاب ویلیامز ۲۰۲۲ زمان تاخیر کلمپ بندناف ۳۰-۶۰ ثانیه میباشد.



- مطالعات اخیر نشان داده است که یک تاخیر ۳۰-۱۲۰ ثانیه برای بستن بند ناف نوزادانی که نیاز به احیای فوری ندارند، احتمال خونریزی بعد زایمان را کاهش داده، نیاز به تزریق خون را کاهش داده و ذخیره آهن نوزاد را افزایش می دهد. این امر مخصوصا برای نوزادانی که در کشور های در حال توسعه متولد می شوند پر اهمیت است.

- تاخیر طولانی در بستن بند ناف با افزایش میزان شیوع زردی نوزادی و نیاز به فتوتراپی همراه است.

- بدیهی است که در صورت عدم تنفس و بدحالی نوزاد و نیاز به احیاء، بند ناف باید هرچه سریع تر قطع و عملیات احیاء آغاز شود.

نکته: کلیه نوزادان باید طی ساعات اول عمر برای پیشگیری از کمبود ویتامین کا و عوارض ناشی از آن ۰/۵ تا ۱ میلی گرم ویتامین K۱ (فیتانادیون) بصورت تزریق عضلانی در سطح قدامی - جنبی (anterolateral) ران دریافت کنند.



معاینه و بررسی:

✚ بلافاصله پس از تولد

✚ و در ۲۴ ساعت اول زندگی

ارائه آموزش های ضروری از نظر:

- چگونگی تغذیه نوزاد
- دفع مکونیوم
- مراقبت به لحاظ درجه حرارت محیط
- شستشو و استحمام
- پیدایش زردی



آماده سازی اتاق زایمان/ اتاق عمل

- تمیز کردن اتاق زایمان و وسائل مورد نیاز
- گرما : دمای توصیه شده برای اتاق زایمان ۲۵ – ۲۸ درجه سانتی گراد است.
- یک دماسنج دیواری برای کنترل درجه حرارت محیط به دیوار اتاق نصب باشد.
- هنگام تولد نوزاد در ها و پنجره ها را بسته و پنکه، کولر یا دستگاه تهویه هوا خاموش شود تا از جریان هوا، که باعث هیپو ترمی نوزاد می شود، پیشگیری کنید.

-اگر از منبع تولید گرمای تابشی (وارمر) استفاده می کنید:

- + تشک و سطح میز احیا باید پاک و گرم در ارتفاع مناسب برای احیا کننده قرار گرفته باشد.
- + سطح تشک را با یک پوشش نخی بپوشانید.
- + منبع تولید گرما باید حداقل در فاصله ۵۰ تا ۶۰ سانتیمتری بالای تخت احیاء قرار گرفته باشد.
- + دستگاه را به برق وصل کنید و سپس روشن کنید.
- + اگر دستگاه سریع گرم می کند، کفایت چند دقیقه قبل روشن شود تا تشک و سطح میز احیا گرم کند.
- + میزان گرمای ایمن و مناسب را تعیین و تنظیم کنید. در صورت وجود وارمر با حرارت قابل کنترل مخصوص نوزاد حرارت آنرا بروی روش کنترل شده (control – servo) گذاشته و حرارت مطلوب را برای دمای پوست به روی ۳۶ درجه تنظیم کنید.
- + پروب سنجش دمای پوست را بروی شکم نوزاد بچسبانید.

- تیغه های شیشه ای اطراف میز را بالا بکشید تا از هدر رفتن دما به روش همرفت پیشگیری شود.
 - در صورت فوریت و عدم دسترسی به دستگاه گرم کننده مخصوص نوزاد، می توان از دمای یک لامپ ۱۰۰ وات یک چراغ پایه دار نیز بهره برد. اتصال محافظ و میزان فاصله کافی لامپ از نوزاد برای پیشگیری از سوختگی تصادفی نوزاد رعایت شود.

- برای پیشگیری از خطر هیپو ترمی و هیپر ترمی و سوختگی تصادفی ، دمای بدن نوزادی که در زیر یک منبع تولید گرمابجز وارمر با حرارت کنترل شده (control-servo) قرار داده می شود باید هر ده دقیقه یک بار حداقل با لمس ارزیابی شود.
 - برای پیشگیری از هیپر ترمی، نوزادی که در زیر وارمر روشن قرار دارد بهتر است عریان باشد. توجه داشته باشید که برخی از منسوجات از مواد صناعی قابل اشتعال درست شده اند و ممکن است در دمای بال مشتعل شوند.
 - روشنایی: باید روشنایی اتاق برای ارزیابی رنگ و تنفس نوزاد کافی باشد. اگر نور ناکافی است چراغ های اضافی را آماده کنید.
 نکته: روشنایی توصیه شده برای میز احیای نوزاد candles- foot 100 است.

معاینه در اتاق زایمان:

نخستین معاینه بلافاصله پس از زایمان و ترجیحا در اتاق زایمان صورت می گیرد. این معاینه عبارتست از:-

۱. حصول اطمینان از اینکه کودک در فرآیند تولد دچار آسیب نشده است

۲. جدا سازی کودکان با ناهنجاری بخصوص آنهائیکه به درمان سریع نیازمندند

۳. ارزیابی میزان رسیدگی نوزاد

پس از کسب اطمینان اولیه از در معرض خطر فوری نبودن نوزاد، معاینه کاملتر در اتاق نوزادان انجام میگیرد.

معاینه اولیه و معاینه در اتاق نوزادان باید تحت پوشش منبع گرمایی انجام گیرد، آنچنانکه مانع کاهش درجه حرارت بدن نوزاد شود. کاهش درجه حرارت محیط و بدن نوزاد ممکن است سلامتی نوزاد را بطور جدی به خطر اندازد.

توجه فوری به رنگ پوست نوزاد بسیار مهم است. زیرا ممکن است نوزاد به علت ناهنجاری های قلبی و یا ریوی، دچار سیانوز عمومی (کبودی عمومی رنگ پوست) بوده و نیاز به اقدام سریع و جدی داشته باشد. در مواردی نوزادان طبیعی، سیانوز زودگذر آنهاها دارند که معمولا در دقایق اول زندگی بر طرف می شود.

رنگ پریدگی شدید نوزاد ممکن است ناشی از کم خونی یا آسفیکسی (خفگی) باشد که نیاز به اقدام جدی دارد.

آغشته بودن پوست نوزاد به مکونیوم، نیز در مواردی هشدار دهنده بوده و دقت در چگونگی زایمان و معاینه کامل وضعیت قلب و ریه نوزاد را اقتضا می کند.

در کنار توجه به وضعیت قلب و ریه ها در اتاق زایمان ملاحظه ضایعات مادرزادی مانند ضایعات لوله عصبی، شکاف لب و کام، اختلالات جدار شکم، ناهنجاری های استخوانی، ناهنجاری های دستگاه تناسلی خارجی و باز بودن مجرای مقعد باید مورد توجه قرار گیرد.

آسیب های هنگام زایمان نظیر بی حرکتی بازو و ساعد به علت Erb pulsy (کشش اعصاب شبکه بازویی) صدمه به شبکه بازویی، شکستگی استخوان ترقوه، بازو و در رفتگی شانه و احتمال ضایعه عصب فرنیخ در معاینات اتاق زایمان با دقت باید بررسی شوند

پس از معاینه اولیه، باید یک بررسی دقیق تر در ۱۲ ساعت اول تولد انجام شود. اندازه گیری دور سر و دور سینه و طول قد و ثبت درجه حرارت و تعداد ضربان قلب و تنفس باید انجام شود

نکته: زردی، محتمل ترین تغییر در رنگ پوست است که در معاینه دوم مشخص می شود

نکته: علاوه بر این، سیانوز و رنگ پریدگی، باید دوباره بررسی شوند.

تکلیف ۱: نحوه برقراری تماس پوست به پوست بعد از زایمان را توضیح دهید.

تکلیف ۲: توجه به باز بودن راه هوایی و امتیاز نمره آپگار را بررسی کنید.

تکلیف ۳: انجام گام های اولیه احیا شامل گرم کردن، خشک کردن، ماساژ نوزاد در صورت لزوم را انجام دهید.

تکلیف ۴: رعایت اصول استریل و کات کردن بندناف را به درستی انجام دهید.

تکلیف ۵: نحوه شرح حال گیری و انجام معاینات فیزیکی را شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

سنجش اولیه نوزاد

۱. وزن هنگام تولد

۲. اندازه قد

۳. دور سر و دور سینه

۹۵-۹۰٪ نوزادان با سن جنینی ۳۷-۴۲ هفته متولد می شوند.

همه نوزادان پس از تولد باید مورد معاینه و بررسی قرار گیرند.

زیرا ممکن است در نگاه و بررسی کلی، بسیاری از مسائل و مشکلات مورد توجه قرار نگرفته و در آینده بر رشد و تکامل نوزاد، تاثیر نامطلوب بجا گذارند.

میانگین وزن نوزاد تازه متولد شده ۳/۴ کیلوگرم می باشد.

وزن پسران اندکی بیش از وزن دختران است.

حدود ۹۵٪ نوزادان طبیعی متولد شده در موعد مقرر بین ۴/۶-۲/۵ کیلوگرم وزن دارند.

متوسط قد ۵۰ سانتی متر می باشد که تقریباً ۹۵٪ نوزادان بین ۴۵-۵۵ سانتی متر قد دارند.

میانگین اندازه دورسر حدود ۳۵ سانتی متر است که بین ۳۲/۶-۳۷/۲ متغیر می باشد.

نکته: ساده ترین و درعین حال قابل اعتمادترین وسیله ای هستند که توسط آن می توان سلامتی و میزان رسیدگی نوزاد را آزمود.

-اندازه گیری وزن تولد ترجیحاً باید در نخستین ساعات زندگی، قبل از آنکه کم شدن وزن پس از تولد بطور واضحی رخ دهد انجام گیرد نوزاد برهنه باید روی یک حوله تمیز روی کفه ترازو گذاشته شود نوزاد با دقت بر طبق روش های استاندارد وزن می شود.



نکته: نوزاد طی ۱۰ روز اول تولد تا ۶ تا ۱۰ درصد وزن خود را از دست خواهد داد. که تا روز ۱۰ تولد به مقدار وزن تولد دست مییابد.

نکته: چنانچه بعد از ۲ هفته از تولد همچنان در حال کاهش وزن است. نوزاد نیازمند پیگیری میباشد.

طول بدن باید با بیشترین دقت به وسیله یک صفحه اندازه گیری انجام گیرد که دارای یک سر ثابت است که کودک به پشت روی آن می خوابد بطوریکه پاهایش کاملاً کشیده باشد. بدیهی است که دو نفر مورد نیاز است تا کودک را بطور صحیح نگهدارند. در این روش دقت اندازه گیری ۱/۰ سانتی متر است.

نکته: در اندازه گیری دور سر با یک نوار اندازه گیری در گردی ماکزیمم در شعاع **Occipitofrontal** انجام می شود

هدف از چنین اندازه گیری عبارتست از:

۱. دستیابی به اندازه های کودک و مقایسه با استاندارد ها در جمعیت

۲. فراهم کردن یک عدد پایه برای آنکه پیشرفت های بعدی اندازه گیری و قابل بررسی شود

در بیشتر شیرخواران:

وزن حوالی ۵-۴ ماهگی ۲ برابر زمان تولد

در یک سالگی ۳ برابر زمان تولد

در ۲ سالگی ۴ برابر زمان تولد

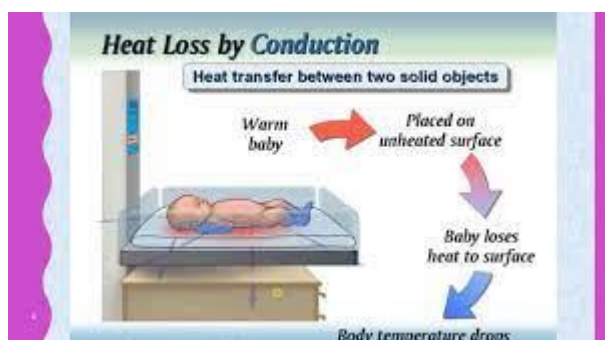
در ۵ سالگی ۶ برابر زمان تولد

در ۷ سالگی ۷ برابر زمان تولد

در ۱۰ سالگی ۱۰ برابر زمان تولد.

- حفظ زنجیره دمای بدن

- دمای نرمال بدن یک نوزاد بین $36/5 - 37/5$ از طریق رکتال
- از زیر بغل $36-37$ درجه سانتی گراد
- یک کودک تازه متولد شده به محیط بیرون که ممکن است $20-10$ درجه سردتر باشد وارد می گردد
- نوزاد کنترل دمایی چندانی ندارد و به سرعت گرمای بدن خود را از دست می دهد
- بلافاصله پس از تولد بیشترین اتلاف گرما از طریق تبخیر مایع از بدن مرطوب کودک رخ می دهد
- هفتاد و پنج درصد اتلاف گرما از طریق سر نوزاد است.



- نکته: لازم است کنترل درجه حرارت بدن نوزاد از طریق زیر بغل انجام شود و ترمومتر باید حداقل سه تا پنج دقیقه زیر بغل نوزاد باشد.

حمام نوزاد

- استحمام زودرس نوزاد بدلیل هیپوترمی نباید انجام شود
- نخستین حمام بهتر است حداقل ۶ ساعت بعد زایمان باشد. ترجیحاً ۲۴ ساعت پس از تولد انجام گیرد. زیرا از کاهش دمای بدن در ساعات اولیه عمر جلوگیری می شود

مراقبت از بند ناف

در اتاق زایمان / عمل، بعد از پوشیدن یک دستکش استریل، بند ناف نوزاد در فاصله ۲ تا ۳ سانتیمتری از سطح پوست شکم با تیغه بیستوری استریل قطع شود.

اگر بطور تصادفی بند ناف خوب بسته نشده باشد، احتمال خونریزی وجود دارد. الزام است که در ساعات اول عمر، در هر ارزیابی عالئم حیاتی، به وضعیت ناف هم توجه شود.

بند ناف کلامپ شده خودبخود از خون تهی شده و طی مدت کوتاهی سخت، خشک و سیاه می شود.

بافت مرده می تواند محیط مناسبی برای رشد باکتری ها باشد. کولونیزاسیون بند ناف توسط باکتری های موجود در محیط انجام میشود.

نکته: مهمترین و شایع ترین راه انتقال عفونت به ناف نوزاد، دستهای آلوده مراقبین است. و شایع ترین دوره خطر انتقال عفونت دو تا سه روز اول عمر است.

بعد از افتادن بند ناف، تا زمان بسته شدن محل جراحی و بهبود کامل ناف، ممکن است ترشحات موضعی بدون بو مشاهده شود. این ترشحات عفونی نیست ولی در این زمان نیز ناف نوزاد مستعد عفونت است.

زمان طبیعی افتادن بند ناف بین ۵ تا ۱۵ روز است.

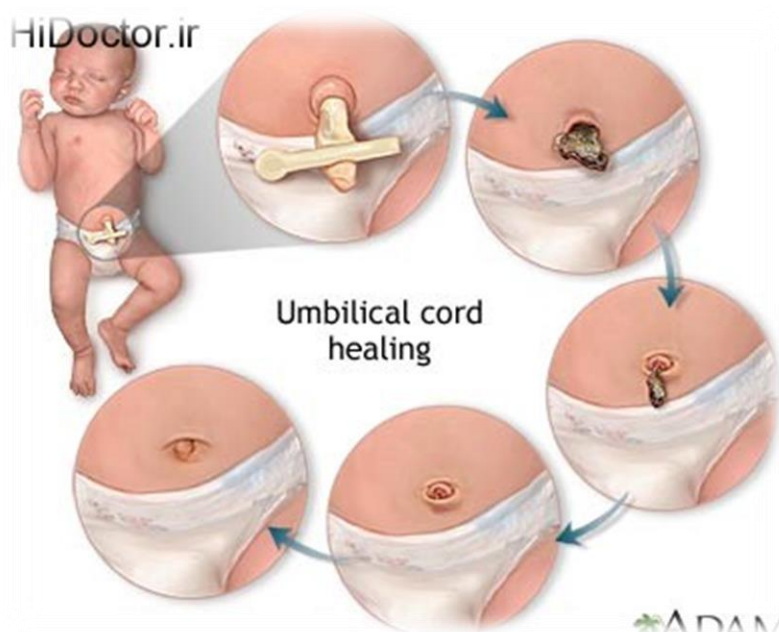
نکته: امفالیست و عفونت باعث تاخیر در افتادن بند ناف می شود.

اگر بند ناف تا ۴ هفته بعد از تولد نیفتاد، باید شیرخوار از نظر وجود اختلالات سیستم ایمنی بررسی گردد.

در صورت آغشته شدن محل به مواد آلوده باید ناف را با آب ولرم و صابون مالیم شست.

طی تحقیقات انجام شده، تجویز روتین داروی آنتی سبتیک مانند الکل نه تنها نقشی در پیشگیری از عفونت ندارد بلکه افتادن بند ناف را ممکن است به تاخیر اندازد.

نکته: طبق تحقیقات انجام شده، استفاده روتین و مکرر از بتادین به روی پوست نوزاد، به دلیل توانایی بالای جذب پوست نوزاد و وجود ید در بتادین، خطر ابتال به کم کاری گذرای تیروئید را ایجاد می کند.



بهترین روش پیشگیری از عفونت ناف به شرح زیر است:

۱. دستها قبل از مراقبت شسته شوند.
۲. از تماس مواد آلوده، ادرار و مدفوع با ناف پیشگیری شود.
۳. از ناف بند یا پانسمان استفاده نشود.
۴. پوشک و کهنه نوزاد باید زیر ناف بسته شود.
۵. بند ناف باید تمیز و خشک نگه داری شود.
۶. به والدین آموخته شود که از هیچگونه مواد گیاهی یا خانگی برای ناف نوزاد خود استفاده نکنند.

مراقبت از چشم ها

تجویز قطره سولفامید یا هر نوع قطره و پماد آنتی بیوتیک چشمی دیگر بطور معمول به نوزادان در بدو تولد در ایران ممنوع می باشد. در خانه های بهداشت در صورت مواجه شدن با عفونت چشمی خفیف می بایست نوزادان به مدت ۵ روز از قطره سولفاستامیداستفاده نمایند
نکته: در عفونت های شدید ارجاع نوزادان باید انجام شود.

تکلیف ۱: اندازگیری صحیح قد ، وزن، دور سر و دور سینه را انجام دهید.

تکلیف ۲: نکات مهم مراقبت از بندناف و چشم ها را شرح دهید.

تکلیف ۳: موارد لازم در ارتباط با پیشگیری از هایپوترمی را شرح دهید.

چیست؟ Rooming in -

گذاشتن کودک در پهلوی مادر برای نخستین بار در ۲۴ ساعت اول تولد که لازم است به محض تثبیت وضع مادر و نوزاد هم اتاقی اجرا گردد.

در مواردی زیر هم اتاقی کردن مادر و نوزاد با تاخیر میباشد:

۱- موارد مربوط به نوزاد:

- ضربان قلب مداوم ۱۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر
- نوزاد نارس با سن جنینی کمتر از ۳۴ هفته
- نوزاد باوزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم
- نوزاد مبتلا به دیسترس تنفسی
- نوزاد باعمل جراحی و نوزاد مبتلا به ناهنجاری مادرزادی شدید

۲- موارد مربوط به مادر: که شامله اختلال هوشیاری مادر است و به هردلیل به مادران باید تاکید شود که تحت هیچ شرایطی از پستانک، بطری شیر، آب و آب قند برای شیرخوار استفاده نشود.

نکته: شیردهی باید در عرض ۱ ساعت پس از تولد آغاز شود زیرا علیرغم آن که در آن زمان شیر کمی وجود دارد ولی این کار کمک میکند تا تغذیه و ارتباط نزدیک مادر و کودک که به **bonding** معروف است پایه ریزی شود.



-تغذیه با شیر مادر (Breast feeding)

مادر باید در طی بارداری آموزش های لازم را برای مراقبت از نوزاد در بدو تولد، و در ساعات و روزهای اول عمر را دریافت کرده باشد و آمادگی لازم برای مراقبت از نوزاد خود را داشته باشد.

قبل از اینکه نوزاد سالم را در آغوش مادر بگذارید، ضمن خشک کردن، خون، مکنونیوم و موکوس را از پوست نوزاد پاک کنید. اولین تماس باید در حضور یک همراه آگاه و مطلع یا در حضور پرسنل اتاق زایمان / عمل صورت گیرد.

نکته: بهتر است در عرض ۱ ساعت بعد تولد شیردهی برقرار گردد.

اگر امکان تماس پوست به پوست نوزاد و مادر در بدو تولد را وجود ندارد، نوزاد را خشک کرده و در حوله گرم بپوشانید، سرش را با کاله پوشانده و در کنار مادر قرار دهید و مادر را به شیردهی در ساعت اول عمر تشویق نمایید.

- نخستین شیر که به نام کلوستروم یا آغوز نامیده می شود مناسب ترین غذا برای کودک است
- حاوی غلظت بالای پروتئین و سایر مواد مغذی است همچنین غنی از عوامل ضد عفونی است که کودک را در برابر عفونت های تنفسی و بیماری های اسهالی محافظت می نماید
- باید هر زمان که نوزاد بخواهد به او شیر داده شود
- شیردهی به کودک بر طبق خواسته او به وزن گیری کودک کمک می کند
- بسیار مهم است که به مادران توصیه شود از شیر بطری برای تغذیه نوزاد استفاده نکنند
- بهتر است تغذیه نوزاد در تخت مادر انجام شود و در مادرانی که تحت عمل سزارین قرار می گیرند شیر دهی باید به محض به هوش آمدن مادر انجام شود

نکته: وزن کردن و نیز انجام تزریقات را در اکثر موارد می توان ۱ تا ۲ ساعت به تاخیر انداخت.

تکلیف ۱: روش صحیح و پوزیشن های مختلف شیردهی را با مراجعه به لینک زیر مشاهده نموده و بر اساس آن در حد یک پاراگراف هر پوزیشن و کاربردش را شرح دهید.

تکلیف ۲: مشکلات شایع پستان (احتقان، ماستیت، آبسه...)، طی شیردهی را نام برده و نحوه اداره و بهبود هر یک را شرح دهید (بدین منظور به کتب رفرنس اشاره شده در انتهای کتابچه مراجعه فرمائید).

تکلیف ۳: نحوه دوشیدن و ذخیره شیرمادر را به صورت خلاصه شرح دهید.

ترخیص

قبل از ترخیص باید از طبیعی بودن علائم حیاتی مخصوصاً تنفس، دما و طبیعی بودن آزمایشات انجام شده (مخصوصاً بیلی روبین، قند خون یا غربالگری عفونت) و انجام تغذیه به نحو مطلوب و دفع ادرار و مدفوع اطمینان حاصل کرد.

توجه کنید که بهتر است نوزاد با وزن تولد زیر ۲۰۰۰ گرم را قبل از ۲۴ ساعت ترخیص نکنید.

مشکلات ناشی از ترخیص زودرس به شرح زیر است:

۱. عدم کفایت زمان برای آموزش مراقبت های بعد زایمان و دریافت آموزش شیردهی موفق
۲. افزایش خطر کم آبی همراه با هایپر ناترمی نوزاد
۳. افزایش خطر بروز هیپوگلیسمی زودرس، در نوزاد کم وزن و نارس
۴. کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر
۵. تأخیر در تشخیص بیماری های نوزاد نظیر عفونت سپسیس و زردی
۶. تأخیر در تشخیص عوارض بعد از زایمان مادر نظیر عفونت و خونریزی

ارزیابی بعد از ترخیص:

در صورتیکه ترخیص نوزاد قبل از پایان ۴۸ ساعت اول عمر انجام شود، نوزاد، طی ۴۸ ساعت بعد از ترخیص باید مجدداً معاینه و بررسی شوند.

نوزاد به ظاهر سالم در گروه خطر و نوزادان با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ و زیر ۳۷ هفته نیاز به پیگیری با فواصل زمانی کمتری را دارند. اولین مراجعه ۲۴ ساعت بعد ترخیص و سپس ویزیت بعدی بر طبق نظر پزشک معالج برنامه ریزی شود.

در صورت حاملگی و زایمان بدون عارضه و وجود شرایط مناسب مادر و نوزاد ترخیص، ۲۴ ساعت بعد از زایمان طبیعی و ۴۸ ساعت بعد از سزارین، امکان پذیر است.

در اکثر موارد هیپوگلیسمی زودرس (مثلاً برای نوزادان کم وزن، نارس، مادر دیابتیک، و LGA) مسئله هیپوگلیسمی طی ۴۸ ساعت اول عمر مطرح است.

بنابراین این گروه از نوزادان فقط در صورتی امکان ترک زایشگاه را دارند که تغذیه با شیرمادر کاملاً برقرار شده و مادر آگاهی کامل از مسئله و آموزش های ضروری ارائه شده باشد. و قند خون هر ۶-۸ ساعت یکبار آنها طی ۲۴ ساعت اول عمر کاملاً طبیعی گزارش شده باشد. نکته: نوزادان **SGA** و نوزاد مادر دیابتیک بیشتر در خطر هیپوگلیسمی هستند.

در صورت مشاهده هر یک از موارد زیر، زردی از نوع پاتولوژیک میباشد:

- (۱) یرقانی که در ۲۴ ساعت اول زندگی شروع شود.
- (۲) افزایش بیلی روبین، از ۵ میلی گرم در صد میلی لیتر در ۲۴ ساعت تجاوز کند.
- (۳) بیلی روبین از ۱۲ میلی گرم در نوزادان طبیعی و ۱۴ میلی گرم در نوزادان نارس تجاوز کند.
- (۴) یرقان در نوزادان طبیعی، بیش از یک هفته و در نوزادان نارس بیش تر از دو هفته، به طول انجامد.

علل و عواملی که به تولید بیش از حد معمول بیلی روبین در نوزادان منجر می شوند:

(۱) ناسازگاری گروه های خونی مادر و جنین که عمدتاً شامل ناسازگاری Rh و ABO و گروه های فرعی است.

۲) اختلالات ژنتیکی (اختلالات آنزیمی نظیر اسفروسیتوز مادرزادی) و هموگلوبینوپاتی‌ها نظیر آلفا و بتا تالاسمی و گلاکتوزمی

۳) همولیز گلبول‌های قرمز خون مانند مصرف بیش از حد ویتامین K

۴) هماتوم و خونریزی‌های داخلی

۵) انسدادهای مکانیکی منجر به اختلال در گردش کبدی - روده‌ای ترشحات صفراوی



توجه به نکات زیر لازم میباشد:

- یرقان نوزاد در صورت عدم توجه و رسیدگی، ممکن است به عوارض و خطراتی مانند مرگ و عقب ماندگی ذهنی و حرکتی غیرقابل درمان منجر شود.
- افتراق میان یرقان فیزیولوژیک و پاتولوژیک همیشه به سادگی امکان پذیر نیست.
- لحظات و دقایق در تصمیم گیری به منظور اقدام مناسب برای نوزاد مبتلا به یرقان پاتولوژیک، بسیار سرنوشت ساز هستند.
- همه موارد یرقان های نوزادی را نمی توان با سازگاری Rh و گروه های خونی، توجیه کرد. یافتن علل و عوامل دیگر یرقان ها از اهمیت برخوردار است.
- در مواردی می توان قبل از زایمان و بعد از زایمان با اقداماتی از پیدایش و افزایش پاتولوژیک بیلی روبین پیشگیری نمود.

تکلیف ۱: چند مورد از مشکلات ترخیص زودرس را شرح دهید.

تکلیف ۲: مشخصات زردی فیزیولوژی را از زردی پاتولوژیک تفکیک دهید.

ایمن سازی

هیپاتیت ب: 0/5 میلی لیتر عضلانی در ساعات اول عمر تزریق می شود.

واکسن سل ب ث: 0/05 میلی لیتر داخل جلدی در حد فاصل یک سوم فوقانی-دو سوم تحتانی بازو در ساعات اول عمر تزریق می شود.

قطره فلج اطفال OPV: باید هنگام ترک زایشگاه داده شود.



نکته: کلیه نوزادانی که از مادر HBS g A + متولد می شوند، و علاوه بر دریافت واکسن، ایمونوگلوبولین نیز دریافت کرده اند باید در سنین ۹-۱۵ ماهگی (دستورالعمل کشوری ۹-۱۸ ماهگی) از نظر HBS آنتی ژن و HBS آنتی بادی کنترل شوند.

نکته: در صورتیکه مادر + g A HBS باشد، نوزاد باید بطور همزمان ۰/۵ میلی لیتر ایمن گلوبولین اختصاصی هپاتیت بی در عضله ران دیگر نسبت به محل تزریق واکسن، دریافت کند. درمان بهتر است در اسرع وقت، ترجیحا ظرف ۱۲ ساعت بعد از تولد تزریق شود. در صورت عدم دسترسی به سرم اختصاصی، تزریق واکسن در ساعات اول عمر حدود ۷۰ تا ۸۰٪ ایمنی ایجاد می کند.

نکته: اگر بعد تولد و پس از تزریق واکسن هپاتیت ب مشخص شود که مادر + g A HBS بوده، حد اکثر زمان در یافت سرم اختصاصی یک هفته بعد تولد می باشد.

نکته: کسانیکه به دنبال تزریق ب ث ژ اسکار پوستی نداشته اند نیاز به تزریق مجدد آن ندارند.

نکته: تغذیه با هر نوع شیر، از جمله شیر مادر با خوراندن قطره فلج اطفال منافاتی ندارد و الزام نیست که شیر دادن را قبل یا بعد خوراندن قطره شیر قطع کنند.

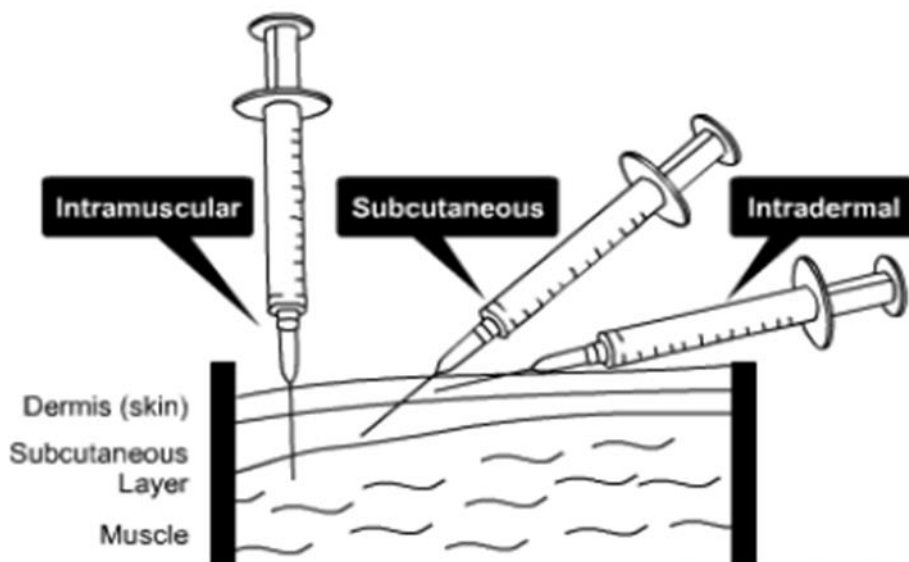
نکته: اگر تجویز واکسن در زمان ترک زایشگاه مقدور نشود، در هر فرصت تا روز سی ام تولد قابل تجویز است. ولی بعد آن تجویز این دوز پولیو ضرورتی ندارد و واکسیناسیون بعدی مطابق معمول قابل انجام است

نکته: در صورت استفراغ در کمتر از ده دقیقه بعد خوراندن قطره، باید تجویز یک بار دیگر تکرار شود. در نوزادانی که مبتال به آترزی مری بوده و گاستروستومی شده اند، بهتر است بجای واکسن خوراکی از واکسن تزریقی استفاده شود.

نکته: شروع ایمن سازی نوزادان نارس با وزن بالای ۲۰۰۰ گرم مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.

نکته: واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده اند یا فراورده های خونی دریافت کرده اند، مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.

وضعیت قرارگرفتن سوزن و سرنگ در تزریقات عضلانی، زیرجلدی و داخل جلدی:



تکلیف ۱: واکسن های بدو تولد را شرح دهید و نحوه تزریق صحیح را شرح و انجام دهید.

تکلیف ۲: واکسیناسیون نوزاد در مادر مبتلا هپاتیت ب را توضیح دهید.

غربالگری نوزادی (Screening)

هدف:

۱- جدا کردن نوزادان با ناهنجاری های قابل درمان ژنتیکی از سایر ناهنجاری ها

۲- فراهم آوردن مشاوره ژنتیکی برای والدین آن ها

نکته: ضریب آپگار و معاینات بالینی رایج، تست های ساده غربالگری می باشند، که باید روی تمامی نوزادان انجام گیرد.



انواع آزمایش های غربالگری نوزادان

۱. غربالگری شنوایی

۲. هایپوتیروئیدی

۳. فنیل کتونوری

۴. نقص انزیمی G6PD

غربالگری دوره نوزادی معمولا جهت تشخیص اختلالات متابولیک مادرزادی فنیل کتونوری و هیپوتیروئیدی انجام می شود

دلایل انجام غربالگری فنیل کتونوری و هیپوتیروئیدی:

۱- این وضعیت ها در صورت عدم تشخیص زودرس و درمان، منجر به ناتوانی های دائمی یادگیری شده و ممکن است باعث شوند فرد هرگز قادر به زندگی مستقل نباشد و از رشد و تکامل طبیعی باز ماند.

۲- با تشخیص زودرس و درمان مناسب، تقریبا تمام کودکان مبتلا، می توانند دارای رشد و تکامل طبیعی عصبی باشند.

۳- زمانی که فنیل کتونوری و هیپوتیروئیدی به صورت بالینی ظاهر شوند، آسیب مغزی قبل از ایجاد شده است.

۴- هر دو آزمایش، بسیار حساس و دقیق می باشند. یعنی این تست ها ندرتا در نوزادان واقعا طبیعی، مثبت می شوند و تقریبا همیشه در نوزادان واقعا غیر طبیعی، مثبت می شوند.

۵- شیوع فنیل کتونوری حدود یک در هر ۶ هزار تولد و شیوع هیپوتیروئیدی حدود یک در هر ۳ هزار تولد زنده می باشد. بنابراین هیچ یک بسیار نادر نمی باشند.

۶- هزینه غربالگری برای هر مورد بسیار کمتر از هزینه مراقبت از یک کودک بیمار تشخیص داده نشده یا دیر تشخیص داده شده، می باشد.

موارد نمونه گیری مجدد جهت آزمایش هایپو تیروئید:

۱. نوزادان نارس (در ۲ و ۶ و ۱۰ هفتگی)
۲. نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
۳. نوزادان با وزن کمتر ۱۵۰۰
۴. نوزادان با وزن ۴ کیلو و بیشتر
۵. دو و چندقلوها
۶. نوزادان بستری و یا با سابقه بستری در بیمارستان
۷. نوزادان با سابقه دریافت و یا تعویض خون
۸. نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند: مثل دوپامین، کورتون
۹. نوزادان با نتیجه آزمون غربالگری بین ۹/۹-۵
۱۰. نمونه نامناسب

نکته : نمونه‌گیری از پاشنه پا در نوزاد نارس:

نوبت اول: در سن ۳-۵ روزگی مثل دیگر نوزادان

نوبت دوم: در سن ۲ هفتگی

نوبت سوم: در سن ۶ هفتگی

نوبت چهارم: در سن ۱۰ هفتگی

تکلیف ۱: غربالگری های مهم بدو تولد را توضیح دهید.

تکلیف ۲: در چه مواردی نمونه گیری مجدد از نوزاد جهت بررسی غده تیروئید انجام میشود.



جهت آشنایی با رفلکس های نوزادی به منابع معرفی شده در پایان راهنمای مطالعه مراجعه کنید.

احیای نوزادان

در تمام نوزادان بلافاصله پس از تولد اقدامات روتینی بصورت گام های اولیه احیاء انجام می گیرد. این اقدامات شامل تماس پوست با پوست با مادر (جهت پیشگیری از هایپوترمی)، خشک و گرم نگه داشتن نوزاد، تحریک با لمس در حین خشک کردن و یا باز کردن راه هوایی با پوآر در صورت لزوم می باشد. در حین انجام این اقدامات آپگار دقیقه اول نوزاد را مطابق جدول ۱-۱ تعیین می کنیم.

جدول ۱-۱ امتیازبندی آپگار

دو	یک	صفر	علامت	آپگار
صورتی	آکروسیانوز	کبود، رنگ پریده	ظاهر (رنگ پوست)	Appearance
بیش از ۱۰۰	زیر ۱۰۰	ندارد	ضربان قلب	Pulse
عطسه یا سرفه	اخم	بدون پاسخ	تحریک پذیری رفلکسی	Grimes
حرکات فعال	خمیدگی مختصر اندام ها	شل	تون عضلانی	Activity
گریه خوب	آهسته، کند، نامنظم	ندارد	تنفس	Respiratory

اگر نمره آپگار دقیقه اول نوزاد زیر ۷ بوده و نوزاد دچار مشکلاتی نظیر سیانوز، باز نبودن راه هوایی، هیپوتونی و.. باشد، نیازمند احیاء است. در این موارد نوزاد را زیر وارمر برده و سریعاً عملیات احیاء را شروع می کنیم. نمرات آپگار در دقیقه های ۵، ۱۰، ۱۵ و ۲۰ نشان دهنده موفقیت در عملیات احیاء می باشد.

اقدامات احیاء

A. باز کردن راه های هوایی Air way

در نوزادی که گریه نمی کند، تون عضلانی مناسب ندارند و یا دچار آپنه است، تحریک تنفس با تخلیه ترشحات دهان و بینی توسط پوآر و یا در صورت لزوم با ساکشن انجام می شود. اگر این اقدام موثر واقع نشود، به کف پا چند ضربه آرام زده و یا پشت و اندام ها را با ملایمت ماساژ می دهیم.

در نوزادی که مقداری سیانوزه است (کسب نمره ۹ از ۱۰) در فاصله ای نزدیک جریان اکسیژن آزاد با غلظت ۱۰۰ درصد به میزان ۵ لیتر در دقیقه استفاده می شود و پس از برطرف شدن سیانوز اکسیژن به تدریج قطع می شود.

اگر نوزاد بدحال است، سریعاً لوله گذاری و ساکشن مستقیم تراشه توسط پزشک متخصص اطفال یا بیهوشی باید انجام شود.

B. تهویه تنفسی Breathing

در صورت وجود هر یک از شرایط زیر تهویه با فشار مثبت آغاز می شود:

۱- برطرف نشدن سیانوز علی رغم تجویز اکسیژن

۲- شروع نشدن تنفس و عدم ایجاد پاسخ تمفسی علی رغم تحریکات

۳- ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ بار در دقیقه

۴- تهویه و اکسیژن رسانی با فشار مثبت با کمک آمبویگ و ماسک (اکسیژن ۱۰۰ درصد) به مدت ۳۰ ثانیه و تا زمان شروع خودبخود تنفس ادامه خواهد یافت. بگ احیاء با سرعت ۴۰-۶۰ بار در دقیقه به مدت ۱۵ ثانیه فشرده می شود.

C. برقراری گردش خون Circulation

در صورت نشانه های دیسترس جنین، نوزاد بدون ضربان قلب و یا ضربان قلب زیر ۶۰ ضربه در دقیقه، وجود آپنه، سیانوز و تون عضلانی ضعیف ماساژ قلبی انجام می شود. این کار به دو روش عمودی بصورت زیر انجام می گردد:

- حلقه کردن انگشت شصت در یک سوم میانی استرنوم (پایین خطی که دو نیپل به هم می رسد) و حمایت قفسه سینه به کمک سایر انگشتان

- روش دو انگشتی: ماساژ به کمک دو انگشت سبابه و میانی و قرار دادن دست دیگر در پشت نوزاد

D. دارو Drug

در صورت فقدان ضربان قلب و یا ضربان قلب کمتر از ۶۰ بار در دقیقه علی رغم ۳۰ ثانیه ونتیلاسیون و تهویه مناسب و ماساژ قلبی، تجویز داروهای احیاء صورت می گیرد.

زردی

هایپربیلی روبینمی (زردی فیزیولوژیک) در نوزادان ترم به سطوح بیلی روبین سرمی بیش از ۱۲ میلی گرم در دسی لیتر و در نوزادان نارس به سطوح سرمی بیش از ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر اطلاق می شود.



پاتوفیزیولوژی: گلبول های قرمز خون تجزیه شده و به بیلی روبین تبدیل می شوند. بیلی روبین نیز وارد کبد شده و تحت تاثیر آنزیم گلوکونیل ترانسفراز به بیلی روبین کونژوگه (محلول در آب) تبدیل می شود. از آنجا به درون کیسه صفرا ترشح شده و از طریق مجاری صفراوی وارد روده کوچک می شود.

بیلی روبین به چهار شکل مختلف در مسیر کووالاسیون وجود دارد:

- ۱) بیلی روبین غیر کونژوگه با پیوند برگشت پذیر با آلبومین
- ۲) بیلی روبین غیر کونژوگه بدون پیوند با آلبومین (بیلی روبین آزاد)
- ۳) بیلی روبین کونژوگه با پیوند کووالانس با آلبومین (بیلی روبین دلتا)
- ۴) بیلی روبین کونژوگه بدون پیوند با آلبومین

از طرفی بر حسب اینکه چه نسبتی از بیلی روبین تام از نوع کونژوگه یا غیر کونژوگه باشد، هایپر بیلی روبینمی به سه نوع کونژوگه، غیر کونژوگه و مخلوط تقسیم می شود. اگر ۱۵ تا ۲۰ درصد از بیلی روبین تام از نوع مستقیم باشد، هایپر بیلی روبینمی کونژوگه است که یکی از شایع ترین علل آن آترزی مجاری صفراوی می باشد.

اگر ۸۰ درصد از بیلی روبین تام از نوع غیر مستقیم باشد، هایپر بیلی روبینمی غیر کونژوگه است که شایع ترین علت آن زردی نوزادی^{۱۵} و معمولا به دلیل تولید بیش از حد بیلی روبین است.

زردی نوزادی

زردی در نوزادان می تواند فیزیولوژیک، همراه با شیر مادر و یا پاتولوژیک باشد.

زردی فیزیولوژیک

این نوع زردی طی هفته اول تولد در ۶۰ درصد از نوزادان ترم و ۸۰ درصد از نوزادان پره ترم شدیدتر و بیشتر است. ایکتر فیزیولوژیک از صورت شروع شده و با افزایش سطح سرمی به شکم و پاها می رسد.

ویژگی ها

- ✓ معمولا پس از ۲۴ ساعت اول در روزهای دوم و سوم ظاهر شده، در روزهای دوم تا پنجم به حداکثر می رسد و طی روزهای ۱۰-۷ بهبود می یابد.
- ✓ سرعت افزایش بیلی روبین کمتر از ۵ میلی گرم در دسی لیتر در ۲۴ ساعت است.
- ✓ حداکثر مقدار بیلی روبین در نوزاد ترم معمولا به ۵ تا ۶ میلی گرم در دسی لیتر می رسد ولی ممکن است به ۱۱ تا ۱۳ میلی گرم در دسی لیتر در نوزاد ترم و ۱۰ تا ۱۴ میلی گرم در دسی لیتر در نوزاد پره ترم نیز برسد.

علل

۱. افزایش تولید بیلی روبین
۲. تغییر در متابولیسم بیلی روبین
۳. ظرفیت پایین باند بیلی روبین غیر مستقیم با آلبومین
۴. گردش انتروهپاتیک و باز جذب توسط روده

عوامل تشدید کننده

- کلامپ تاخیری بندناف
- صدمات حین زایمانی
- تاخیر در شروع تغذیه

ناسازگاری Rh

در صورتی که مادر Rh منفی و نوزاد Rh مثبت باشد منجر به همولیز شدید و هایپر بیلی روبینمی شدید می شود. معمولاً نوزاد زردی شدید در بدو تولد ندارند ولی زردی طی چند دقیقه بعد زایمان ظاهر می شود. به همین دلیل در این مادران در بارداری و پس از زایمان آمپول روگام می زنند.

ناسازگاری ABO

در صورتی که مادر گروه خونی O و نوزاد A یا B باشد رخ می دهد. ناسازگاری ABO در بارداری اول نیز سبب زردی نوزاد می شود اما این زردی نسبت به عدم تناسب Rh ضعیف تر می باشد.

زردی همراه با شیر مادر

این نوع از زردی به دو شکل زردی شیر مادر^{۱۶} و زردی ناشی از تغذیه با شیر مادر^{۱۷} بروز می کند.

ویژگی های زردی شیر مادر

- ✓ در هفته ۶-۲ تولد دیده می شود.
- ✓ نوزاد سالم و طبیعی می باشد و بجز زردی مشکل دیگری ندارد.
- ✓ با قطع شیر مادر به مدت یک تا دو روز بیلی روبین سرم کاهش می یابد ولی با شروع مجدد افزایش نمی یابد.
- ✓ کرن ایکترس اتفاق نمی افتد.

درمان

شیر مادر به مدت ۱ تا ۲ روز بطور موقت قطع شده و از شیر خشک استفاده می شود، سپس مجدداً شیر مادر شروع می شود. ممکن است در صورت لزوم فتوتراپی نیز انجام شود.

زردی ناشی از تغذیه با شیر مادر

علت این نوع زردی مصرف کم شیر مادر و دهیدراتاسیون و یا کاهش کالری مصرفی نوزاد است. این نوع زردی طی هفته اول تولد با تشدید زردی فیزیولوژیک به صورت افزایش بیلی روبین معمولاً تا ۱۲ میلی گرم در دسی لیتر مشخص می شود. در این مورد دادن آب قند به نوزاد به دلیل ایجاد سیری کاذب و کاهش مصرف شیر و کالری به دنبال آن، زردی را تشدید می کند.

درمان

هم بستری مادر و نوزاد و اصلاح شیردهی به شکل افزایش تعداد دفعات شیردهی به ۱۲-۸ بار در شبانه روز (خصوصاً در شب)، اجتناب از دادن آب یا آب قند به نوزاد، ممکن است در صورت لزوم فتوتراپی نیز انجام شود.

¹⁶ Breast Milk Jaundice

¹⁷ Breast Feeding Associated Jaundice or Breast Feeding Failure Jaundice

زردی پاتولوژیک

اگر زمان شروع، مدت و مقدار غلظت بیلی روبین اختلاف زیادی با زردی فیزیولوژیک داشته باشد یا نوزاد در معرض انسفالوپاتی هایپر بیلی روبینمی (کرن ایکتروس) باشد، زردی پاتولوژیک در نظر گرفته می شود و نیازمند ارجاع و بررسی بیشتر می باشد.

ویژگی ها

- ✓ زردی در ۲۴ تا ۳۶ ساعت اول تولد
- ✓ مقدار بیلی روبین بیشتر از ۱۲ mg/dl در نوزاد ترم و ۱۴-۱۰ mg/dl در نوزاد نارس
- ✓ سرعت افزایش بیلی روبین بیشتر از ۵ mg/dl در ۲۴ ساعت یا ۱۵ mg/dl در ۸ ساعت
- ✓ زردی پایدار پس از هفته ی دوم زندگی در نوزاد ترم و پس از هفته ی سوم زندگی در نوزاد پره ترم

علل زردی پاتولوژیک:

۱- هایپر بیلی روبینمی کونژوگه

۲- هایپر بیلی روبینمی غیر کونژوگه

که در نوزادان به علل زیر رخ می دهد:

تولید بیش از حد بیلی روبین

کاهش میزان کونژوگه شدن بیلی روبین غیر مستقیم

سندرم کریگلر نجار تیپ ۱

- ✓ یک بیماری اتوزومال مغلوب است که آنزیم UGT تولید نمی شود و میزان بیلی روبین بالاست.
- ✓ در هفته اول زندگی بروز می کند.
- ✓ بیلی روبین غیر کونژوگه بالاتر از ۲۰٪
- ✓ به فنوباربیتال پاسخ نمی دهد.

درمان

درمان قطعی آن پیوند کبد می باشد.

سندرم کریگلر نجار تیپ ۲

کرن ایکتروس

اختلال عصبی شدید که در اثر تجمع و رسوب بیلی روبین غیر کونژوگه در سلول های مغزی به خصوص هسته های قاعده ای مغز و هیپوکامپ رخ می دهد و سبب زردی و نکروز سلول های مبتلا می شود.

نکته: کرن ایکتروس در فقدان همولیز با بیلی روبین کمتر از ۲۵ mg/dl در نوزادان ترم و سالم نادر است و معمولاً با بیلی روبین بیشتر از ۳۰ mg/dl بروز می کند ولی در نوزادان نارس و VLBW حتی با بیلی روبین ۱۲-۸ mg/dl نیز ظاهر می شود.

پاتوفیزیولوژی

زمانی که ظرفیت پیوند بیلی روبین غیرمستقیم با آلبومین پر شود، میزان بیلی روبین آزاد پلاسما افزایش می یابد و از آنجا که بیلی روبین غیرکونژوگه (غیرمستقیم) محلول در چربی است و توانایی عبور از سد خونی-مغزی دارد در بافت های محتوی چربی مانند مغز و پوست رسوب می کند.

علائم و نشانه ها

تظاهر در نوزادان ترم معمولا ۵-۲ روز و نوزادان پره ترم ۷ روز پس از تولد آغاز می شود.

علائم خفیف اولیه و شامل خواب آلودگی، کاهش فعالیت، تحریک پذیری، گریه، خوب شیر نخوردن، مکیدن ضعیف و کاهش رفلکس های نوزادی است.

با پیشرفت بیماری کاهش رفلکس های تاندونی، زجر تنفسی، اسپاسم عضلانی (اپیستونوس)، اکستانسیون و سفتی دست ها و پاها، ملاح برجسته، گریه زیر با طنین بالا، تشنج، اسپاسم، خونریزی از معده و ریه طی ۲۴ ساعت رخ می دهد. نیمی از نوزادان ممکن است بتوانند زنده بمانند ولی دچار عوارض برگشت ناپذیر مانند عقب ماندگی ذهنی، کمبود توجه، تاخیر رشد حرکتی، اختلالات رفتاری و ادراکی، کاهش شنوایی حسی و عصبی، لوچی، تکلم منقطع، تشنج و آتاکسی می شوند.

درمان

مهم ترین هدف از درمان پیشگیری از رسیدن سطح بیلی روبین به حد عوارض سمی عصبی می باشد.

بسته به سن و وزن نوزاد، نوزاد، نارس یا ترم بودن و میزان بیلی روبین سرم، از روش های کاهنده غلظت بیلی روبین مانند فوتوتراپی، تعویض خون یا دارو درمانی استفاده می شود.

همراه با این روش ها، درمان علل بوجود آورنده بیماری مانند تجویز آنتی بیوتیک در سپسیس نیز انجام می شود.

فوتوتراپی

در این روش درمانی با استفاده از لامپ فلورسانت، امواج نور مرئی را از فاصله ۵۰ سانتی متری به پوست عریان نوزاد می تابانند تا بیلی روبین غیرکونژوگه و محلول در چربی به ماده ای محلول در آب تبدیل شده و از راه ادرار و صفرا دفع شود.

نکته: از فوتوتراپی بصورت پیشگیرانه در نوزادان پره ترم نیز می توان استفاده کرد.

مراقبت ها

چشم ها و ناحیه تناسلی باید پوشانه شوند، زیرا باز بودن پلک ها در زیر نور فوتوتراپی سبب خراش قرنیه و در معرض نور بودن گنادها سبب صدمات ژنتیکی می شود.

درجه حرارت نوزاد (سبب جلوگیری از هایپر و یا هایپوترمی) باید مرتب کنترل شود.

بعد از هر بار دفع ادرار و مدفوع باید پوست تمیز و خشک شود. همچنین از دهیدراته شدن نوزاد پیشگیری شود.

هر ۴ ساعت باید فوتوتراپی قطع شده و درجه حرارت، پوست و علائم حیاتی نوزاد بررسی شود. برای پیشگیری از خشک شدن پوست نوزاد باید آن را با لوسیون چرب کرد.

تعویض خون

تعویض خون به معنای تزریق مقداری خون (در حد ۲۰-۵) به نوزاد و کشیدن همان مقدار خون از نوزاد است که علاوه بر دفع بیلی روبین، آنتی بادی های عامل ایجاد برخی آنمی های همولیتیک (مانند ناسازگاری ABO و Rh) نیز از خون خارج می شود. این درمان در صورت ناموفق بودن فوتوتراپی شدید، خطر بالای بروز کرن ایکترس یا وجود علائم آن انجام می شود.



نکته: در نوزادان نارس و کم وزن هنگامی که غلظت بیلی روبین تام به بیش از ۱٪ وزن نوزاد برسد تعویض خون انجام می شود.

دارو درمانی

در صورت عدم دسترسی به فوتوتراپی و در جمعیت های خاص دارو درمانی انجام می شود. داروها شامل مهارکننده های هم اکسیژناژ مانند مزوپورفیرین یا پروتوپورفیرین، ایمونوگلوبولین وریدی، فنوباربیتال و آلبومین می باشد.

سندروم دیسترس تنفسی در نوزادان

اولین علت بروز RDS ناکافی بودن سورفاکتانت و تجمع بیش از حد مایع در الوئول های ریه سورفاکتانت کشش سطحی داخل کیسه های هوایی را کاهش میدهد و از هفته ۲۲-۲۴ حاملگی تولید میشود. در مایع آمنیوتیک در هفته ۲۸-۳۲ ظاهر میشود و به طور کافی در هفته ۳۵ دیده می شود.



- در بیماری غشاءهیالین HMD یا RDS بعلت نقص در سنتز سورفاکتانت و یا تخریب آن، باز شدن ریه ها و تنفس نوزاد با اشکال روبرو میشود.
- یک اختلال ریوی که به طور عمده نوزادان نارس را مبتلا می کند. و یک اورژانس دوره نوزادی محسوب می شود.

- تجمع بیش از حد مایع در آئول های ریه و در نتیجه کمبود ترشح سورفکتانت و آناتومی ناقص ریه عامل بروز این بیماری محسوب میشود.

- در ۶۰-۸۰٪ نوزادان کمتر از ۲۸ هفته و در ۱۵-۳۰٪ نوزادان ۳۲-۳۶ هفته و در ۵٪ نوزادان بزرگتر از ۳۷ هفته و بندرت در نوزادان ترم ممکن است RDS رخ دهد.

نکته: شیوع RDS با وزن تولد و سن بارداری نسبت عکس دارد.

نکته: این بیماری علت ۳۰٪ تمام مرگ های دوره نوزادی را تشکیل میدهد .

-ریسک فاکتورهای بروز RDS عبارتند از:

- ❖ نوزاد پسر

- ❖ سفید پوست

- ❖ نارس بودن W37

- ❖ زایمان سریع

- ❖ چند قلوپی

- ❖ آسفیکسی

- ❖ استرس سرما کشیده

- ❖ مادر دیابت

- ❖ سابقه RDS در نوزاد قبلی

- ❖ سزارین

نکته: در سه دهه اخیر استفاده از استروئیدها قبل از زایمان و درمان با سورفکتانت در بهبود پیش آگهی این بیماران نقش بسیار مهمی دارد.

علائم:

- تاکی پنه (تنفس بیشتر از ۶۰ بار در دقیقه)

- ۲-پرش پره های بینی

- ۳-grunting یا ناله

- ۴-سیانوز مرکزی

- ۵-رتراکسیون یا تو کشیدگی قفسه سینه با تنفس (زیر دنده ای - بین دنده ای -جناغی - بالا جناغی)

- ۶-آپنه

- ۷-ادم دست ها و پاها

نوزادی با سندرم زجر تنفسی برای حدود ۳روز بیمار است. در ۳روز اول نیاز او به اکسیژن افزایش دارد یا در همان مقدار می ماند. زمانی که نیاز نوزاد به اکسیژن کمتر شد این یک نشانه شروع بهبودی است. اگر نوزاد شما به ونتیلاتور وصل است، مقدار اکسیژن و نفس کاهش خواهد

یافت تا زمانی که نوزاد نهایتاً بتواند خودش نفس بکشد. زمانی که نوزاد قادر است به راحتی در یک محدوده طبیعی نفس بکشد و به اکسیژن اضافی نیاز ندارد، تغذیه نوزاد می تواند شروع شود.

نکته: علائم در عرض ۷۲-۲۴ ساعت ابتدای تولد پیشرفت کرده و بعد از آن شروع به بهبودی می کند.

اگر نوزاد به حد کافی برای مکیدن قوی و رسیده است، او می تواند شروع به تغذیه از پستان نماید. با این حال اغلب نوزادان از آنجا که ریه هایشان هنوز رو به بهبود است ضعیف هستند، به وسیله لوله ای که از دهان به معده اش وارد می شود تغذیه می شوند. شیر از طریق لوله به معده نوزاد وارد می شود این کار گواژ نامیده می شود. از این طریق نوزاد بدون این که برای مکیدن انرژی زیادی را استفاده کند، می تواند تغذیه شود. به زودی او قادر به تغذیه از پستان خواهد شد.

-عواملی که احتمال بروز RDS را افزایش می دهد:

- ۱- نارس بودن
- ۲- جنس مذکر
- ۳- سابقه قبلی در خانواده
- ۴- چندقلویی
- ۵- سزارین بدون شروع درد های زایمانی
- ۶- آسفسکی در حول و حوش زایمان
- ۷- نوزادان مادران دیابتی
- ۸- خونریزی قبل از تولد

-عوامل کاهش دهنده RDS :

- ۱- استرس مزمن داخل رحمی
- ۲- پارگی طولانی مدت ممبران ها
- ۳- هیپر تانسیون در مادر یا توکسمی حاملگی
- ۴- تأخیر رشد داخل رحمی IUGR - کوچک بودن نسبت سن حاملگی SGA
- ۵- استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها قبل از زایمان
- ۶- استفاده مادر از ناکوتیک ها - کواکاین
- ۷- بیماریهای همولیتیک نوزادان
- ۸- نوزاد سیاه پوست

-عوارض سندروم دیسترس تنفسی :

- عوارض انتوباسیون
- عوارض کاتتریزاسیون شریانی و وریدی نافی
- سندرم های نشت هوا
- شنت از طریق PDA
- بیماری مزمن ریه (BPD)

- خونریزی داخل بطنی (IVH)

درمان

نوزادی که مشکلات تنفسی دارد، بر روی یک تخت گرم در بخش مراقبت ویژه نوزادان گذاشته می شود. نوزاد به یک دستگاه نمایشگری وصل می شود که بطور مداوم ضربان قلب و تعداد تنفس را اندازه گیری می کند. این نمایشگر مانیتور قلبی - تنفسی نامیده می شود. همچنین نوزاد به دستگاهی وصل می شود که مقدار اکسیژن را اندازه گیری می کند که پالس اکسی متر نامیده می شود.

مایعات وریدی:

نوزادی که سندرم زجر تنفسی دارد، سریع نفس می کشد و از تمام انرژی خود برای تنفس استفاده می کند و دیگر برای خوردن انرژی چندان باقی نمی ماند و نمی تواند عمل مکیدن را با تنفس های سریع خود هماهنگ کند. سرم جهت تامین انرژی قند را تامین می کند و همچنین از کم آبی بدن نوزاد پیشگیری می کند.

اکسیژن: نوزاد مبتلا به سندرم زجر تنفسی، برای حفظ سطح اکسیژن در محدوده طبیعی در خون به اکسیژن کمکی نیاز دارد که طبق تجویز پزشک برای نوزاد تامین می گردد.

نکته: ابتلا به بیماری سندرم زجر تنفسی در آینده شیرخوار هیچ مشکلی ایجاد نخواهد کرد و تنها ممکن است ابتلا به بیماری های آلرژیک در این کودکان در آینده بیشتر دیده شود.

اصول درمان :

درمان حمایتی در همه نوزادان با RDS حیاتی و ضروری است.

سایر درمان ها: شامل تجویز سورفاکتانت، حمایت تنفسی شامل CPAP و تهویه مکانیکی است.
خلاصه آنچه را که باید بدانیم:

-نوزادان بلافاصله بعد از تولد:

در بخش ویژه نوزادان، نوزادی را که مشکل تنفسی دارد روی تخت گرم به نام وارمر قرار می دهند و لباس های نوزاد را در می آورند. از طریق یک نوار پلاستیکی که دور مچ دست یا پای نوزاد بسته می شود نوزاد به یک دستگاه نمایشگر وصل می شود که به طور مداوم ضربان قلب و تنفس و اکسیژن سطح پوست او را نشان می دهد.

-برقرار کردن سیستم تنفسی حمایتی (اکسیژن رسانی از طریق هود یا بینی یا وصل به رسپیراتور)

نوزاد مبتلا به این بیماری نیاز به دریافت اکسیژن اضافه دارد تا سطح اکسیژن خونش را در سطح نرمال حفظ کند. برای این منظور سر نوزاد را داخل کلاهک پلاستیکی (هود) کرده و یا داخل بینی او لوله پلاستیکی قرار می دهند که به منبع اکسیژن وصل است. اگر وضعیت تنفسی نوزاد بهبود نیافت با وارد کردن لوله در دهان و یا بینی نوزاد، او را به دستگاه رسپیراتور متصل می کنند.

نکته: در صورت بدتر شدن وضعیت تنفسی تزریق سورفاکتانت در داخل ریه نوزاد (به منظور بهبود تنفس نوزاد و عملکرد ریه وی، از مواد استخ راج شده از ریه حیوانات که شبیه به سورفاکتانت عمل می کند) استفاده میشود.

-ساکشن (خارج کردن ترشحات دهان و کف حلق)

در صورت وجود ترشحات در دهان و بینی پرستار با استفاده از یک لوله پلاستیکی که به دستگاه ساکشن وصل است ترشحات را جهت بهبود وضعیت تنفسی خارج می سازد.

-قطع شیردهی به نوزاد (به طور موقت)

نوزادی که این بیماری را دارد سریع نفس می کشد و از همه انرژی برای نفس کشیدن استفاده می کند لذا توانائی و انرژی برای تغذیه ندارد و نمی تواند مکیدن را با تنفس سریع خود هماهنگ کند. به همین دلیل نوزاد NPO می شود یعنی چیزی از طریق دهان نباید بخورد. برای همین راه وریدی برای نوزاد برقرار می کنند تا سرم را جهت پیشگیری از کم آبی و قند را برای افزایش انرژی نوزاد فراهم کند. مادر میتواند در این زمان شما باید شیر خود را بدوشید و ذخیره کنید تا در صورت نیاز هنگام شروع شیردهی مورد استفاده قرار بگیرد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم ارزشیابی امتحان جامع پایان دوره تحصیلی دانشجویان مامائی حوزه نوزادان (NICU)

مکان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

ردیف	مشخصات دانشجو					نام و نام خانوادگی دانشجو	نوع
	نام	نام خانوادگی	شماره دانشجویی	تاریخ تولد	مکان		
						È zúÙÙvòù/	
						معرفی خود و برقراری ارتباط مناسب با اعضاء خانواده جهت کسب شرح حال نوزاد	0
						کسب شرح حال کودک از مادر نوزاد	0
						بررسی پرونده، کارت یا کاردکس، اطلاع از تشخیص پزشکی و ارزیابی مدارک پزشکی نوزاد	0
						بررسی دستورات پزشکی و اقدامات پرستاری انجام شده در پرونده	0
						تشخیص و گزارش موارد غیر طبیعی از طبیعی در شرح حال نوزاد	0
						بررسی آزمایشات و تستهای درخواست شده برای نوزاد و در صورت نیاز، اجرای مراقبتهای پرستاری لازم (قبل و بعد از انجام آزمایشات)	0
						جمع آوری و ارسال نمونه های آزمایشات مختلف به آزمایشگاه	0
						تفسیر سونوگراف	0
						تفسیر آزمایشات و افتراق دادن یافته های آزمایشگاهی غیر طبیعی از طبیعی	0
						بررسی وضعیت واکسیناسیون نوزاد و توصی	0
						تشخیص موارد غیرطبیعی و گزارش آن	0
						توضیح مشخصات فیزیکی نوزاد (محدوده نرمال قد، وزن، اندازه دور سر، دور سینه)	0
						کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی نوزاد	0
						توضیح محدوده طبیعی علائم حیاتی نوزاد سالم	0

منابع:

۱. نوزادان نلسون ۲۰۱۸
۲. ویلیامز ۲۰۲۲
۳. دستورالعمل کشوری بسته خدمات نوزاد
۴. ORDER نوزادان - انتشارات گلبن